

Adaptación y validación de un instrumento para evaluar los estereotipos negativos de la vejez

Isabel Cristina González-Salas^{a,b,†,*}, Luis Gibran Juárez-Hernández^{b,§}, Carlos Humberto Gámez-Mier^{c,Δ}

Facultad de Medicina



Resumen

Introducción: Los instrumentos para la identificación de estereotipos negativos de la vejez son abundantes; sin embargo, la mayoría proceden de otras regiones o contextos y se aplican sin efectuar un proceso de adaptación y validación.

Objetivo: Se realizó la adaptación del instrumento cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE) para el contexto de estudiantes mexicanos de medicina.

Método: Para su adaptación se realizó una revisión a detalle de la terminología y aspectos gramaticales de los ítems, posterior a esta fase, el instrumento fue revisado por cinco expertos con el objetivo de determinar la pertenencia y relevancia de los ítems. Al concluir esta fase, el instrumento se sometió a juicio de once expertos para analizar su validez de contenido. Finalmente, para evaluar

la adecuación del instrumento al grupo objetivo, se realizó un estudio piloto con 34 estudiantes de medicina.

Resultados: Los expertos avalaron la pertenencia y relevancia de los ítems y, acorde a sus sugerencias, se realizaron mejoras en la redacción de los ítems. En el juicio de expertos, todos los ítems fueron validados en contenido (V de Aiken >0.75; VI >0.50). La percepción del grupo piloto respecto a la comprensión de las instrucciones e ítems fue de excelente grado. La confiabilidad en esta aplicación fue favorable (alfa de Cronbach: 0.847; IC al 95%: 0.760 ± 0.913).

Conclusiones: Se presenta la adaptación de un instrumento para evaluar los estereotipos negativos hacia la vejez para el contexto mexicano, el cual se comprobó mediante un proceso de validación que posee validez de contenido.

^a Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Secretaría de Salud, Cd. Mx., México.

^b Centro Universitario CIFE, Cuernavaca, Mor., México.

^c Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Mx., México.

ORCID ID:

[†] <https://orcid.org/0000-0002-5155-7402>

[§] <https://orcid.org/0000-0003-0658-6818>

^Δ <https://orcid.org/0000-0003-1566-3803>

Recibido: 27-septiembre-2021. Aceptado: 30-enero-2022.

*Autor para correspondencia: Mtra. Isabel Cristina González Salas. Dr. Balmis 148, Col. Doctores. Alcaldía Cuauhtémoc. C.P. 06720. Cd. Mx., México.

Correo electrónico: gonzalez-salas@hotmail.com

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Palabras clave: Estereotipos; persona mayor; evaluación; CENVE; México.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Adaptation and validation of an instrument to assess negative stereotypes of old age

Abstract

Introduction: The assessment for identification of negative stereotypes are numerous for older people, most of the time they are from other regions and are applied without carrying out an adaptation and validation process.

Objective: was to adapt the instrument *cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez* (CENVE) (translation: questionnaire of negative stereotypes for older people) as applied to Mexican medical students.

Method: To adapt it we reviewed the terminology and grammatical details of the items, after which the instrument was reviewed by five experts to determine its relevance and appropriateness of each of the items. Once completed this process, the instrument was submitted to the judgment of eleven experts to analyze its content

validity. Finally, to evaluate the instrument's suitability for the target group, the instrument was piloted with thirty-four medical students.

Results: The experts supported the relevance and appropriateness of the items, and we incorporated their suggestions improving the final drafting using terms and we incorporated their suggestions improving the final drafting using terms such as social participation, free time, and recreational activities. In the experts' judgment, all items were validated in content (Aiken's $V > 0,75$; LV $> 0,50$). The pilot's group perception in regard to understanding the instructions and items was excellent. The reliability of this application was favorable (Cronbach's alpha: 0,847; IC at 95%: $0,760 \pm 0,913$).

Conclusions: Adaptation of an instrument to evaluate negative stereotypes towards for old age for the Mexican context is shown, with through the validation process was found to have content validity.

Keywords: Stereotyping; aged; evaluation; CENVE; Mexico

This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La vejez es definida como la etapa de vida que inicia a los 60 años, en la cual las percepciones sociales de esta pueden ser positivas, como una etapa de sabiduría y valor, pero también negativas y discriminatorias, influyendo en su salud y en la posición social que se le asigna a la persona mayor. Se ha mencionado que una de las problemáticas que enfrenta el grupo de adultos mayores es el maltrato¹.

El ageismo y sus sinónimos, discriminación por razón de edad (p. ej., edadismo o viejismo), se refieren a los estereotipos negativos asignados a personas, grupos de adultos mayores, solo por su edad² y al proceso de envejecimiento. Dichos prejuicios, descritos desde finales de los años sesenta, perjudican y devalúan la imagen, la condición social del anciano, a la vejez y, al mismo tiempo, asocian de forma catastrófica al ciclo del envejecimiento con la

enfermedad, la pobreza y la soledad, creando miedo y rechazo a este ciclo de vida³. Esta categorización negativa parte de un factor sociocultural y representa a las personas mayores como frágiles, débiles y dependientes, lo cual puede colocarlas en riesgo de maltrato⁴ y, por lo tanto, afectar su salud física y mental.

Cuando los adultos mayores están expuestos a estereotipos negativos, pueden vivir su envejecimiento con estrés, desarrollar estilos de vida no saludables, depresión y enfermedades crónicas, lo cual afecta negativamente en su comportamiento, cognición, emociones y salud^{5,6}. Contrariamente, se ha encontrado que las actitudes positivas hacia el envejecimiento favorecen la salud y el bienestar sobre la vida⁷.

Para México, se ha identificado que los actos discriminatorios a los que están expuestos los adultos mayores son: la exclusión en actividades sociales,

no recibir una pensión para cubrir sus necesidades, el rechazo laboral, por razón de género o por tener alguna discapacidad, y la intolerancia de los adultos jóvenes para tratar con los adultos mayores⁸. Al respecto, cuando los adultos jóvenes tienen contacto con adultos mayores dependientes, presentan estereotipos negativos de dependencia y los generalizan a su futura vejez⁹.

