

ESTUDIOS ORIGINALES

Percepción del edadismo y la fragilidad en población mayor

The perception of ageism and frailty in the elderly population

Elena Morcillo Muñoz^{1,a}, Montserrat Solís Muñoz^{2,a}

¹ Enfermera especialista en enfermería Geriátrica. Centro de Salud Los Yébenes (Madrid). Máster Universitario en Investigación y Cuidados de Enfermería en poblaciones vulnerables por la Universidad Autónoma de Madrid

² Supervisora de Investigación, Desarrollo e Innovación en Cuidados de Salud. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Doctora por la Universidad Complutense.

^a Grupo de Investigación en Enfermería y Cuidados de Salud del Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro-Segovia de Arana (IDIPHISA).

VII Premios de Investigación CODEM 2023. Tercer premio.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.290>

Cómo citar este artículo: Morcillo Muñoz, E., Solís Muñoz, M., Percepción del edadismo y la fragilidad en población mayor. Conocimiento Enfermero 24 (2024): 07-29.

Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/290>

RESUMEN

Objetivo. Conocer la percepción del edadismo en población mayor institucionalizada y valorar las diferencias con respecto a la población mayor que vive en la comunidad e identificar los factores asociados y la influencia de la fragilidad y el género en la percepción edadismo.

Métodos. Estudio descriptivo transversal en población mayor, institucionalizada y que viven en comunidad, en Leganés (Madrid). Para la muestra se seleccionaron centros sociosanitarios y centros de día de esta localidad que accedieron a participar. La percepción edadismo se midió a través de una escala ad hoc creada para esta investigación y la fragilidad a través de la escala FRAIL validada y adaptada a población mayor.

Resultados. Las mujeres y los pacientes institucionalizados frente a los que viven en la comunidad, declararon tener mayor percepción de edadismo, pero no se encontró asociación significativa. La fragilidad se asoció significativamente a mayor percepción de edadismo ($p=0,004$) junto con otras variables como el nivel de dependencia ($p=0,003$), soledad ($p<0,001$) y ansiedad ante el envejecimiento ($p=0,004$).

Conclusiones. La percepción de edadismo es mayor en los pacientes institucionalizados frente a los que viven en la comunidad, siendo mayor en mujeres y en pacientes frágiles, siendo en este último grupo esta diferencia estadísticamente significativa.

Palabras clave: edadismo; fragilidad; persona mayor; hogares para ancianos; centros de día para personas mayores.

ABSTRACT

Objective. To find out the perception of ageism in the institutionalized elderly population and to assess the differences in relation to the elderly population living in the community and to identify causes related with ageism and the influence of frailty and gender on the perception of ageism.

Methods. Cross-sectional descriptive study of institutionalized elderly people living in the community in Leganés (Madrid). Social and healthcare centres and day centres in this locality that agreed to participate were selected to make the sample. The perception of ageism was measured using an ad hoc scale created for this research and frailty was measured using the FRAIL scale validated and adapted to the elderly population.

Results. Women and institutionalized patients compared to those living in the community, reported higher perceived ageism, but no significantly associated was found. Frailty was significantly associated with greater perceived ageism

($p=0.004$) along with other variables such as the level of dependency ($p=0,003$), loneliness ($p<0.001$) and anxiety about ageing ($p=0.004$).

Conclusions. The perception of ageism is slightly higher in institutionalized patients compared to those living in the community, and even higher in women and in frail patients, with this difference being statistically significant in the latter group.

Keywords: ageism; frailty; aged; homes for the aged; adult day care centers.

1. Introducción

La población mundial está envejeciendo como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad. Lo que ha significado un incremento de la población mayor en los últimos años. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta tendencia se mantendrá en las próximas décadas, ya que la previsión es que la población octogenaria en adelante, se triplique entre 2020 y 2050 [1].

En España, en el año 2021, el conjunto de personas mayores de 65 años representaba el 19,7% de la población total, de los cuales, un tercio sobre el total 30,45% tenían al menos 80 años [2]. Según las proyecciones de población del Instituto Nacional Estadística, esta tendencia seguirá aumentando de forma progresiva alcanzando en el año 2035 cifras de población con edad mayor de 65 años del 26,5% del total de la población. Además, un tercio de ese total, será población con edad mayor de 80 años. Esta orientación alcanzará su máximo en torno al año 2050, con un total del 31,6% de población con edad igual o mayor de 65 años respecto a la población total española [3].

El incremento de población mayor a nivel europeo ha supuesto un aumento significativo de la tasa de dependencia [4], presentando la población con sobre-envejecimiento más riesgo de vulnerabilidad, fragilidad y cuidados de larga duración [5]. La pérdida de funcionalidad es una de las complicaciones más significativas de la población mayor [6], que a su vez se asocia a un mayor riesgo de institucionalización [7], junto a otros factores como son, la edad avanzada, comorbilidad, hospitalización y fragilidad social [8].

La vulnerabilidad y dependencia generada por la pérdida de funcionalidad se asocia a una disminución de bienestar y calidad de vida [9].

Además de los centros sociosanitarios, existen centros de día que son elementos de apoyo comunitario a la población mayor, que permiten

mantener o mejorar el bienestar y el desarrollo de relaciones centradas en la persona, evitando el aislamiento social [10], pudiendo actuar en el retraso de la fragilidad de la población mayor que acude a ellos.

Tradicionalmente, se ha asociado el envejecimiento a elementos negativos, identificándose a las personas mayores como un grupo poblacional homogéneo, inactivo, no productivo y dependiente [11]. Toda la problemática derivada del envejecimiento descrita anteriormente, asociada al impacto negativo del mismo en términos de salud y dependencia, atenuado por los estereotipos negativos latentes en la sociedad, convierten a este colectivo en una población vulnerable potencialmente más susceptible de ser objeto de discriminación.

La OMS define la discriminación por razón de edad como un fenómeno social que incluye los estereotipos, prejuicios y discriminación hacia las personas por motivos de edad [12]. La primera referencia que se encuentra en la literatura sobre este tipo de discriminación, data de 1969, de la mano del gerontólogo estadounidense Dr. Robert Butler, que acuña el término "ageism", para referenciar este fenómeno [13]. La lengua española adaptó la palabra "edadismo" para referirse a este fenómeno social [12].

El edadismo es un concepto global que afecta a todos los grupos de edad, no solo a la población mayor [14]. El análisis de la literatura sobre el envejecimiento de la población e impacto en salud, nos orientan a pensar sobre un aumento del edadismo en los últimos años, pero en realidad no se conoce la prevalencia real del edadismo, ya que en muchos estudios el edadismo aparece mal conceptualizado e infrateorizado [15], ni se usan escalas de validez psicométrica para su medida [16], lo que dificulta una visión más real de este fenómeno social.

Combatir la discriminación por edad es uno de los objetivos de la década del envejecimiento Saludable 2021-2030 aprobada por la Asam-

blea Mundial de la Salud y Asamblea General de las Naciones Unidas en 2020 [17,18]. Siguiendo esta línea de trabajo y para facilitar la comprensión de este creciente fenómeno social, la OMS elaboró un informe mundial [12] en 2021, para sensibilizar a la población sobre cómo prevenir e intervenir y en consecuencia generar un beneficio de la sociedad.

Los estereotipos, prejuicios y discriminación son las dimensiones que componen el edadismo. Puede manifestarse a distintos niveles, institucional y personal, que a su vez puede dirigirse hacia uno mismo o hacia los demás, de forma positiva o negativa. Su expresión puede ser explícita e implícita. Los componentes positivos o negativos de las dimensiones que integran el edadismo, hacen referencia a que se pueden producir sentimientos favorables hacia una persona por su pertenencia a un grupo (prejuicio positivo) o generar una ventaja a través de una acción (discriminación positiva) o al revés, a través de creencias, sentimientos y acciones desfavorables hacia la persona. (Cuadro1).

El último informe global sobre edadismo elaborado por OMS en 2021 [12] cuantificó que, en Europa, una de cada tres personas mayores de 65 años ha manifestado haber sido discrimina-

do por razón de edad. La alta prevalencia de este fenómeno parece tener origen en el profundo arraigo de esta forma de discriminación, que se encuentra socialmente más aceptado que otras formas de discriminación [19], incluso entre los profesionales sanitarios, como muestra este estudio cualitativo, en el cual se relaciona la morbilidad con la discriminación social por motivos de edad que sufren los pacientes mayores por parte de los profesionales de salud [20].

En el informe de edadismo del 2019 elaborado por Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España se muestra que, una cuarta parte de las personas mayores de 65 años afirman sentirse discriminados por su edad, calificando la mitad de ellos, esa discriminación como muy intensa [21]. Estos datos muestran una disminución de la percepción de edadismo con respecto a los datos publicados de este mismo informe en 2016, pero aumenta la intensidad de la discriminación entre los que la perciben. Además, en este mismo informe [21], uno de cada cuatro expuso haber recibido esta discriminación por edad en el servicio sanitario, al justificar su dolor o malestar como “cosas de la edad”.