Por lo tanto, un área relevante de investigación es la evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez, referentes a la atención y cuidado del adulto mayor en los sistemas de atención a la salud. Lo anterior es de importancia ya que los estereotipos negativos hacia la vejez pueden influir en la calidad de la atención y en la toma de decisiones^{10,11}. Destaca que el personal del área de la salud que atiende a personas mayores (médicos adscritos, médicos residentes, médicos internos, enfermeras generales, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y asistentes médicas), presentan una alta prevalencia de estereotipos negativos¹², lo cual se asocia con la calidad de la atención.

En este sentido, existen diversos antecedentes instrumentales para la evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez¹³⁻²¹, de los cuales destaca el cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE)²², ya que ha sido uno de los instrumentos más utilizados en la población hispana. A este respecto, si bien el CENVE se ha empleado en población mexicana¹², es importante considerar que proviene de un contexto diferente (España) y que el instrumento fue creado hace más de 15 años, por lo que cierta terminología o palabras en la actualidad no se encuentran en el colectivo o cultura de la población.

Para brindar claridad sobre lo anterior, se ejemplifica con el término “cascarrabias”, que deriva de “cascar” y “rabia” y se refiere a “la persona que se enoja con facilidad, riñe o muestra enfado”²³. El término se hizo popular gracias a la caricatura llamada *Ahí viene cascarrabias (Here comes the grump)*²⁴, creada en los años setenta²⁵. Lo anterior probablemente determine que las nuevas generaciones podrían desconocer este término o que este no se encuentre en su universo cultural. Asimismo, existen algunos términos y aspectos confusos, como, por ejemplo, “aproximadamente”, “considerable”, “fuerte”, “incapacidades” y sinónimos como “rígidos” e “inflexibles”, por mencionar algunos.

Lo anterior denota la necesidad de realizar un proceso de adaptación, con el objetivo de que el lenguaje empleado no determine un sesgo o bien genere confusión, ya que los factores culturales pueden determinar que un término pueda ser válido o no en países que comparten el mismo idioma²⁶. En este sentido, es importante destacar que cuando un instrumento se adapta culturalmente al medio donde se quiere utilizar, se requiere comprobar que conserva las características psicométricas adecuadas para medir aquello para lo que fue diseñado²⁷, lo cual se realiza a través del proceso validación²⁶.

OBJETIVO

Adaptar el instrumento cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE)²² y comprobar que conserva las características psicométricas. De manera específica se enfatiza que el proceso de validación se integró por el análisis de validez de facie y de contenido, así como por un análisis inicial de su confiabilidad mediante la aplicación a un grupo piloto.

MÉTODO

Estudio instrumental, el cual se refiere a la construcción, adaptación y análisis de propiedades psicométricas de un instrumento²⁸.

Adaptación

El instrumento que fue sujeto de adaptación fue el cuestionario de evaluación de estereotipos negativos de la vejez²². Este instrumento consta de 15 ítems organizados en tres factores con respuestas en escala tipo likert que van: 1 = muy en desacuerdo, 2 = algo en desacuerdo, 3 = algo de acuerdo y 4 = muy de acuerdo.

De manera inicial, el instrumento se revisó a detalle y la adaptación consistió en la modificación de la redacción de todos los ítems, eliminación del adverbio “aproximadamente”, y se usaron términos como la “participación social”, “tiempo libre” y “actividades recreativas” que se ven disminuidas en la vejez, al igual que términos de estereotipos negativos generalizados hacia la vejez (**tabla 1**). Se destaca que el instrumento original repite el ítem relacionado con el inicio del deterioro de memoria en dos de sus dimensiones; sin embargo, los autores del instrumento no refieren si este aspecto fue intencional o bien se trata de un error.

Tabla 1. Dimensión, ítems originales* y adaptación de los ítems

Dimensión	Ítems originales CENVE*	Ítems adaptados
Salud	La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.	La mayoría de las personas mayores comienza con deterioro en la retención de información y de eventos sucedidos a corto y mediano plazo.
	La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales.	La mayoría de las personas mayores tiene alguna enfermedad mental lo bastante grave, lo que limita su vida cotidiana y participación social.
	La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud.	Las personas mayores son frágiles y se enferman con regularidad.
	La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás.	Las personas mayores tienen limitaciones (en su movilidad, visión, audición) que los hacen depender de otras personas para realizar sus actividades diarias.
	El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez.	La pérdida de la memoria, la desorientación y confusión son comunes en las personas mayores.
Motivacional/social	Las personas mayores tienen menos interés por el sexo.	Las personas mayores pierden el interés en las relaciones sexuales.
	Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes.	Las personas mayores en comparación con las personas jóvenes tienen mucho tiempo libre y poca actividad social y recreativa.
	A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas.	Las personas mayores pierden el interés en actividades que les eran significativas.
	A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos.	Las personas mayores tienen dificultades para afrontar los problemas cotidianos.
	Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven.	Las personas mayores no realizan bien su trabajo como lo haría una persona joven.
Carácter/personalidad	Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias".	Las personas mayores presentan mal humor, se enojan fácilmente y son tercos.
	A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles.	Las personas mayores son testarudas.
	Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños.	Las personas mayores se comportan como niños (caprichosos y voluntariosos).
	Los defectos de la gente se agudizan con la edad.	Cuando la gente envejece se agudiza su soberbia, ira, pereza, desconfianza e impaciencia.
	La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.	

Revisión por expertos

Posterior a la adaptación, el instrumento fue revisado por cinco expertos, con el objetivo de que determinaran si los ítems eran pertenecientes y relevantes para la dimensión, así como para el constructo y si

la redacción era adecuada de acuerdo al contexto. Los expertos elegidos poseen experiencia en el área de la persona mayor, como geriatría, gerontología, psiquiatría, psicología y terapia ocupacional mayor a 30 años, grado académico de posgrado (80% maes-

tría y 20% doctorado) y experiencia en el diseño y/o validación de instrumentos (100%).

Juicio de expertos

La validez de contenido del instrumento se efectuó mediante el juicio de expertos, el cual se ha referido como el procedimiento más reconocido para este fin²⁹⁻³¹. Para la selección de los expertos, se consideraron los mismos criterios descritos para los expertos. De la selección efectuada, se eligieron 11 jueces expertos, los cuales poseen experiencia en el área de la persona mayor como geriatría, gerontología, psiquiatría, psicología y terapia ocupacional mayor a 28 años, grado académico de posgrado (70% maestría y 30% doctorado) y experiencia en el diseño y/o validación de instrumentos (100%).

El juicio tuvo un enfoque cualitativo y cuantitativo, y para tal fin se empleó la escala de jueces expertos³², que incluye una sección de evaluación cualitativa mediante la cual los expertos podían efectuar sugerencias de eliminación de ítems, unión de descriptores, de mejora en la redacción y para la evaluación cuantitativa los expertos evaluaron mediante una escala Likert (constituida de uno a cuatro, valor más bajo y alto, respectivamente), la pertinencia y redacción de los ítems. El análisis de la evaluación cuantitativa se realizó mediante el coeficiente de validez de contenido (V de Aiken) y sus intervalos de confianza al 90%, considerando un valor superior en el coeficiente de 0.75 y en el límite inferior del intervalo de confianza superior a 0.50, para considerar un ítem como válido³³⁻³⁷. Ítems con valores inferiores a los referidos, fueron sujetos a una revisión a detalle, considerándose su eliminación o bien su mejora de acuerdo con las recomendaciones de los jueces.

Estudio piloto del instrumento

El instrumento se aplicó a un grupo piloto conformado por 34 estudiantes de medicina de áreas clínicas y teóricas (75% mujeres y 25% hombres), con una edad promedio de 20.5 años (± 2.18). Los objetivos del estudio piloto fueron analizar mediante la encuesta de satisfacción³², el grado de comprensión de las instrucciones e ítems que integran el instrumento, así como el grado de relevancia de los ítems. Adicional a este análisis, se realizaron una

serie de preguntas a los participantes, las cuales giraban en torno a si conocían los términos y significado de “cascarrabias”, “rígido” e “inflexible”, “actividades significativas”, “fragilidad”, “participación social”, “enfermedad mental”. Finalmente, se analizó la confiabilidad por medio del coeficiente alfa de Cronbach³⁸. Dado que el valor del coeficiente tiende a ser inestable con muestras pequeñas³⁹, se calculó el intervalo de confianza a 95%⁴⁰.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se respetaron los principios éticos para este tipo de investigación, a los participantes se les explicó el objetivo de la misma, se les invitó a participar voluntariamente a partir del consentimiento informado presentado a través de Google Forms, previo a realizar la encuesta, y se mantuvo la información en anonimato.

RESULTADOS

Revisión por expertos

Los expertos determinaron la pertenencia y relevancia de los ítems. Referente a la redacción, para diversos ítems se hicieron observaciones y comentarios (**tabla 2**), y a partir de estas, se realizó la versión final de los ítems. De las observaciones y mejoras de mayor significancia fueron las relativas al uso del término “adultos mayores”, ya que se precisó que el término que se utiliza actualmente es el de “personas mayores”. Otras observaciones fueron que la palabra “desempeño” se cambiara por “participación social”, incluir la palabra “frágil”, usar la palabra “limitaciones y describirlas en lugar de “incapacidades”, incluir “tiempo libre”, “actividad social” y “recreativa”, entre otras.

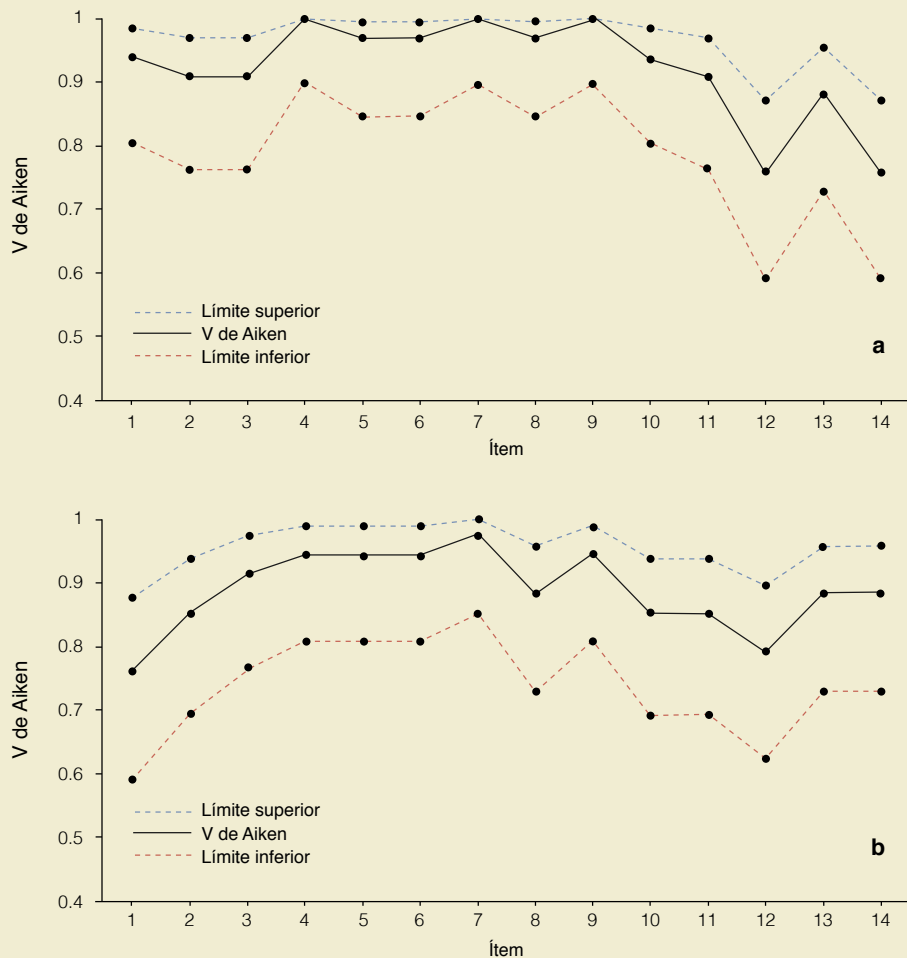
Juicio de expertos

Mediante el juicio de expertos se identificó que todos los ítems mostraron validez de contenido (V de Aiken >0.75 ; VI >0.50) en los criterios analizados (**figura 1a, 1b**). De acuerdo con las sugerencias de los jueces se realizaron mejoras en redacción y en el uso de adjetivos. Así mismo, se modificó el factor “motivacional-social” por “motivacional-social-ocupacional”, de acuerdo con las sugerencias de los jueces. Específicamente para el ítem uno se mejoró la redacción. En el ítem 12 se sustituyó “testarudo” por