El edadismo genera graves consecuencias para la salud y bienestar de las personas ma-

CUADRO 1. Edadismo.

Edadismo			
Dimensiones	Estereotipos (pensamientos) Creencias y expectativas sobre las características de los miembros de los grupos sociales. Pueden guiar a inferencias que llevan a generalizaciones. Estereotipos pueden ser positivos o negativos. Ambos son inexactos y perjudiciales.	Prejuicios (sentimientos) Reacción emocional o sentimiento positivo o negativo que se dirige hacia una persona en función de su pertenencia a un grupo.	Discriminación (acciones y comportamientos) Acciones, prácticas o políticas que se aplican a las personas por su pertenencia a un grupo y que impone desventajas (discriminación negativa) o ventajas (discriminación positiva).
Manifestación	Institucional Leyes, reglas, normas sociales, políticas y prácticas de instituciones que restringen injustamente las oportunidades y perjudican sistemáticamente a las personas por su edad.	Interpersonal Discriminación por edad que se produce durante las interacciones entre dos o más personas.	Autodirigido Discriminación por edad contra uno mismo a causa de la interiorización de prejuicios que han recibido de la cultura que les rodea.
Expresión	Explícita Pensamientos, sentimientos y acciones de una persona hacia los demás o hacia sí misma. Son conscientes e intencionales.		Implícita Pensamientos, sentimientos y acciones de una persona hacia los demás o hacia sí misma. Se producen sin ser consciente de ello y son en gran medida involuntarios.

Fuente: Informe mundial edadismo, 2021 [12].

yores, asociándose a una menor esperanza de vida, una salud física y mental más deficiente [22,23] y una baja autoestima [24]. En este metaanálisis, Ruth A. Lamont et al, encontraron asociación entre las creencias y actitudes negativas en relación con la edad y un peor rendimiento cognitivo en los adultos mayores [25], lo que contribuyó al riesgo de mortalidad y mala salud funcional de las personas mayores [26]. En este metaanálisis de 2017, Bonnie Armstrong et al analizaron 34 artículos, se encontró una asociación significativa entre estereotipos negativos basados en la edad y un peor rendimiento de la memoria episódica y de trabajo u operativa [27]. A su vez, se ha descrito en la literatura un aumento de comorbilidades asociadas a la discriminación por edad, al agravar enfermedades crónicas, lo que generó un impacto negativo en salud [28]. En esta revisión sistemática, Rush et al pusieron de manifiesto la necesidad de estudios de intervención individuales y colectivos, así como el desarrollo de instrumentos válidos y fiables para medir estas actitudes hacia las personas mayores que a su vez, nos pudieran servir como indicadores de calidad de los cuidados [29].

Existen múltiples escalas para medir la discriminación por edad en la literatura, pero la mayoría no cumple los criterios de validación psicométrica o solo miden alguna o varias de las dimensiones que compone el edadismo como reflejo esta revisión sistemática [15]. Otros estudios de investigación más recientes han coincidido con estos hallazgos, como se reflejó en esta revisión sistemática [30], en la que se concluye que la mayoría de escalas analizadas para medir edadismo no tienen validez psicométrica, además, se expone que un número considerable de estas escalas tienen menos de tres estudios independientes como fundamento de evidencia o cuando los tienen son de baja calidad. Entre las escalas evaluadas en esta revisión se citan las siguientes, por su mayor relevancia y aplicación, cuestionario de percepciones sobre el envejecimiento [31], diferencial semántico de envejecimiento [32], cuestionario sobre la ansiedad por el envejecimiento [33], cuestionario de actitudes ante el envejecimiento [34], expectativas con respecto al envejecimiento [35],

el cuestionario sobre el envejecimiento [36], escala fraboni de la discriminación por edad [37], las actitudes de Kogan hacia las personas mayores [38].

De todas las escalas analizadas por Ayalon et al [30], solo una, el cuestionario de expectativas sobre el envejecimiento [35], cumple las propiedades psicométricas indispensables y ha sido utilizado en varios estudios [39,40], pero solo mide una de las dimensiones del edadismo, los estereotipos, impidiendo alcanzar una visión más global de este fenómeno social, que es la finalidad del presente estudio. Recientemente, se ha realizado un pilotaje de una nueva escala que aborda la discriminación rutinaria por edad en la vida cotidiana de los adultos mayores en una muestra representativa de adultos estadounidenses de 50 a 80 años, escala de edadismo cotidiano [41], que muestra unas propiedades psicométricas prometedoras, pero que necesita más investigaciones futuras, para que pueda adaptarse firmemente su uso.

La literatura consultada muestra una mayor percepción de edadismo en población mayor institucionalizada, frente a la población que vive en la comunidad [42,43]. Son necesarios más estudios sobre edadismo en pacientes institucionalizados para mayor comprensión del fenómeno.

El efecto de la intersección entre sexismo y edadismo ha invisibilizado tradicionalmente a las mujeres mayores como colectivo, pudiendo intensificarse el edadismo por la condición del género, infravalorándose su persona y capacidades [44]. En esta revisión sistemática de 2019, en la que se analizaron 89 artículos para conocer las desigualdades socioeconómicas en salud, en población de 65 o más años de edad en España, que vivían en la comunidad o institucionalizadas [45], se encontró una asociación entre un menor nivel de estudios con una mayor fragilidad, discapacidad y dependencia. Siendo estas diferencias más representativas en mujeres que en hombres. Además, se descubrió un peor estado de salud en las personas más desfavorecidas en España. Estos datos coinciden con hallazgos encontrados a nivel europeo en otras revisiones sistemáticas [46] e informes nacionales sobre prevalencia edadismo [21].

El estado de salud de la población mayor es un determinante sólido de edadismo, como reflejó esta revisión sistemática [47]. Teniendo en cuenta esta afirmación es necesario conocer la relación entre la fragilidad y percepción edadismo, ya que estas diferencias en salud son elementos esenciales que pueden influir en el objeto de este estudio.

La fragilidad es un síndrome geriátrico, que se define como el deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de la capacidad intrínseca, lo que confiere una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos [48].

La fragilidad es más prevalente a mayor edad y aumenta el riesgo de mortalidad, institucionalización y hospitalización [49]. Para abordar la fragilidad es necesario abordar el edadismo, utilizando herramientas para poder frenarlo [50]. Los pacientes frágiles tienen una percepción del envejecimiento más negativa, evaluado por el cuestionario de actitudes hacia el envejecimiento [34], en comparación con los no frágiles [51].

Reducir la discriminación por edad se ha identificado según la OMS como un pilar fundamental para mejorar la salud humana. Algunas de las intervenciones más eficaces en esta línea es educar sobre el proceso de envejecimiento y contacto intergeneracional [26]. Debemos promover autopercepciones más positivas para mantener o aumentar el bienestar de los adultos mayores [24].

1.1. Contextualización

Supone una prioridad social en el programa de trabajo del Gobierno de España, el cumplimiento de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030, que nacieron en una conferencia de Naciones Unidas sobre medio ambiente [52], entre los que se encuentra, garantizar una vida sana y promover el bienestar a todas las edades.

En la actualidad en el municipio de Leganés, lugar donde reside la muestra del estudio,

encontramos un índice de envejecimiento de 142,48% [53], siendo mayor que el índice de envejecimiento de la Comunidad de Madrid, que se sitúa en 113,49% [54].

El incremento de la población mayor, tanto a nivel nacional como a nivel local, el aumento de tasa de dependencia [4] y la asociación positiva entre la fragilidad, dependencia e institucionalización; convierte a este colectivo en vulnerable, ya que, según hallazgos de la literatura, estos factores pueden influir como predictores de edadismo.

Para detectar este fenómeno y determinar medidas que puedan frenarlo, las enfermeras son un elemento clave que puede ser una ventaja en la lucha contra el edadismo, utilizando como herramientas el desarrollo de la competencia gerontológica a través de la visión holística propia de esta disciplina, situando al paciente como un ser biopsicosocial [55] y fomentando un envejecimiento saludable, en el que se desarrolle y mantenga la capacidad funcional que permita el bienestar en la vejez [56,57]. La enfermera especialista en geriatría [58] puede liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas, garantizando una intención específica y dirigida que permita detectar el edadismo y garantizar unos cuidados de calidad, previniendo los daños potenciales sobre el paciente mayor.

1.2. Justificación

El aumento de población envejecida fundamenta la necesidad de fomentar estrategias para mejorar la calidad de vida y promover el bienestar para la población mayor, prestando rigurosa atención a prestar unos cuidados de calidad basados en la equidad e igualdad de género.

Conocer los factores asociados al edadismo y su relación con el envejecimiento permite abordar esta problemática, que pese a su alta prevalencia, considerándose por la OMS como la tercera forma de discriminación más frecuente [12], es desconocida e ignorada en la práctica clínica habitual.

Disminuir las consecuencias negativas que genera para la salud, supondría un beneficio y

mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes.

La falta de líneas de investigación y la exclusión sistemática de los pacientes institucionalizados de la investigación, es decir, aquellos que residen y pernoctan en centros sociosanitarios, fundamenta la necesidad de realizar este estudio.