Tabla 2. Observaciones y recomendaciones emitidas por los expertos

Ítem adaptado	Observación	Versión final del ítem
1. La mayoría de los adultos mayores comienzan con deterioro en la retención de información y de eventos sucedidos a corto y mediano plazo.	Experto 5: Actualmente ya se utiliza “personas mayores” en vez de “adultos mayores”.	La mayoría de las personas mayores comienza con deterioro en la retención de información y de eventos sucedidos a corto y mediano plazo.
2. La mayoría de los adultos mayores tienen problemas en su comportamiento como empujar, golpear o gritar lo que limita su desempeño diario.	Experto 3: Cambiar desempeño por participación social.	La mayoría de las personas mayores tiene alguna enfermedad mental lo bastante grave lo que limita su vida cotidiana y participación social.
	Experto 4: La mayoría de los adultos mayores son intolerantes y necios, lo cual influye negativamente en su vida cotidiana.	
3. Los adultos mayores no son personas saludables, se enferman con regularidad.	Experto 4: Los adultos mayores son frágiles y enfermizos	Las personas mayores son frágiles y se enferman con regularidad.
4. Los adultos mayores tienen una serie de incapacidades que los hacen depender de otros para realizar sus actividades diarias.	Experto 3: Hacer redacción más específica. Los adultos mayores presentan limitaciones (en su movilidad, memoria, visión) que los hacen depender de otros para realizar sus actividades diarias.	Las personas mayores, tienen limitaciones (en su movilidad, memoria, visión, audición) que los hacen depender de otras personas para realizar sus actividades diarias.
	Experto 5: Aclarar en qué rango de edad se refiere.	
7. Los adultos mayores tienen poca actividad social, recreativa y de tiempo libre en comparación con los adultos jóvenes.	Experto 3, 4 y 5: Redacción más clara. Sugieren “Los adultos mayores tienen poca participación social en actividades recreativas en comparación con los adultos jóvenes”.	Las personas mayores en comparación con las personas jóvenes tienen mucho tiempo libre y poca actividad social y recreativa.
	“Los adultos mayores en comparación con los adultos jóvenes tienen mucho tiempo libre y poca actividad social y recreativa”.	
	La pregunta original es una situación real por situación cultural, de usos y costumbres o por estilos de vida al no tener ese tipo de experiencias en su juventud y darle poca importancia en esta etapa de su vida.	
10. Los adultos mayores no realizan un buen trabajo como lo haría un adulto joven.	Experto 4: Los adultos mayores no realizan bien su trabajo	Las personas mayores no realizan bien su trabajo como lo haría una persona joven.
11. Los adultos mayores presentan mal humor y se enojan fácilmente.	Experto 3: Los adultos mayores son irritables y se enojan fácilmente.	Las personas mayores presentan mal humor, se enojan fácilmente y son tercos.
	Experto 5: Podría agregar “Las personas mayores presentan mal humor, se enojan fácilmente y son tercos”.	
13. Los adultos mayores se comportan de forma infantil (caprichosos e irritables).	Experto 3 y 4: Se sugiere separar “Los adultos mayores se comportan como niños”	Las personas mayores se comportan como niños (caprichosos y voluntariosos).
	Los adultos mayores se comportan como niños (caprichosos y voluntariosos)	
14. Cuando la gente envejece se vuelve apática, pesimista e intolerante.	Experto 3: Revisar, son aspectos diferentes que no conviene integrar en un sólo enunciado. Lo centraría en: Cuando la gente envejece se vuelve pesimista.	Cuando la gente envejece se agudiza su soberbia, ira, pereza, desconfianza e impaciencia.
	Experto 4: Cuando la gente envejece se deprime y aísla.	

Figuras 1a y 1b. Resultados del análisis de la evaluación cuantitativa mediante la V de Aiken para pertinencia (a) y redacción (b) de los ítems



Nota: La línea continua representa el valor de la V de Aiken, y las líneas discontinuas representan los intervalos de confianza al 95%.

“terco”, y en el ítem 14 se modificó el ítem a “cuando la gente envejece se agudiza su impaciencia”. Por lo que la versión final del “instrumento para evaluar los estereotipos negativos en la vejez” se muestra en la **tabla 3**.

Estudio piloto del instrumento

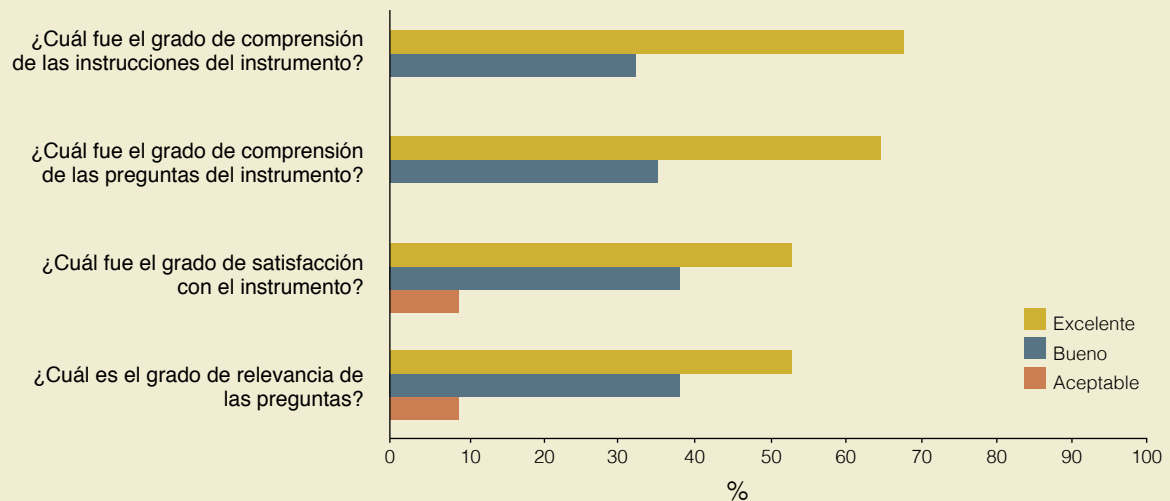
La percepción del grupo piloto respecto al instrumento fue favorable, ya que la mayoría de respuestas se concentró en el nivel de excelente grado para la comprensión de las instrucciones e ítems, relevancia de estos y grado de satisfacción con el instrumento

(**figura 2**). Referente al conocimiento y significados de los términos, el 93% conoce el término “cascarrias”, pero con significados diferentes “se enoja fácilmente-caprichoso-enojón-malhumorado-se enfada con facilidad y constancia”. El 96% indicó que conoce los términos “rígido” e “inflexible”, no obstante, el 53% considera que son aspectos diferentes. A propósito del término “actividades significativas”, el 46% refiere conocer el término, aunque con significados diferentes “actividades de alto valor cultural, emocional o social para un determinado grupo de personas-acciones de relevancia-cualquier actividad

Tabla 3. Versión final del instrumento acorde a las sugerencias de los jueces expertos

Dimensión	Ítem
Salud	1. La mayoría de las personas mayores, de 60 años y más, presenta dificultades en la retención de eventos sucedidos a corto y mediano plazo y en la información.
	2. La mayoría de las personas mayores tiene alguna enfermedad mental que limita su vida cotidiana y participación social.
	3. Las personas mayores son frágiles y se enferman con regularidad.
	4. Las personas mayores tienen limitaciones (en su movilidad, memoria, visión, audición) que los hacen depender de otras personas para realizar sus actividades diarias.
	5. La pérdida de la memoria, la desorientación y confusión son comunes en las personas mayores.
Motivacional-social-ocupacional	6. Las personas mayores pierden el interés en las relaciones sexuales.
	7. Las personas mayores en comparación con las personas jóvenes tienen mucho tiempo libre y poca actividad social y recreativa.
	8. Las personas mayores pierden el interés en actividades que les eran significativas.
	9. Las personas mayores tienen dificultades para afrontar los problemas cotidianos.
	10. Las personas mayores no realizan bien su trabajo como lo haría una persona joven.
Carácter-personalidad	11. Las personas mayores presentan mal humor y se enojan fácilmente.
	12. Las personas mayores son necias.
	13. Las personas mayores se comportan como niños (caprichosos y voluntariosos).
	14. Cuando la gente envejece se agudiza su impaciencia.

Figura 2. Resultados de la encuesta de satisfacción con el instrumento



elemental en la vida de un ser humano”. En relación con los términos “fragilidad” el 94% y “participación social” el 87% los conocen con significados diferentes. En cuanto al término “enfermedad mental” el 100% lo conoce y su significado se enfoca a una

alteración del sistema nervioso central. Para el 87% la enfermedad mental que presenta la persona mayor es la demencia senil y de tipo Alzheimer. La confiabilidad en la aplicación al grupo piloto fue óptima (alfa de Cronbach: 0.847; IC al 95%: 0.760 ± 0.913).

DISCUSIÓN

Los estereotipos negativos fomentan imágenes sociales negativas sobre las personas mayores, el disgusto por envejecer e influyen en una de las pérdidas más importantes de la vejez, la capacidad de elegir⁴¹. Existen tratados internacionales entre los estados para la protección de los derechos humanos de las personas mayores donde resaltan la importancia de la no discriminación por razón de edad y sugieren su prevención⁴².

La vejez es percibida con aspectos negativos como una etapa de deterioro con disminución de las capacidades, las habilidades, pérdida de la autoestima y de la participación social dentro de la familia y de la comunidad donde se desenvuelve la persona mayor, estas percepciones negativas propician el aislamiento social y la exclusión social de la persona mayor. Los estereotipos negativos están presentes en el grupo de personas de mediana edad y de los jóvenes⁴³.

Los estereotipos sobre las personas mayores impactan en la salud física, emocional, mental y social de este sector, y si las internalizan producen fragilidad y dependencia. Lo anterior influye en que las personas mayores evitan buscar atención clínica, en la adherencia al tratamiento, en un trato infantil o en la devaluación de las molestias que manifiestan, lo que afecta la relación médico-paciente⁴⁴.

La vejez, para los estudiantes de medicina y de enfermería, puede involucrar aspectos sociales como la discriminación por edad en las instituciones de salud. La percepción de las personas mayores al sentirse discriminados y presenciar la discriminación de otros congéneres impacta en su salud y en la calidad de la atención clínica que reciben. De allí la importancia de considerar dentro del proceso de educación médica la formación de actitudes positivas hacia la vejez e incluso reconocer la existencia de los estereotipos negativos hacia las personas mayores^{45,46}.

Para lo anterior, es fundamental contar con instrumentos que permitan identificar la existencia de estereotipos hacia las personas mayores y de esta manera generar estrategias o mecanismos para atender estos aspectos. A este respecto, la importancia de la evaluación de los estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de medicina, radica en el estudio sobre los aspectos psico-sociales, el desarrollo

de programas curriculares que impulsen el interés en la formación de especialistas en geriatría⁴⁷ y en la atención de personas mayores frágiles con multimorbilidades⁴⁸. Así como la educación continua sobre la vejez que promueva actitudes positivas hacia la autonomía de la persona mayor y elimine la discriminación por edad⁴⁹, ya que puede ser más discapacitante física, social y emocionalmente que una enfermedad crónico-degenerativa⁵⁰.