Para poder conocer la percepción del edadismo en profundidad, deberíamos abordar este concepto de forma holística, teniendo en cuenta todas las dimensiones que transversalmente componen este fenómeno, prejuicios, estereotipos y discriminación, por lo que es necesario utilizar instrumentos que tengan en cuenta el fenómeno de forma global.

En el presente estudio se aborda el edadismo negativo dirigido hacia población mayor, por su prevalencia e impacto negativo en salud. Se considera población mayor, aquella de 65 o más años de edad, a la que se conceptualiza como adultos mayores, cuya etapa vital está marcada por una transición social, el cese de la vida laboral y el inicio de la vejez. Se prestará especial atención a la fragilidad de este colectivo por su relación directa con la dependencia e institucionalización que pueden ser causa y consecuencia del edadismo. Además, se tendrá en cuenta el género, que puede actuar como eje de desigualdad dentro de los determinantes sociales de salud.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Conocer la percepción de edadismo en población mayor institucionalizada y valorar las diferencias con respecto a la población mayor que vive en la comunidad.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores asociados al edadismo en población mayor y si existen diferencias entre institucionalizados y los que viven en la comunidad.
- Valorar la influencia de la fragilidad y el género en la percepción de edadismo

3. Métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en varios recursos sociosanitarios en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. La población de estudio fueron los adultos con edad igual o mayor de 65 años que vivían en centros sociosanitarios (mayores institucionalizados) y aquellos que vivían en sus domicilios, pero acudían a los centros de día asociados a esos mismos centros sociosanitarios (mayores que viven en la comunidad), pertenecientes a la zona suroeste de la Comunidad de Madrid (Leganés y Alcorcón).

Criterios de inclusión:

- Con capacidad de comunicarse, sin deterioro cognitivo ni enfermedad mental incapacitante.
- Que deseen participar voluntariamente en el estudio y otorguen su consentimiento.

Criterios de exclusión:

- Personas con enfermedad terminal o en tratamiento paliativo.
- Personas con barreras idiomáticas que impidan el cumplimiento del cuestionario.

Para concretar el ámbito de estudio, se contactó por correo electrónico y telefónicamente con todas las instituciones sociosanitarias localizadas en Leganés con una población residente de al menos 50 personas (siete instituciones) y una institución sociosanitaria pública localizada en Alcorcón, se expuso al director de cada uno de los centros el proyecto y objetivos del estudio. De todas las instituciones con las que se contactó, solo cinco accedieron a participar previo consentimiento del director del mismo.

Todas las instituciones sociosanitarias eran de gestión privada, pero disponían de un porcentaje de plazas públicas concertadas con la Comunidad de Madrid. Todos los centros sociosanitarios disponían de personal de enfermería 24 horas y personal médico en horario diurno. Además, disponían de técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, fisioterapeuta, trabajador social, psicólogo.

Los cinco centros sociosanitarios donde se realizó el estudio, tenían un total de 880 resi-

dentes institucionalizados aproximadamente y 190 que acudían a centro de día. En consenso con los trabajadores de dichos centros se estimó el porcentaje aproximado que podía cumplir los criterios de inclusión del estudio en cada grupo.

Teniendo en cuenta estos datos se estimó una población de estudio que cumpliría los criterios de elegibilidad de 145 sujetos institucionalizados y 45 sujetos que acuden a centro de día. Se usó el programa estadístico epidat versión 4.2, se estimó un 25% en población institucionalizada y un 20% en población que acudía a centro de día, de proporción esperada según la prevalencia encontrada en la literatura consultada [21], se asumió un intervalo de confianza del 95%, y una precisión del 5%, se estimó una muestra representativa de 97 sujetos en el grupo institucionalizado y 39 sujetos en el grupo que acude a centro de día, de la cual se realizó una distribución porcentual en los distintos centros sociosanitarios y centros de día correspondientemente. Para la selección de la muestra se llevó a cabo un muestreo no probabilístico intencional, incluyendo en el estudio a todos los sujetos que desearon participar de forma voluntaria en el estudio y que cumplían los criterios de inclusión, hasta que se alcanzó el tamaño muestral.

3.1. Captación y reclutamiento de la muestra

En primer lugar, la captación de los sujetos se realizó por el personal sanitario, concretamente, personal de enfermería y terapeutas ocupacionales de los propios centros. Tras haber

identificado a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, se les informó de manera verbal y por escrito a través de la hoja de información sobre el estudio que se estaba llevando a cabo. Se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos, así como el hecho de que no supondría ningún perjuicio si decidían no participar. Los pacientes que accedieron a participar firmaron consentimiento informado, que fue custodiado por la investigadora principal en una carpeta opaca cerrada.

3.2. Variables e instrumentos

- Variables sociodemográficas: género, edad, nivel estudios máximo, estado civil, núcleo familiar o de amistad, actividad laboral previa, lugar nacimiento, creencias religiosas.
- Variables de pertinencia y adaptación situación actual: tiempo residiendo en un centro sociosanitario o acudiendo al centro de día según sea el caso, convivencia con familiares, relaciones familiares y sociales, ocio, nivel satisfacción.
- Variables percepción salud: nivel autonomía para actividades básicas vida diaria, incontinencia urinaria, limitación órganos de los sentidos, percepción salud.
- Variables psicosociales, soledad, ansiedad ante el envejecimiento, miedo a la muerte y relaciones personales y sociales.

La variable de resultado principal fue la percepción del edadismo en población mayor que se midió a través de una escala *ad hoc* creado

CUADRO 2. Escala FRAIL para detección de fragilidad en adulto mayor [59,60].

¿Se siente usted cansado/a o fatigado/a todo o la mayor parte del tiempo?
¿Es incapaz de subir un piso de escalones usted solo?
¿Es incapaz de caminar varios cientos de metros por usted mismo?
¿Tiene más de estas enfermedades? (hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto, angina de pecho, asma, artritis, ictus, enfermedad renal)
¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?

para esta investigación. Asimismo, se midió la fragilidad con la escala FRAIL (*Fatigue, Resistance, Aerobic, Illnesses, Loss of weight*) [59-62], de fácil aplicación, compuesta por 5 ítems (fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso) en la que cada respuesta afirmativa era valorada con 1 punto. Se consideró fragilidad puntuaciones ≥ 3 y prefragilidad 1 o 2 puntos (Cuadro 2).

3.3. Diseño y elaboración de la escala de edadismo

Dada la escasez de escalas con validez psicométrica para medir la percepción del edadismo, se procedió a la elaboración de un cuestionario *ad hoc* de acuerdo con la literatura analizada. Para la elaboración del mismo, se usó como referencia las escalas con mayor validez que se encontraron en la literatura, como es el cuestionario expectativas sobre el envejecimiento [35], que sirvió para la elaboración de los ítems relacionados con creencias y expectativas. También se utilizó como referencia, el cuestionario de actitudes ante el envejecimiento [34] que mide todas las dimensiones del edadismo, pero esta escala no se encuentra traducida ni tiene adaptación transcultural, ni está dirigida a la población del estudio y además solo cumplía validez estructural y consistencia interna. También, se usó cuestionario de percepciones del envejecimiento [63] y la escala de discriminación rutinaria por edad en la vida cotidiana de los adultos mayores [41] junto con algunos elementos que se encontraron en la bibliografía referenciada que se adaptaron a los objetivos del estudio.

Además, se tomó en consideración para la elaboración del mismo, los patrones funcionales Marjory Gordon, en concreto los patrones percepción y manejo de la salud, eliminación, actividad, sueño-descanso, cognitivo-perceptual, autopercepción y autoconcepto, rol-relaciones y sexualidad; entendiendo los patrones como comportamientos intrínsecos a las personas que contribuyen a su salud y calidad de vida, y de esta forma poder comprender lo que se está evaluando desde una perspectiva de valoración enfermera [64].

La primera versión del cuestionario constó de 24 ítems, que recogían las tres dimensiones del edadismo: estereotipos (ítems 1 a 10); prejuicios (ítems 11 a 16) y discriminación (ítems 17 a 24). Los ítems recogidos en el cuestionario edadismo fueron evaluadas con respuesta en base a una escala tipo Likert con respuestas (desde 1 totalmente en desacuerdo hasta 5 totalmente de acuerdo).

3.4. Validación de aspecto y contenido

Se utilizó el método de consenso, cuatro enfermeras especialistas en geriatría o con amplia experiencia clínica en geriatría y dos geriatras expertos con más de 5 años de experiencia en el servicio de geriatría revisaron la primera versión del cuestionario. Se tuvo en cuenta todas las propuestas de modificación de preguntas en cuanto a adecuación, pertinencia, y claridad. Finalmente, se descartaron dos preguntas, dos fueron modificadas y una se cambió de orden y se obtuvo la segunda versión del cuestionario.