Como se indicó, en la literatura se encuentran diversos aportes instrumentales, de ellos destaca el instrumento “cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez”²², el cual es uno de los más usados en el contexto latinoamericano⁵¹ y que ha sido aplicado en la población mexicana⁵². A este respecto es importante destacar que el instrumento fue creado hace 15 años para un contexto diferente, lo que denota que cierta terminología o palabras en la actualidad no se encuentran en el colectivo o cultura de la población.

Por lo anterior, en el presente se realizó la adaptación del instrumento, que involucró la revisión y la adaptación de los ítems del CENVE²², donde se modificó la redacción de todos los ítems, resultado de la identificación de palabras confusas y redundantes que podrían no ser funcionales de acuerdo con el contexto actual, así mismo, se encontró la repetición de un ítem en sus dimensiones de salud y carácter-personalidad. Esta adecuación se realizó fundamentando que el lenguaje empleado no determine confusión o sesgo²⁶.

Este proceso de adecuación permite comprobar que el instrumento evalúa aquello para lo que fue diseñado²⁷, lo cual se realiza a través del proceso de validación²⁶. Por esta razón, este se sometió a un análisis de validez de facie y de validez de contenido. Es importante aclarar que los creadores del instrumento no reportan que fuera sujeto de validación de facie por expertos y de validez de contenido por juicio de expertos, siendo este considerado como la vía más usual para apreciar la calidad del contenido del mismo⁵³. En este orden, se destaca que evaluar las propiedades psicométricas de un instrumento es un criterio esencial para determinar la calidad de su medición²⁶.

En el presente, se realizó la revisión por expertos para que efectuaran una validación de facie, la

cual incluye un juicio valorativo que considera si los ítems son pertinentes, relevantes, claros, entendibles y razonables, así como si el léxico empleado es aceptable y si existe claridad de las instrucciones^{31,54}. Propiamente de esta fase, los expertos afirmaron la pertenencia y relevancia de ítems y de manera clara sugirieron varias mejoras en términos de redacción.

Posteriormente, el instrumento se sometió a un juicio de expertos, el cual tuvo por objetivo indicar en qué medida los elementos creados son representativos del constructo objetivo y el grado en que estos elementos representan la faceta del constructo para el que fueron desarrollados^{31,55}. Dentro de esta etapa se consideraron diversos aspectos como la elección y selección de expertos, tipo de juicio, tipo de evaluación (cuantitativa-cualitativa) y análisis de la evaluación³⁰.

En ese orden, el enfoque del juicio (cualitativo y cuantitativo) fue de alta significación ya que permitió obtener en extenso los comentarios de los jueces y, por su parte, el análisis de la evaluación cuantitativa permitió identificar los ítems que requerían mejoras, los cuales se correspondieron con las observaciones de los jueces. Por lo que si bien para ambos criterios analizados los ítems presentaron valores pertinentes en la V de Aiken e intervalos de confianza ($V > 0.75$; $VI > 0.50$), se tomaron en cuenta las mejoras indicadas por los jueces. De acuerdo a estos resultados, se puede indicar que el instrumento posee validez de contenido, es decir, que el instrumento mide lo que pretende medir⁵⁶.

Referente al estudio piloto del instrumento, se resalta que la opinión de los participantes fue altamente favorable para la comprensión de instrucciones, ítems y relevancia de las preguntas, significando la asequibilidad del instrumento para la población objetivo²⁶. Se hace énfasis en que, si el instrumento no presenta claridad en sus instrucciones o bien la comprensión de las instrucciones e ítems es inadecuada, representan amenazas a la validez de este^{57,58}. El análisis de significados e interpretaciones reveló que si bien la mayoría de los participantes conoce buena parte de los términos analizados (“cascarrias”, “rígido” e “inflexible”, “fragilidad”, “participación social”, “actividades significativas”), un alto porcentaje (más del 53%) le otorga significados

diferentes. Lo anterior, revela la importancia del uso de términos concretos y que los participantes tengan claridad sobre cada uno de ellos, ya que de manera contraria puede generar confusión o sesgo^{58,59}.

Limitaciones

Se reconoce que, si bien las propiedades analizadas en el presente son importantes, se requiere analizar mediante la aplicación a una muestra poblacional, la estructura factorial resultante y verificar si existe correspondencia con la estructura predicha por los autores del instrumento (tres dimensiones) o bien se reafirma su carácter unidimensional^{60,61}.

CONCLUSIONES

Se presenta la adaptación al contexto mexicano de un instrumento para evaluar los estereotipos negativos hacia la vejez, el cual posee validez de contenido.

Los percepciones sociales hacia la persona mayor son constantemente negativas, la mayoría de los instrumentos que miden los estereotipos negativos se encuentran en idiomas diferentes al español de México, lo anterior denota la necesidad de contar con instrumentos breves adaptados a la cultura mexicana, que conserven las características psicométricas para medir aquello para lo que fueron diseñados y que puedan ser aplicados a los diferentes grupos de estudiantes del área médica, así como de áreas humanísticas que tengan contacto directo con la persona mayor y, con ello, ampliar el conocimiento sobre este tema así como promover programas educativos a todos los niveles para prevenir y erradicar la discriminación por edad hacia la persona mayor.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

- ICGS: conceptualización, curación de datos, recursos, investigación, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición.
- LGJH: conceptualización, análisis formal, metodología, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición.
- CHGM: conceptualización, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición.

AGRADECIMIENTOS

A los expertos, jueces expertos, profesores y a los estudiantes que participaron en el presente estudio.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguna.

FINANCIAMIENTO

Ninguno.