3.5. Pretest cognitivo

Se seleccionaron 14 usuarios, que cumplieran los criterios de inclusión para realizar un pilotaje del cuestionario. Entre los seleccionados se encontraban personas de distinto género, nivel estudios, lugar nacimiento, institucionalizados y que vivían en comunidad. Se les pidió que indicaran la claridad, comprensión y dificultad encontrada. Teniendo en cuenta sus opiniones y propuestas, se realizaron modificaciones en otra pregunta llegando a obtener la versión final del Cuestionario de Edadismo, que consta de 22 ítems, que recogen las tres dimensiones del edadismo: estereotipos (ítems 1 a 10); prejuicios (ítems 11 a 15) y discriminación (ítems 16 a 22) (Cuadro 3).

3.6. Análisis de datos

Se realizó el análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la población de estudio. Las variables cualitativas se han pre-

CUADRO 3. Cuestionario para valorar la percepción de edadismo en adulto mayor.

	Totalmente de acuerdo 😊	Parcialmente de acuerdo 🙂	Ni acuerdo ni desacuerdo 😐	Parcialmente en desacuerdo 😞	Totalmente en desacuerdo 😞
1. La edad me limita en todo lo que hago					
2. Con la edad aparecen más problemas de salud.					
3. Con la edad pierdes autonomía					
4. Con la edad aparecen problemas de incontinencia					
5. Con la edad se disfruta menos del tiempo					
6. Con la edad aparecen problemas de memoria					
7. Con la edad aparecen "los dolores"					
8. Con la edad es normal sentirse más preocupado, triste o deprimido					
9. Con la edad disminuye el deseo sexual					
10. Con la edad aparecen sentimientos de soledad					
11. Con la edad se percibe mayor vulnerabilidad (frágil, indefenso)					
12. Con la edad siento que mi opinión no se tiene en cuenta					
13. Con la edad siento que me sobreprotegen					
14. Con la edad siento que me infantilizan (me tratan como un niño/a)					
15. Con la edad me siento excluido de la sociedad.					
16. Habitualmente percibo que se burlan de las personas mayores (veo, oigo, leo, chistes, bromas sobre el envejecimiento y la población mayor)					
17. Me han faltado al respeto por mi edad					
18. Me han engañado o tratado de engañarme por mi edad					
19. Me han tratado como si no pudiera recordar o entender las cosas.					
20. Me he sentido discriminado cuando se han dirigido a mi como "abuelo o abuela", personas que no son mi familia					
21. Me dicen lo que tengo que hacer, sin respetar mi opinión					
22. El personal sanitario ha justificado mis dolencias como "cosas de la edad"					

sentado con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen mediante estadísticos de medida central y dispersión.

Se procedió al análisis bivalente con pruebas paramétricas y no paramétricas, en función de la naturaleza de las distribuciones, para variables cualitativas se realizó mediante la prueba de chi al cuadrado o la prueba exacta de Fisher, mientras que las variables cuantitativas se compararon con la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney, según correspondía. Todos los análisis se han realizado con niveles de confianza del 95% (p valor ≤ 0.05). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v21.

4. Resultados

En el estudio participaron 138 mayores, 98 (71%) vivían en un centro sociosanitario y 40 (29%) acudían a centro de día.

La media de edad de los participantes del estudio fue de 84 años (DE:7,6). La media de edad de los usuarios de centro sociosanitario \bar{x} : 84,7 (DE: 8,2), fue ligeramente superior a los de centro de día, \bar{x} : 82,4 (DE: 5,4).

En la tabla 1 se observan algunas características sociodemográficas de la muestra de estudio, segmentada en dos grupos atendiendo al lugar de residencia, comunidad o institucionalizados. El 64,5% ($n=89$) de los participantes fueron mu-

TABLA 1. Características de la muestra de estudio.

Variables		Total n=138 n (%)	Centro de día n=40 n (%)	Residencia n=98 n (%)
Género	Mujer	89 (64,5)	25 (62,5)	64 (65,3)
	Hombre	49 (35,5)	15 (37,5)	34 (34,7)
Edad	Igual o mayor de 80 años	105 (76,1)	31 (77,5)	74 (75,5)
	Menor de 80 años	33 (23,9)	9 (22,5)	24 (24,5)
Estado civil	Viudo/a	82 (59,4)	21 (52,5)	61 (62,2)
	Casado/a	40 (29)	16 (40)	24 (24,5)
	Soltero/separado/ Divorciado/a	16 (11,6)	3 (7,5)	13 (13,3)
Tiene hijos	No	18 (13)	2 (5)	16 (16,3)
	Sí	120 (87)	38 (95)	82 (83,7)
Nivel de estudios máx.	Sin estudios o primarios incompletos	50 (36,2)	12 (30)	38 (38,8)
	Estudios primarios	71 (51,4)	23 (57,5)	48 (49)
	Bachiller/FP/estudios universitarios	17 (12,3)	5 (12,5)	12 (12,2)
Actividad laboral previa	Trabajo fuera de casa	107 (77,5)	32 (80)	75 (76,5)
	Ama de casa	31 (22,5)	8 (20)	23 (23,5)
Lugar de nacimiento (n=135)	Madrid	44 (32,6)	7 (18,9)	37 (37,8)
	Fuera de Madrid	91 (67,4)	30 (81,1)	61 (62,2)
Convive con un familiar (n=136)	No	98 (71,7)	14 (35,9)	84 (86,6)
	Sí	38 (28,3)	25 (64,1)	13 (13,4)
Con quien convive (n=38)	Cónyuge	26 (68,4)	14 (56)	12 (92,3)
	Otros familiares	12 (31,6)	11 (44)	1 (7,7)

TABLA 2. Preferencias muestra.

		Centro de día n=40 n (%)	Residencia n=98 n (%)
Le gusta acudir a centro de día/ vivir en la residencia	No	8 (20)	46 (46,9)
	Sí	32 (80)	52 (53,1)
Decisión propia para acudir a centro de día o vivir en residencia	No	21 (52,5)	51 (52)
	Sí	19 (47,5)	47 (48)
Tiempo (meses) acudiendo al centro de día o viviendo en residencia		27,8 (40,44)*	26 (32,6)*
Qué le supone acudir al centro de día o vivir en residencia (puede contestar a más de una opción)	Me ayuda a sentirme acompañado	23 (57,5)	53 (54,1)
	Me ayuda a sentirme ocupada	33 (82,5)	44 (44,9)
	Me ayuda a mejorar mi salud	6 (15)	43 (43,9)
	No me ayuda en nada	3 (7,5)	15 (15,3)

* Media (desviación estándar o DE).

eres; siendo un 59,4% (n=82) de la muestra viudos/as. En cuanto al nivel de estudios máximo el 51,4% (n=71) afirmó tener estudios primarios. El 77,5% (n=107), trabajó fuera de casa, de los cuales el 52,2% (n=72), realizó un trabajo físico. El 87% (n=120), de los participantes tienen hijos. Destacar que el 71,7% (n=99) del total de la muestra, no convive con ningún familiar.

En cuanto al lugar de nacimiento de los participantes del estudio, podemos afirmar que el 32,6 % (n=44) nació en Madrid, siendo esta la comunidad más repetida entre los participantes del estudio, seguida de Castilla la Mancha 25,4% (n=35).

La media de meses que ambos grupos llevan viviendo en un centro sociosanitario o acudiendo al centro de día es muy similar, 26 (DE: 32,6) y 27,8 (DE: 40,4), respectivamente. En ambos grupos la mitad de la muestra (p 50) lleva viviendo en el centro sociosanitario o acudiendo al centro de día, al menos 12 meses y el 75% (p75) igual o más de 36 meses.

El 52% (n=51) de la muestra afirmó que no fue decisión suya ir a vivir a la residencia, pese a ello un 53,1% (n=52) reconoció que le gustaba vivir en la residencia.

La población mayor institucionalizada que participó en el estudio afirmó que estar en la residencia le ayuda a mejorar su salud 43,9% (n=43), le ayuda a sentirme acompañado/a 54,1% (n=53) y le mantiene ocupado/a 44,9% (n=44)

Respecto a la población mayor que acude a centro de día, el 52,5% (n=21) de la muestra afirmó que no fue decisión suya empezar a acudir al centro de día, pese a ello un 80 % (n=32) reconoció que le gustaba acudir. La población que participó en el estudio, afirmó que acudir al centro de día, le ayuda a mejorar su salud 15% (n=6), le ayuda a sentirme acompañado/a 57,5% (n=23) y le mantiene ocupado/a 82,5% (n=33) (tabla 2).

En la tabla 3 se pueden observar algunas variables que hacen referencia a la percepción de los participantes del estudio sobre su salud. Respecto al nivel de autonomía para realizar actividades básicas de la vida diaria, el 55,8% (n=77) es totalmente dependiente o necesita ayuda con frecuencia de personas o dispositivos. El 44,9% (n=62) de los participantes de la muestra, afirmó que nunca han presentado incontinencia urinaria, en contraposición con el 32,6% (n=45) que afirmó presentarla con frecuencia o mucha frecuencia. Además, el 72,5% (n=100) afirmó tener limitaciones en los órganos de los sentidos, pero solo el 18,2% (n=18), reconoció que con frecuencia le suponían un problema en su vida diaria. Destacar que el 52,5% (n=21) del grupo de población mayor que vive en la comunidad, es totalmente independiente para las actividades básicas de la vida diaria, frente al 65,3% (n=64) del grupo que vive institucionalizado que es totalmente dependiente o necesita ayuda con frecuencia.

TABLA 3. Percepción de la salud.

		Total n=138 n (%)	Centro de día n=40 n (%)	Residencia n=98 n (%)
Nivel de autonomía para ABVD	Necesito ayuda con frecuencia de personas o dispositivos/ Totalmente dependiente	77 (55,8)	13 (32,5)	64 (65,3)
	Necesito ayuda ocasional de personas o dispositivos	20 (14,5)	6 (15)	14 (14,3)
	Totalmente independiente	41 (29,7)	21 (52,5)	20 (20,4)
Incontinencia urinaria	Con frecuencia/mucha frecuencia	45 (32,6)	10 (25)	35 (35,7)
	Casi nunca/ En ocasiones	31 (22,5)	9 (22,5)	22 (22,4)
	Nunca	62 (44,9)	21 (52,5)	41 (41,8)
Limitaciones en los órganos de los sentidos	Sí	100 (72,5)	26 (65)	74 (75,5)
	No	38 (27,3)	14 (35)	24 (24,5)
Las limitaciones en los órganos de los sentidos le suponen un problema en su vida diaria	Con frecuencia/mucha frecuencia	18 (18,2)	4 (15,4)	14 (19,2)
	Casi nunca/en ocasiones	47 (47,5)	16 (61,5)	31 (42,5)
	Nunca	34 (34,3)	6 (23,1)	28 (38,4)
Percepción salud	Muy Mala/Mala	34 (24,6)	9 (22,5)	25 (25,5)
	Ni una cosa ni la otra	54 (39,1)	14 (35)	40 (40,8)
	Muy buena/Buena	50 (36,2)	17 (42,5)	33 (33,7)

TABLA 4. Relaciones personales.

		Total n=138 n (%)	Centro de día n=40 n (%)	Residencia n=98 n (%)
Recibe visitas de familiares o amigos	Nunca/Casi nunca/En ocasiones	39 (28,3)	14 (35)	25 (25,5)
	Con frecuencia/mucha frecuencia	99 (71,7)	26 (65)	73 (74,5)
Tiene contacto telefónico con familiares o amigos	Nunca/Casi nunca/En ocasiones	45 (32,6)	13 (32,5)	32 (32,7)
	Con frecuencia/mucha frecuencia	93 (67,4)	27 (67,5)	66 (67,3)
Tiene contacto intergeneracional	Nunca/Casi nunca/En ocasiones	110 (79,7)	28 (70)	82 (83,7)
	Con frecuencia/mucha frecuencia	28 (20,3)	12 (30)	16 (16,3)
Se siente satisfecho con sus relaciones personales	Nunca/Casi nunca/En ocasiones	35 (25,4)	9 (22,5)	26 (26,5)
	Con frecuencia/mucha frecuencia	103 (74,6)	31 (77,5)	72 (73,5)
Sentimiento de soledad (n=97)	Con frecuencia/mucha frecuencia	41 (29,9)	10 (25)	31 (32)
	Casi nunca/Ocasionalmente	40 (29,2)	10 (25)	30 (30,9)
	Nunca	56 (40,9)	20 (50)	36 (37,1)

En la tabla 4 se muestran las variables que hacen referencia a las relaciones personales de la población mayor que participó en el estudio. El 71,7% (n=99) afirmó no recibir visitas de familiares y amigos con frecuencia o mucha frecuencia, al igual que contacto telefónico 67,4% (n=93). A su vez los participantes del estudio con frecuencia o mucha frecuencia refieren sentirse satisfechos con sus relaciones personales 74,6% (n=103). Únicamente el 20,3% (n=28), reconoció haber tenido contacto generacional frecuentemente. El 40,9% (n=56) afirmó que nunca se ha sentido solo.

En la tabla 5 se muestran las variables que hacen referencia a la percepción del envejecimiento de la población mayor que participó en el estudio. Se estimó que el 84,8 % (n=117) no ha sentido con frecuencia ansiedad por el envejecimiento, ni miedo a la muerte con un porcentaje de 88,4% (n=122). El 63% (n=87) de las personas que participaron se consideraron, muy positivas o positivas en relación con su forma de ver la vida, únicamente un 24,6% (n=34), de

la muestra percibió su salud como mala o muy mala. El 73,9% (n=102) afirmó que sus creencias religiosas le ayudaban a sobrellevar el envejecimiento.

En relación con la escala de edadismo, que se compone de 22 ítems que se evalúan con una escala Likert de 5 puntos, cuya mínima puntuación es 22 y máxima 110 puntos. Siendo a menor puntuación mayor percepción edadismo.

La puntuación media de percepción edadismo es 62,5 (DE: 11,4). A continuación, se expone (tabla 6), donde se detalla un análisis descriptivo de las respuestas dadas por la muestra a la escala de edadismo.

Los ítems de la escala que hacen referencia a la dimensión estereotipos (1-10), son los ítems que menor puntuación han referido, lo que indica mayor percepción edadismo, en cambio los ítems que hacen referencia a discriminación (16-22) son los ítems que mayor puntuación han referido, lo que indica menor percepción de edadismo. Los ítems que hacen referencia a prejuicios (11-15) muestran resultados muy variados.

TABLA 5. Variables sobre percepción del envejecimiento.

		Total n=138 n (%)	Centro de día n=40 n (%)	Residencia n=98 n (%)
Tiene ansiedad hacia el envejecimiento	Con frecuencia/mucha frecuencia	21 (15,2)	9 (22,5)	12 (12,2)
	Nunca/Casi nunca/En ocasiones	117 (84,8)	31 (77,5)	86 (87,8)
Tiene miedo a la muerte	Con frecuencia/mucha frecuencia	16 (11,6)	6 (15)	10 (10,2)
	Nunca/Casi nunca/En ocasiones	122 (88,4)	34 (85)	88 (89,8)
Siente satisfacción con la vida que lleva	Nunca/Casi nunca/En ocasiones	59 (42,8)	14 (35)	45 (45,9)
	Con frecuencia/mucha frecuencia	79 (57,2)	26 (65)	53 (54,1)
Forma de ver la vida	Muy negativo/Negativo	18 (13)	2 (5)	16 (16,3)
	Ni una cosa ni la otra	33 (23,9)	10 (25)	23 (23,5)
	Muy positiva/Positiva	87 (63)	28 (70)	59 (60,2)
Percepción salud	Muy mala/Mala	34 (24,6)	9 (22,5)	25 (25,5)
	Ni una cosa ni la otra	54 (39,1)	14 (35)	40 (40,8)
	Muy buena/Buena	50 (36,2)	17 (42,5)	33 (33,7)
Le ayudan sus creencias religiosas a sobrellevar el envejecimiento	No	30 (21,7)	10 (25)	20 (20,4)
	Si	102 (73,9)	29 (72,5)	73 (74,5)
	No soy religioso	6 (4,3)	1 (2,5)	5 (5,1)

TABLA 6. Escala de edadismo.

	Total n=98 m (DE)	Centro de día m=40 m (DE)	Residencia n=98 m (DE)
1. La edad me limita en todo lo que hago	2,05 (1,3)	2,13 (1,4)	2,02 (1,2)
2. Con la edad aparecen más problemas de salud	2 (1,1)	1,9 (1,3)	2,04 (1,1)
3. Con la edad pierdes autonomía	1,92 (1,1)	1,85 (1,1)	1,95 (1,2)
4. Con la edad aparecen problemas de incontinencia	2,27 (1,2)	2,2 (1,3)	2,3 (1,1)
5. Con la edad se disfruta menos del tiempo	2,07 (1,2)	2,28 (1,4)	1,98 (1,1)
6. Con edad aparecen problemas de memoria	2,06 (1,1)	1,83 (1,2)	2,15 (1,1)
7. Con la edad aparecen "los dolores"	2,33 (1,3)	2,05 (1,3)	2,44 (1,3)
8. Con la edad es normal sentirse más preocupado, triste o deprimido	2,51 (1,3)	2,6 (1,4)	2,47 (1,3)
9. Con la edad disminuye el deseo sexual	1,49 (0,9)	1,27 (0,8)	1,58 (1)
10. Con la edad aparecen sentimientos de soledad	2,54 (1,5)	2,53 (1,6)	2,55 (1,4)
11. Con la edad se percibe mayor vulnerabilidad	2,22 (1,2)	2,23 (1,3)	2,21 (1,2)
12. Con la edad siento que no se tiene en cuenta mi opinión	3,17 (1,4)	3,48 (1,5)	3,04 (1,4)
13. Con la edad siento que me sobreprotegen	3 (1,3)	2,75 (1,4)	3,1 (1,2)
14. Con la edad siento que me infantilizan	3,59 (1,4)	3,55 (1,5)	3,6 (1,3)
15. Con la edad me siento excluido de la sociedad	2,45 (1,1)	2,65 (1,1)	2,36 (1)
16. Siento que se burlan de los mayores en los medios de comunicación	2,99 (1,2)	3 (1,3)	2,99 (1,1)
17. Me han faltado al respeto por mi edad	4,43 (0,9)	4,65 (0,8)	4,35 (1)
18. Me han engañado o tratado de engañarme por mi edad	4,11 (1,2)	4,43 (1,1)	3,98 (1,3)
19. Me han tratado como si no pudiera recordar o entender las cosas	3,63 (1,3)	3,73 (1,3)	3,59 (1,3)
20. Me he sentido discriminada cuando se dirigen a mí como abuelo/a personas que no son de mi familia	4,15 (1,2)	4,45(1,1)	4,03 (1,2)
21. Me dicen lo que tengo que hacer sin respetar mi opinión	3,68 (1,3)	3,68 (1,5)	3,68 (1,3)
22. El personal sanitario ha justificado mis dolencias como cosas de la edad	93,84 (1,4)	4,15 (1,4)	3,71 (1,4)

TABLA 7. Escala FRAIL.