CONFLICTO DE INTERESES

El presente estudio no presenta conflicto de intereses por los autores. 🔍

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar su salud. [Internet]. Región de las Américas. Ginebra: OMS; 2016. [citado 2021 Ago 21]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-09-2016-discrimination-and-negative-attitudes-about-ageing-are-bad-for-your-health>
2. Donizzetti AR. Ageism in an Aging Society: The Role of Knowledge, Anxiety about Aging, and Stereotypes in Young People and Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(8):1329. doi: 10.3390/ijerph16081329
3. Moreno A. Viejismo (Ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Poesis*. 2010;19:2-10.
4. Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores. [Internet]. Ginebra: OMS; 2021. [citado 2021 Ago 21]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
5. Allen J. Ageism as a Risk Factor for Chronic Disease. *Geront*. 2016;56(4):610-14. doi: 10.1093/geront/gnu158
6. Jackson SE, Hackett RA, Steptoe A. Associations between age discrimination and health and wellbeing: cross-sectional and prospective analysis of the English longitudinal Study of Ageing. *Lancet Public Health*. 2019;4(4):e200-e8. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30035-0
7. Faudzi FNM, Armitage CJ, Bryant C, Brown LJE. Moderating effects of age on relationships between attitudes to aging and well-being outcomes. *Aging Ment Health*. 2020;17:1-7. doi: 10.1080/13607863.2019.1619167
8. INEGI. Una de cada 5 personas de 18 años y más declaró haber sido discriminada en el último año: Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017. Comunicado de Prensa INEGI Comunicación Social; 2018. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENADIS2017_08.pdf
9. Hawley LC, Norman GJ, Agha Z. Aging Expectations and Attitudes: Associations With Types of Older Adult Contact. *Res Aging*. 2019;41(6):523-48. doi: 10.1177/0164027518824291
10. Fassier T, Valour E, Colin C, Danet F. Who Am I to Decide Whether This Person Is to Die Today? Physicians' Life-or-Death Decisions for Elderly Critically Ill Patients at the Emergency Department-ICU Interface: A Qualitative Study. *Ann Emerg Med*. 2016;68(1):28-39. doi: 10.1016/j.annemergmed.2015.09.030
11. Higashi RT, Tillack AA, Steinman M, Harper M, Johnston CB. Elder care as "frustrating" and "boring": Understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. *J Aging Stud*. 2012; 26(4):476-83. doi: 10.1016/j.jaging.2012.06.007
12. Franco M, Villarreal E, Vargas ER, Martínez L, Galicia L. Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. *Rev Méd Chile*. 2010;1(138):988-93. doi: 10.4067/S0034-98872010000800007
13. Castellano Fuentes CL, De Miguel Negredo A. Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2010;10(2):259-278.
14. Levy BR, Kasl SV, Gill TM. Image of aging scale. *Percept Mot Skills*, 2004;99:208-10. doi: 10.2466/pms.99.1.208-210
15. Gómez-Moreno C, Veduzco-Aguirre H, Contreras-Garduño S, Perez-de-Acha A, Alcalde-Castro J, Chavarri-Guerra Y, et al. Perceptions of aging and ageism among Mexican physicians-in-training. *Clin Transl Oncol*. 2019;21(12):1730-35. doi: 10.1007/s12094-019-02107-w
16. Sarkisian CA, Hays RD, Berry SH, Mangione CM. Expectations Regarding Aging Among Older Adults and Physicians Who Care for Older Adults. *Med Care*. 2001;39(9):1025-36. doi: 10.1097/00005650-200109000-00012
17. Sarkisian CA, Steers WN, Hays RD, Berry, Mangione CM. Development of the 12-Item Expectations Regarding Aging Survey. *Gerontologist*. 2005;45(2):240-48. doi: 10.1093/geront/45.2.240
18. Ayalon L, Dolberg P, Mikulionienė S, Perek-Bialas J, Rapolienė G, Stypinska J, et al. A systematic review of existing ageism scales. *Ageing Res Rev*. 2019;54(11):1-9. doi: 10.1016/j.arr.2019.100919
19. Henríquez F, Retamal N, Silva F, Morales C. Actitudes hacia el envejecimiento por parte de los estudiantes de Fonoaudiología de una Universidad Chilena. *CoDAS*. 2019; 32(1):1-7. doi: 10.1590/2317-1782/20192019010
20. Furunes T, Mykletun RJ. Age discrimination in the workplace: Validation of the Nordic Age Discrimination Scale (NADS). *Scand J Psychol*. 2010;51:23-30. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00738.x
21. Carral P, Alcover CM. Measuring Age Discrimination at Work: Spanish Adaptation and Preliminary Validation of the Nordic Age Discrimination Scale (NADS). *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(8):E1431. doi: 10.3390/ijerph16081431
22. Blanca Mena MJ, Sánchez-Palacios C, Trianes MV. Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Rev Mult Gerontol*. 2005;15(4):212-20.
23. Real Academia Española RAE. Diccionario de la Real Academia Española. Madrid, España; 2014. Disponible en: <https://dle.rae.es/cascarrabias?m=form>
24. Arnold M. Think Pink The Story of Depatie-Freleng. [Inter-