Escala FRAIL	Total n=138 n (%)	Centro de día n=40 n (%)	Residencia n=98 n (%)
Frágil	45 (32,6)	10 (25)	35 (35,7)
Prefrágil	59 (42,8)	21 (52,5)	38 (38,8)
Robusto	34 (24,6)	9 (22,5)	25 (25,5)

TABLA 8. Percepción de edadismo en función de las características sociodemográficas.

Variable	Media (DE)	Valor de p
Género (n=138)		0,251
Mujer (n=89)	61,66 (11,30)	
Hombre (n=49)	64 (11,54)	
Edad (n= 138)		0,886
Igual o mayor de 80 (n=105)	62,57 (11,22)	
Menor de 80 (n=33)	62,24 (12,14)	
Estado civil (n= 138)		0,698
Viudo/a (n=82)	61,91 (10,1)	
Casado/a (n=40)	63,80 (12)	
Soltero/separado/Divorciado (n=16)	62,19 (16,1)	
Centro (n=138)		0,574
Centro de día (n=40)	63,35 (13,18)	
Residencia (n=98)	62,14 (10,65)	
Tiene hijos (n=138)		0,506
No (n=18)	64,17 (12,46)	
Sí (n=120)	62,24 (11,27)	
Nivel de estudios máximo (n=138)		0,633
Sin estudios o estudios primarios incompletos (n=50)	63,72 (9,36)	
Estudios primarios (n=71)	61,72(12,10)	
Bachillerato/FP/Estudios universitarios (n=17)	62,12 (14)	
Convivencia familiar (n=138)		0,342
No (n=98)	62,05 (10,95)	
Sí (n=38)	64,13 (12,57)	
Nació en Madrid (n=138)		0,845
Sí (n=44)	63,05 (11,78)	
No (n=91)	62,64(11,14)	
Frecuencia contacto intergeneracional (n=138)		0,175
No (n=110)	61,83 (11,25)	
Sí (n=28)	65,11(11,83)	
Satisfecho con relaciones personales (n=138)		0,122
No (n=35)	59,91 (10,90)	
Sí (n=103)	63,37(11,49)	

Variable	Media (DE)	Valor de p
Ayuda creencias religiosas (n=132)		0,846
Sí (n=102)	62,04 (11,14)	
No (n=30)	62,50 (12,19)	
Gusta vivir en la residencia (n=98)		0,033
No (n=46)	59,72 (10,36)	
Si (n=52)	64,29 (10,53)	
Gusta acudir al centro de día (n=40)		0,341
No (n=8)	67,38 (11,95)	
Si (n=32)	62,34 (13,46)	

DE: Desviación estándar; * Diferencias significativas con $p < 0,05$

Los resultados de fragilidad medidos con la escala FRAIL validada para población mayor, se describen a continuación (tabla 7). En ambos grupos el porcentaje más elevado son prefrágiles tanto en población mayor que vive en la comunidad 52,5% (n=21) como en población mayor institucionalizada 38,8% (n=38).

En la tabla 8 se muestra la relación entre las diferentes características sociodemográficas con la percepción edadismo. La proporción entre hombres y mujeres fue muy similar respecto a la percepción edadismo, siendo ligeramente superior en mujeres 61,66 (DE=11,30) frente a hombres 64 (DE=11,54); $p=0,251$. Se encontró asociación significativa entre la preferencia o gusto de en la residencia” y la percepción de

edadismo ($p=0,033$). Siendo menor la percepción de edadismo en las personas que sí les gustaba vivir en la residencia 64,29 (10,53)

En la tabla 9 se muestra asociación entre las condiciones de salud y la percepción edadismo. Se encontró asociación significativa entre el nivel de autonomía para las ABVD y la percepción de edadismo ($p=0,003$). Siendo superior la percepción de edadismo en personas dependientes 59,60 (10,44). También se halló asociación entre la incontinencia urinaria y la percepción de edadismo ($p=0,019$), siendo superior la percepción de edadismo en personas que presentan incontinencia urinaria con frecuencia o mucha frecuencia 59,20 (11,31). Otras variables en las que se halló asociación fueron ansiedad fre-

TABLA 9. Percepción de edadismo en función de las condiciones de salud.

Variable	Media (DE)	Valor de p
Autonomía para ABVD		0,003
Ayuda con frecuencia de personas o dispositivos/totalmente dependiente (n=77)	59,60 (10,44)	
Ayuda ocasional de personas o dispositivos (n=20)	63,60 (11,98)	
Independiente (n=41)	67,39 (11,34)	
Incontinencia urinaria (n=138)		0,019
Con frecuencia/con mucha frecuencia (n=45)	59,20 (11,31)	
Casi nunca/ocasionalmente (n=31)	61,58 (10,08)	
Nunca (n=62)	65,34 (11,54)	

Variable	Media (DE)	Valor de p
Limitaciones en los órganos de los sentidos (n=138)		0,598
Sí (n= 100)	62,81 (10,16)	
No (n=38)	61,66 (14,28)	
Le supone un problema limitación en los órganos de los sentidos (n=99)		0,448
Con frecuencia/con mucha frecuencia (n=18)	60,44 (11,71)	
Casi nunca/ocasionalmente (n=47)	62,49 (10,27)	
Nunca (n=34)	64,18 (9,14)	
Frecuencia ansiedad el envejecimiento (n=138)		0,004
Sí (n=21)	55,90 (11,34)	
No (n=117)	63,68(11,67)	
Miedo a la muerte (n=138)		0,002
Sí (n=16)	54,44 (11,23)	
No (n=122)	63,55(11,04)	
Sentimiento de soledad (n=137)		<0,001
Con frecuencia/con mucha frecuencia (n=41)	56,73 (9,04)	
Casi Nunca/En ocasiones (n=40)	59,23 (10,26)	
Nunca (n=56)	68,84 (10,67)	
Sentimiento satisfacción con la vida que lleva (n=138)		<0,001
No (n=59)	57,92 (10,65)	
Sí (n=79)	65,91 (10,78)	
Forma de ver la vida (n=138)		<0,314
Negativo/muy negativo (n=18)	61,28 (11,40)	
Ni una cosa ni la otra (n=33)	65,12 (10,47)	
Positiva/muy positiva (n=87)	61,75 (11,61)	
Percepción salud (n=138)		<0,082
Mala/muy mala (n=34)	59,03 (11,70)	
Ni una cosa ni la otra (n=54)	62,65 (10,96)	
Muy buena/buena (n=50)	66,68(11,31)	
Fragilidad (n=138)		0,004
Frágil (n=45)	58,87 (10,81)	
Prefragil (n=59)	62,47 (11,33)	
Robusto (n=34)	67,32 (10,76)	

DE: Desviación estándar; * Diferencias significativas con $p < 0,05$

cuenta hacia el envejecimiento ($p=0,004$), miedo a la muerte ($p=0,002$). En estas variables, las respuestas afirmativas presentaron una percepción de edadismo superior, 55,90 (11,34), 54,44 (11,23) respectivamente.

Además, se encontró asociación significativa entre sentimiento soledad ($p=0,001$) y satisfacción con la vida que llevan ($p=0,001$) y la percepción de edadismo. Las personas que con frecuencia se sentían solas, tenían mayor percepción edadismo 56,73 (9,04), al igual que las personas que no estaban satisfechas con la vida que llevaban, que también tenían mayor percepción de edadismo 57,92 (10,65) Por último, destacar la asociación significativa entre fragilidad y percepción edadismo ($p=0,004$), siendo las personas categorizadas como frágiles las que perciben mayor percepción de edadismo 58,87 (10,81).

5. Discusión

En este estudio se presentan los resultados tras comparar a población mayor en base al lugar de residencia, institucionalizados en un centro socio-sanitario o que vive en la comunidad y que tienen una característica común, acudir a un centro de día.