- net]. Estados Unidos: BearManor Media; 2015. Disponible en: <https://cutt.ly/OEd94zN>
25. Guijarro Alonso JL. Los humoristas y la caricatura nueva. *Metamorfosis de un arte global: Madrid 1898-1936* [Tesis doctoral]. [Madrid, España]: Universidad Complutense de Madrid; 2017.
 26. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sist San Navarra*. 2011;34(1):63-72.
 27. Argimon J, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid, España: Elsevier; 2013.
 28. Ato M, López J, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anal Psicol*. 2013;29(3):1038-59. doi: 10.6018/analesps.29.3.178511
 29. Ruiz C. *Instrumentos de Investigación Educativa. Procedimientos para su Diseño y Validación*. Venezuela: Tipografía y Litografía Horizontes, C.A.; 2002.
 30. Juárez-Hernández LG, Tobón S. Análisis de los elementos implícitos en la validación de contenido de un instrumento de investigación. *Revista Espacios*. 2018;39(51):23-30.
 31. Connell J, Carlton J, Grundy A, Taylor Buck E, Keetharuth AD, Ricketts T, et al. The importance of content and face validity in instrument development: Lessons learnt from service users when developing the Recovering Quality of Life measure. *Qual Life Res*. 2018;27:1893-1902. doi: 10.1007/s11136-018-1847-y
 32. CIFE. *Planeación del diseño y validación de un instrumento de investigación*. Cuernavaca, Morelos, México: Centro Universitario CIFE; 2018. Disponible en: <https://cife.edu.mx/recursos/>
 33. Aiken L. Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educ Psychol Measur*. 1980;40(4):955-59. doi: 10.1177/001316448004000419
 34. Penfield RD, Giacobbi PR. Applying a score confidence interval to Aiken's item content-relevance index. *Measure Phys Educ Exerc Science*. 2004;8(4):213-25. doi: 10.1207/s15327841mpee0804_3
 35. Bulger SM, Housner LD. Modified Delphi Investigation of Exercise Science in Physical Education Teacher Education. *J Teach Phys Educ*. 2007;26(1):57-80. doi: 10.1123/jtpe.26.1.57
 36. Merino-Soto C, Livia-Segovia J. Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un Programa Visual Basic para la V de Aiken. *Ann Psychol*. 2009;25(1):169-71.
 37. Cicchetti DV. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assess*. 1994;6(4):284-90. doi: 10.1037/1040-3590.6.4.284
 38. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychom*. 1951;16(3):297-334.
 39. Charter RA. A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and clinical implications of low reliability. *J Gen Psychol*. 2003;130(3):290-304. doi: 10.1080/00221300309601160
 40. Konin AJ, Franses HB. Confidence Intervals for Cronbach's Coefficient Alpha Values. ERIM. [Internet]. 2003. [Consultado 2021 Jul 17]. Disponible en: repub.eur.nl/pub/431/
 41. Butler RN. Age-Ism: Another Form of Bigotry. *Gerontologist*. 1969;9(4):243-246. doi: 10.1093/geront/9.4_part_1.243
 42. Organización de los Estados Americanos. *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70)*. Washington, D.C., OEA; 2022. [citado 2022 Ene 6]. Disponible en: https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
 43. Giraldo Rodríguez L. Estereotipos y discriminación a las personas adultas mayores. En: Gutiérrez Robledo LM, Giraldo Rodríguez L. *Coord. Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales. Realidades y expectativas frente a la nueva vejez. Encuesta Nacional sobre Envejecimiento*. México: UNAM; 2015. p. 53-74.
 44. Chrisler JC, Barney A, Palatino B. Ageism can be Hazardous to Women's Health: Ageism, Sexism, and Stereotypes of Older Women in the Healthcare System. *J Soc Issues*. 2016;72(1):86-104. doi: 10.1111/josi.12157
 45. Dobrowolska B, Jędrzejkiewicz B, Pilewska-Kozak A, Zarzycka D, Ślusarska B, Deluga A, et al. Age discrimination in healthcare institutions perceived by seniors and students. *Nurs Ethics*. 2019;26(2):443-59. doi: 10.1177/0969733017718392
 46. Fernando P, Arora A, Crome P. Combating age discrimination: A United Kingdom perspective. *Eur Geriatr Med*. 2011;2(5):263-69. doi: 10.1016/j.eurger.2011.05.001
 47. Meiboom AA, de Vries H, Scheele F, Hertogh CPM. Raising enthusiasm for the medical care of elderly patients: a concept mapping study to find elements for an elderly friendly medical curriculum. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):238. doi: 10.1186/s12909-018-1344-6
 48. Giguere A, Farmanova E, Holroyd-Leduc JM, Straus SE, Urquhart R, Carnovale V, et al. (2018). Key stakeholders' views on the quality of care and services available to frail seniors in Canada. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):290:2-14. doi: 10.1186/s12877-018-0969-y
 49. Masse M, Meire P. L'âgeisme, un concept pertinent pour penser les pratiques de soins aux personnes âgées? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012;10(3):333-41. doi: 10.1684/pnv.2012.0364
 50. Dubin RE, Kaplan A, Graves L, Ng VK. Reconnaître la stigmatisation: Sa présence dans le soins aux patients et dans la formation médicale. *Can Fam Physician*. 2017;63(12):913-15.
 51. Portela A. Estereotipos negativos sobre la vejez en estudiantes de Terapia Ocupacional. *Rev Argent Ter Ocup*. 2016;1:3-13.
 52. Lara-Pérez R, Moreno-Pérez NE, Padilla-Raygoza N. Estereotipos negativos hacia el envejecimiento estudiantes universitarios del área de la salud. *Sanus* [Internet]. 2018;8:10-25. doi: 10.36789/sanus.vi8.107
 53. Sireci SG. The construct of content validity. *Social Indic Res*. 1998;45:83-117. doi: 10.1023/A:1006985528729

54. Oluwatayo JA. Validity and reliability issues in educational research. *JESR*. 2012;2(2):391-400.
55. Mastaglia B, Teye C, Kristjanson LJ. Ensuring content validity in instrument development: Challenges and innovative approaches. *Contemp Nurse*. 2003;14:281-91. doi: 10.5172/conu.14.3.281
56. Martín-Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Mat Prof*. 2004;5(17):23-29.
57. Koller I, Levenson MR, Glück J. What Do You Think You Are Measuring? A Mixed-Methods Procedure for Assessing the Content Validity of Test Items and Theory-Based Scaling. *Front Psychol*. 2017;8(126):1-20. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00126
58. Carrillo Avalos BA, Sánchez Mendiola M, Leenen I. Amenazas a la validez en evaluación: implicaciones en educación médica. *Inv Ed Med*. 2020;9(34):100-7. doi: 10.22201/facmed.20075057e.2020.34.221
59. Menéndez Álvarez-Dardet S, Cuevas-Toro AM, Pérez-Padilla J, Lorence Lara B. Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51:323-328. doi: 10.1016/j.regg.2015.12.003
60. Nunes C, Menéndez S, Martins C, Martins H. Psychometric properties the negative stereotypes towards aging questionnaire (CENVE) among a sample of Portuguese adults. *Psicol Reflex Crit*. 2018;31:2-6. doi: 10.1186/s41155-018-0085-0
61. Carpenter S. Ten steps in scale developmental and reporting: Guide for researchers. *Commun Meth Meas*. 2018;12(1):25-44. doi: 10.1080/19312458.2017.1396583