La media de percepción de edadismo fue ligeramente mayor en pacientes institucionalizados frente a los pacientes que viven en la comunidad y que acuden a centro de día, $m=62,14$ (10,65) y $m=63,35$ (13,18) respectivamente, lo que coincide con los hallazgos en la literatura [42,43]. Pero no se encontró asociación significativa (p valor 0,574) entre el lugar de residencia y la percepción de edadismo, esto pudo deberse a que hay similitudes en las características que presentan ambos grupos, como comorbilidad, fragilidad social, deterioro funcional, edad avanzada [8]. Siendo interesante para investigaciones futuras comparar sujetos institucionalizados con sujetos que viven en la comunidad y que no acuden a centro de día.

Tampoco existe asociación significativa entre la edad y la percepción edadismo (p 0,886), siendo incluso ligeramente menor la percepción de edadismo entre la población con so-

bre envejecimiento (igual a mayor de 80 años) $m=62,57$ (11,22) respecto a los menores de 80 años $m=62,24$ (12,14). Lo cual demostró escasa concordancia con los resultados de estudios previos, a más edad mayor riesgo de edadismo [21].

Las mujeres tienen mayor percepción de edadismo, respecto a los hombres $m=61,66$ (11,30), $m=64$ (11,54), lo que coincide con los hallazgos en la literatura [21], no existe asociación significativa entre el género y la percepción de edadismo (p 0,251).

Se encontró asociación significativa (p 0,004) entre fragilidad y percepción de edadismo, siendo los pacientes frágiles los que afirman mayor percepción edadismo 58,87 (10,81), frente al resto de grupos prefrágiles y robustos. Estos hallazgos coinciden con los resultados de estudios previos, en los que el estado de salud de la población mayor es un determinante sólido de edadismo [26,47].

Otras variables estudiadas que están relacionados con el estado de salud como son, la autonomía para actividades básicas de la vida diaria (p 0,003) o la incontinencia urinaria (p 0,019), también se ha encontrado una asociación significativa con la percepción de edadismo, siendo los pacientes más dependientes $m=59,60$ (10,44) y los que presentan incontinencia urinaria frecuentemente $m=59,20$ (11,31) los que afirman mayor percepción de edadismo. Estos resultados apoyan a estudios previos de otros autores como Chang et al [22] que asocia el edadismo a una salud física más deficiente.

Sin embargo, en el presente estudio, no se encontró asociación significativa entre el contacto intergeneracional (p 0,175) y la percepción de edadismo, siendo esta una de las medidas más eficaces para reducir la discriminación por edad, como afirma Burnes et al, en esta revisión sistemática de 2019 [26]. Esto puede deberse al bajo número de casos, siendo interesante aumentar el tamaño muestral en futuros estudios.

Otras variables estudiadas como sentir ansiedad por envejecer (p 0,004), miedo a la muerte (p 0,002), muestran una asociación significativa con la percepción edadismo, lo que

coincide con la bibliografía revisada, en la que se muestra una relación entre la discriminación por la edad, la salud mental y la autoestima baja [22-24]. La población mayor que afirmó sentirse solo con frecuencia $m = 56,73$ (9,04), percibe mayor percepción de edadismo, al igual que los que afirmaron que no estaban satisfechos con la vida que llevaban $m = 57,92$ (10,62). Se encontró asociación significativa entre estas variables y la percepción edadismo ($p < 0,001$).

La investigación en población mayor institucionalizada supone un verdadero desafío ético, pero los estudios son necesarios para que esta población tenga derecho a recibir los mejores cuidados posibles. Las principales limitaciones de este estudio vienen determinadas por la utilización de un cuestionario que posee validez de aspecto y contenido, pero no posee validez de constructo y la falta de aleatorización de la muestra. Por ello sería recomendable en futuras investigación realizar una validación de constructo de la escala de percepción de edadismo.

6. Conclusiones

Tras llevar a cabo este trabajo se puede concluir que la percepción de edadismo es ligeramente mayor en los pacientes institucionalizados frente a los que viven en la comunidad, siendo mayor en las mujeres y en los pacientes frágiles, siendo en este último grupo esta diferencia estadísticamente significativa.

7. Aspectos éticos

El estudio se ha desarrollado de acuerdo a la declaración de Helsinki, el cumplimiento de la Ley de Investigación Biomédica y el cumplimiento de las normas de Buena Práctica Clínica (BPC) en lo que les sea de aplicación, que incluyen el seguimiento de las participantes en el estudio para asegurar la calidad de los datos y la protección de los sujetos participantes.

El protocolo del estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité Ético de Investigación del medicamento (CEIm) del Hospital Universitario Severo Ochoa. La privacidad de los sujetos no ha sido expuesta ya que no se han recabado datos personales o que se puedan relacionar con una persona en concreto. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajusta a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de derechos digitales así como derechos de Supresión, Oposición, Portabilidad, Limitación, Acceso y Rectificación (SOPLAR), que cualquier ciudadano puede solicitar en el ejercicio de sus derechos contemplados en el Reglamento General de Protección de Datos. Antes de iniciar cualquier procedimiento se obtuvo el Consentimiento Informado de las participantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Envejecimiento y salud. 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [Consultado 10 diciembre 2021]
2. Report on the follow-up to the regional implementation strategy of the Madrid international plan of action on ageing in Spain. Noviembre 2021. Instituto de Mayores y Servicios Sociales – IMSERSO Secretaría de Estado de Derechos Sociales Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. [Consultado 10 diciembre 2021]
3. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2020-2070. 22 septiembre 2020 [Internet] Disponible en: <https://www.ine.es/index.htm> [Consultado 10 diciembre 2021]
4. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población Perspectivas de la población mundial: la revisión de 2015, principales conclusiones y cuadros anticipados Documento de trabajo No. ESA/P/WP.241. [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. [citado 2018 Jul 15]. 66 págs. Disponible en: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf.

5. Libro verde sobre el envejecimiento. Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones. Comisión Europea. [Internet]. Bruselas 2021. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/com_2021_50_f1_green_paper_es.pdf. [Consultado 30 marzo 2022]
6. Oliveira A, Nossa P, Mota-Pinto A. Assessing Functional Capacity and Factors Determining Functional Decline in the Elderly: A Cross-Sectional Study. *Acta Med Port.* 2019 Oct 1;32(10):654-660.
7. Tom SE, Adachi JD, Anderson FA, Boonen S, Chapurlat RD, Compston JE, et al. Frailty and fracture, disability, and falls: a multiple country study from the global longitudinal study of osteoporosis in women. *J Am Geriatr Soc.* 2013; 61:327-34.
8. Pinzón-Pulido S, Garrido Peña F, Reyes Alcázar V, Lima-Rodríguez JS, Raposo Triano MF, Martínez Domene M, et al. Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Enfermería Clínica* 2016;26(1):23-30.
9. Resende-Oliveira, C; Mota-Pinto, A; Rodrigues, V; Botelho, A. Growing old in Portugal. In *Global Aging Issues and Policies. Understanding the importance of comprehending and studying the aging process*, ed. Yushi (Boni) Springfield, Illinois, USA: Charles Thomas 2013.
10. Orellana K, Manthorpe J, Tinker A. Choice, control and person-centredness in day centres for older people. *J Soc Work (Lond).* 2021 Nov;21(6):1315-1338.
11. Miralles, I. Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. *Trabajo social.* n.16 pp.137-161. 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712011000100009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1514-6871. [Consultado 10 marzo 2022]
12. Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Consultado el 20 noviembre 2021
13. Robert N. Butler, MD, Age-Ism: Another Form of Bigotry, *The Gerontologist*, Volume 9, Issue 4_Part_1, Winter 1969, Pages 243-246.
14. De la Fuente-Núñez V, Cohn-Schwartz E, Roy S, Ayalon L. Scoping Review on Ageism against Younger Populations. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Apr 10;18(8):3988.
15. São José JMS de, Amado CAF. On studying ageism in long-term care: a systematic review of the literature. *International Psychogeriatrics.* Cambridge University Press; 2017;29(3):373-87.
16. Wilson DM, Errasti-Ibarrondo B, Low G. Where are we now in relation to determining the prevalence of ageism in this era of escalating population ageing? *Ageing Res Rev.* 2019 May;51:78-84.
17. WHA73(12). Decade of healthy ageing 2020-2030. In: Seventy-third World Health Assembly, Geneva, 3 August 2020. Agenda item 15.1. Geneva: World Health Organization; 2020 [Internet] [Acceso 20 Noviembre 2021] Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73\(12\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73(12)-en.pdf).
18. Resolution A/75/L.47 United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). In: Seventy fifth United Nations General Assembly, 8 December 2020. New York: United Nations; 2020 [Internet] [Acceso 20 noviembre 2021] Disponible en: (<https://undocs.org/en/A/75/L.47>).
19. Mitchell, W., Byrnes, A., Bergman, A., & Peisah, C. The Human Right to Justice for Older Persons with Mental Health Conditions. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 2021 29(10), 1027-1032. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.07.007>
20. Clarke LH, Bennett EV, Korotchenko A. Negotiating Vulnerabilities: How Older Adults with Multiple Chronic Conditions Interact with Physicians. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement.* Cambridge University Press; 2014;33(1):26-37.
21. Informe sobre edadismo. Año VII N°5. Barómetro mayores Unión democrática de pensionistas y jubilados. Junio 2019.
22. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review. *PLOS ONE.* 2020;15(1): e0220857.
23. Lyons A, Alba B, Heywood W, Fileborn B, Minichiello V, Barrett C, Hinchliff S, Malta S, Dow B. Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging Mental Health.* 2018;22(11):1456-1464.

24. Marquet, M., Chasteen, A. L., Plaks, J. E., & Balasubramaniam, L. Understanding the mechanisms underlying the effects of negative age stereotypes and perceived age discrimination on older adults' well-being. *Aging & mental health*, (2019) 23(12), 1666-1673. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1514487>
25. Lamont, R. A., Swift, H. J., & Abrams, D. A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and aging*, 2015 30(1), 180-193. <https://doi.org/10.1037/a0038586>
26. Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Jr, Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of public health*, 2019 109(8), e1-e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>
27. Armstrong B, Gallant SN, Li L, Patel K, Wong BI. Stereotype Threat Effects on Older Adults' Episodic and Working Memory: A Meta-Analysis. *Gerontologist*. 2017 Aug 1;57(suppl_2): S193-S205.
28. Allen J. O. Ageism as a Risk Factor for Chronic Disease. *The Gerontologist*, 2016 56(4), 610-614. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu158>
29. Rush KL, Hickey S, Epp S, Janke R. Actitudes de las enfermeras hacia el cuidado de las personas mayores: una revisión integradora. *J Clin Nurs*. 2017 Dic;26(23-24):4105-4116.
30. Ayalon, L., Dolberg, P., Mikulionienė S., Perek-Białas, J., Rapolienė G., Stypinska, J., Willińska, M., & de la Fuente-Núñez, V. A systematic review of existing ageism scales. *Ageing research reviews*, 2019 54, 100919.
31. Barker M, O'Hanlon A, McGee HM, Hickey A, Conroy RM. Validación transversal del Cuestionario de Percepciones del Envejecimiento: un instrumento multidimensional para evaluar las autopercepciones del envejecimiento. *BMC Geriatr*. 2007 abr 26; 7:9.
32. Rosencranz HA, Ph.D., Tony E. McNevin, M.A., A Factor Analysis of Attitudes Toward the Aged, *The Gerontologist*, Volume 9, Issue 1, Spring 1969, Pages 55-59, <https://doi.org/10.1093/geront/9.1.55>
33. Lasher, Kathleen Patterson. Development and initial validation of the Anxiety about Aging Scale. Diss. The University of Southern Mississippi, 1987.
34. Laidlaw K., Power M., Schmidt S. El Cuestionario de Actitudes ante el Envejecimiento (AAQ): desarrollo y propiedades psicométricas. *Int. J. Geriatr. Psiquiatría*. 2007; 22:367-379.
35. Sarkisian CA, Hays RD, Berry S, Mangione CM. Development, reliability, and validity of the expectations regarding aging (ERA-38) survey. *Gerontologist*. 2002 Aug;42(4):534-42.
36. Palmore, Erdman. "Facts on aging: A short quiz." *The gerontologist* 17.4 (1977): 315-320.
37. Fraboni M., Saltstone R., Hughes S. La Escala Fraboni de Edadismo (FSA): un intento de una medida más precisa del edadismo. *Can. J. Aging / La revue canadienne du vieillissement*. 1990; 9:56-66.
38. Kogan, Nathan. "Attitudes toward old people: the development of a scale and an examination of correlates." *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 62.1 (1961): 44.
39. Breda AI, Watts AS. Expectativas con respecto al envejecimiento, la actividad física y la función física en adultos mayores. *Gerontol Geriatr Med*. 2017 abr 11; 3:2333721417702350.
40. Fiocco AJ, Meisner BA. Mindful aging: The association between trait mindfulness and expectations regarding aging among middle-aged and older adults. *Aging Ment Health*. 2020 Apr;24(4):591-595.
41. Allen JO, Solway E, Kirch M, Singer D, Kullgren JT, Malani PN. The Everyday Ageism Scale: Development and Evaluation. *J Aging Health*. 2021 Aug 11:8982643211036131.
42. Bodner E, Cohen-Fridel S, Yaretzky A. Sheltered housing or community dwelling: quality of life and ageism among elderly people. *Int Psychogeriatr*. 2011 Oct;23(8):1197-204.
43. Doncel-García B, Mosquera-Lajas Á, Fernández-Gutiérrez N, Fernández-Atutxa A, Lizaso I, Irazusta J. Relationship between negative stereotypes toward aging and multidimensional variables in older people living in two different social environments. *Arch Gerontol Geriatr*. 2022 Jan-Feb; 98:104567.
44. Paola Damonti, Rut Iturbide Rodrigo, Patricia Amigot Leache. Violencia contra las mujeres mayores. Los efectos de la intersección entre el sexismo y el edadismo. 2018. [Internet]. Noviembre 2020. Disponible en https://www.navarra.es/documents/48192/5564564/04112020_Violencia+contra+

- las+mujeres+mayores.+Interacci%C3%B3n+del+sexismo+y+edadismo.pdf/236a3894-dfd5-16a4-9fb0-c6198ad8d758?t=1604487110857 [Consultado 10 marzo 2022]
45. Machón M, Mosquera I, Larrañaga I, Martín U, Vergara I; por el Grupo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología. Desigualdades socioeconómicas en la salud de la población mayor en España [Socioeconomic inequalities in health among the elderly population in Spain]. *Gac Sanit.* 2020 May-Jun;34(3):276-288. Spanish.
 46. Sanna Read, Emily Grundy & Else Foverskov (2016) Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review, *Aging & Mental Health*, 20:5, 529-542,
 47. Marques S, Mariano J, Mendonça J, De Tavernier W, Hess M, Naegele L, Peixeiro F, Martins D. Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 8;17(7):2560.
 48. Martín FC, O'Halloran AM. Herramientas para evaluar la fragilidad en personas mayores: conceptos generales. *Adv Exp Med Biol.* 2020; 1216:9-19.
 49. Linda P.Fried, Catherine M. Tangen, JeremyWalston, Anne B. Newman, Calvin Hirsch, John Gottdiener, Teresa Seeman, Russell Tracy, Willem J. Kop, Gregory Burke, Mary Ann McBurnie, Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype, *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 56, Issue 3, 1 March 2001, Pages M146-M157.
 50. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.2014 [Internet] Disponible en [Consulta 25 nov 2021]: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/Fragilidad_y_Caidas_personamayor.pdf
 51. Buckinx F, Charles A, Rygaert X, Reginster JY, Adam S, Bruyère O. Own attitude toward aging among nursing home residents: results of the SENIOR cohort. *Aging Clin Exp Res.* 2018 Oct;30(10):1151-1159.
 52. Objetivos Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas, 2015 [Internet] Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/> [consultado 15 febrero]
 53. Instituto Nacional de Estadística. Índice de envejecimiento [Internet] Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=30702> ([Consultado 10 enero 2021]
 54. Instituto Nacional de Estadística. [Internet] Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=30702#!tabs-tabla> [Consultado 11 diciembre 2021]
 55. Dahlke S, Hunter KF. Harnessing nursing to diminish ageism. *Int J Older People Nurs.* 2021 Aug 22: e12417.
 56. Organización Mundial de la Salud. La buena salud añade vida a los años. Información general para el Día Mundial de la Salud 2012. Ediciones la OMS; 2012. Disponible en: http://www.who.int/world_health_day/2012
 57. Mostacero E, Martínez ML. Rol de la enfermera en el envejecimiento activo y saludable. Revisión narrativa. *Gerokomos.*2019;30:4181-189.
 58. España. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería geriátrica. *Boletín Oficial del Estado*, 30 noviembre 2009, núm 288, pp 101976-101992.
 59. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging.* 2012; 16(7):601-608.
 60. Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392-7.
 61. Aprahamian I, Cezar NOC, Izbicki R, Lin SM, Paulo DLV, Fattori A, Biella MM, Jacob Filho W, Yassuda MS. Screening for Frailty with the FRAIL Scale: A Comparison with the Phenotype Criteria. *J Am Med Dir Assoc.* 2017 Jul 1;18(7):592-596.
 62. Yu R, Tong C, Leung G, Woo J. Assessment of the validity and acceptability of the online FRAIL scale in identifying frailty among older people in community settings. *Maturitas.* 2021 Mar; 145:18-23.

63. Barker M, O'Hanlon A, McGee HM, Hickey A, Conroy RM. Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatr.* 2007 Apr 26; 7:9.
64. Gengo E Silva Carnicero RC, Jones DA. Una revisión integradora de las herramientas integrales de evaluación de enfermería desarrolladas en base a los Once Patrones de Salud Funcional de Gordon. *Int J Nurs Knowl.* 2021 Octubre;32(4):294-307.