



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADEMICO DE ENFERMERÍA**

TESIS

**PERCEPCION DEL EDADISMO EN ADULTOS MAYORES DE UNA
POBLACION RURAL AMAZONICA: FACTORES RELACIONADOS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORES : BACH. ANDREA KATERINE FASANANDO SIFUENTES

**ASESORES: MÉD. JESÚS JACINTO MAGALLANES CASTILLA, MGR.
LIC. ENF. MARITZA E. VILLANUEVA BENITES, DRA.**

**SAN JUAN BAUTISTA - LORETO
2025**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 1295-2024-UCP-FCS, del 18 de setiembre del 2024, se designa jurado.

Con Resolución Decanal N° 1637-2025-UCP-FCS, 05 de diciembre del 2025, se autorizó la sustentación.

Siendo las 11:00 a.m. horas, del viernes 19 de diciembre del 2025, se constituyó de modo presencial el jurado para escuchar la presentación y defensa de la tesis: **PERCEPCIÓN DEL EDADISMO EN ADULTOS MAYORES DE UNA POBLACIÓN RURAL AMAZÓNICA: FACTORES RELACIONADOS.**

Presentado por:

ANDREA KATERINE FASANANDO SIFUENTES

Para optar el título profesional de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

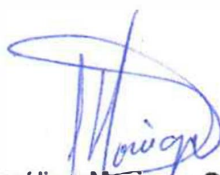
Como asesores: Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla y Dra. Maritza Villanueva Benites.

Luego de escuchar la sustentación y defensa ante las preguntas, el jurado pasó a la deliberación de forma reservada, llegando a la siguiente conclusión:

La sustentación es: *Aprobada por Unanimitad*

A las ... *12:10a.* horas culminó el acto público.

En fe de lo cual los miembros del jurado firman el acta y comunican en acto público.



Dra. Luz Angélica Noriega Chevez
Presidente



Psic. Elizabeth Guillen Galdós
Miembro



Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera
Miembro



“Año de la recuperación y consolidación de la económica peruana”

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP

El presidente del Comité de Ética e Integridad Científica

Hace constar que:

La Tesis titulada:

“PERCEPCION DEL EDADISMO EN ADULTOS MAYORES DE UNA POBLACION RURAL AMAZONICA: FACTORES RELACIONADOS”

De la alumna: **ANDREA KATERINE FASANANDO SIFUENTES**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **11% de similitud**. Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 3 de diciembre del 2025.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jorge L. Tapullima Flores', is written over a horizontal line.

**Presidente del Comité de Ética e
Integridad Científica
Mgr. Arq. Jorge L. Tapullima Flores**

UCP_ENFERMERIA_2025_T_ANDREA_FASANDO_VI

11%
Textos
sospechosos



 4% **Similitudes**
0 % similitudes entre comillas
0 % entre las fuentes mencionadas

 3% **Idiomas no reconocidos**

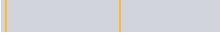
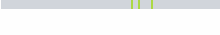
 4% **Textos potencialmente generados por la IA**

Nombre del documento: UCP_ENFERMERIA_2025_T_ANDREA_FASANDO_VI.pdf	Depositante: Chris Angela Ramirez Flores	Número de palabras: 10.856
ID del documento: 44da4655177af638d71f1d4cecc0aad7214c6260	Fecha de depósito: 1/12/2025	Número de caracteres: 72.595
Tamaño del documento original: 314,8 kB	Tipo de carga: interface	
	fecha de fin de análisis: 1/12/2025	

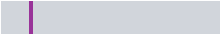
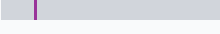
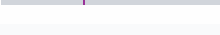


Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 UCP_ENFERMERIA_2024_T_ZAIDA MORENO-SOFFI USHINAHUA_VI_RESU... #c12f44 Viene de de mi biblioteca 1 fuente similar	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (87 palabras)
2	 RESUMEN_UCP_ENFERMERIA_2024_T_JANEGARCIAY ROSARIOHUANSI... #238469 Viene de de mi biblioteca 1 fuente similar	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (45 palabras)
3	 www.elsevier.es Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las activida... https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-enfer... 11 fuentes similares	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (45 palabras)
4	 doi.org Discriminación percibida y calidad de vida en población adulta de tres ci... https://doi.org/10.17843/rpmesp.2024.414.13615	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (44 palabras)
5	 UCP_CARRERA ENFERMERIA 2025_SOLANGE GORDON Y JHON OSORIO... #799879 Viene de de mi biblioteca	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 pmc.ncbi.nlm.nih.gov Lock https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10594976/	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (35 palabras)
2	 www.scielosp.org SciELO - Saúde Pública - Discriminación percibida y calidad d... https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2024.v41n4/392-398/	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (34 palabras)
3	 ru.dgb.unam.mx https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TE501000862226/3/0862226.pdf	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (19 palabras)
4	 132.248.9.195 Una propuesta para la promoción del envejecimiento activo como... http://132.248.9.195/ptd2023/diciembre/0850128/Index.html	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (16 palabras)
5	 es.slideshare.net Discriminación por tatuajes (investigación) PDF https://es.slideshare.net/dimepatt/discriminacin-por-tatuajes-investigacin	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)

Fuente mencionada (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

1	 https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/likert-scale
---	---

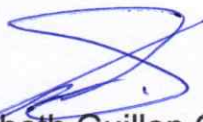
HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: PERCEPCIÓN DEL EDADISMO EN ADULTOS
MAYORES DE UNA POBLACIÓN RURAL AMAZÓNICA: FACTORES
RELACIONADOS.

FECHA DE SUSTENTACION: 19 DE DICIEMBRE DEL 2025.



Dra. Luz Angélica Noriega Chevez
Presidente



Psic. Elizabeth Guillen Galdós
Miembro



Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera
Miembro



Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla
Asesor



Dra. Maritza Villanueva Benites
Asesora

DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón mi tesis principalmente a Dios, y a mis queridos padres, que me supieron inculcar valores, y confiar en mí, por motivarme siempre y darme la fuerza necesaria para culminar esta meta.

ANDREA KATERINE FASANANDO SIFUENTES.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Científica del Perú (UCP), a cada uno de mis profesores de la carrera de Enfermería, quienes me guiaron y enseñaron sobre esta hermosa profesión, así como de la vida, inspirándome a mirar y continuar adelante.

Con profunda estima y sincera gratitud a mis asesores de tesis: MC Jesús Magallanes Castilla y Dra. Maritza Villanueva Benites, por sus orientaciones, y paciencia al guiarme en mi investigación, aprendí mucho de ellos.

A los adultos mayores que participaron en este estudio, por otorgarme su valioso tiempo en el desarrollo de las entrevistas.

ANDREA KATERINE FASANANDO SIFUENTES.

INDICE DE CONTENIDO

	Página
Portada	i
Acta de sustentación	ii
Constancia del Antiplagio	iii
Hoja de Aprobación	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice de Contenido	viii
Índice de Tablas	ix
Índice de Gráficos	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Capítulo I: Marco Teórico	13
1.1 Antecedentes del estudio	13
1.2 Bases teóricas	18
1.3 Definición de Términos básicos	28
Capítulo II: Planteamiento del Problema	29
2.1 Descripción del problema	29
2.2 Formulación del problema	30
2.2.1 Problema general	30
2.2.2 Problemas específicos	30
2.3 Objetivos	31
2.3.1 Objetivo General	31
2.3.2 Objetivos Específicos	31
2.4 Hipótesis	31
2.5 Variables	32
2.5.1 Identificación de las variables	32
2.5.2 Definición conceptual y operacional de variables	32
2.5.3 Matriz de operacionalización de las variables	36
Capítulo III: Metodología	39
3.1 Tipo y Diseño de Investigación	39
3.2 Población y Muestra	40
3.3 Técnica e instrumento y procedimiento de recolección de datos	41
3.4 Procesamiento y análisis de datos	44
3.5 Protección de los derechos humanos	45
Capítulo IV: Resultados	47
Capítulo V: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones	56
Referencias Bibliográficas	62
Anexos	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores sociodemográficos según edad del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025	pág. 45
Tabla 2. Salud percibida según edad del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025	46
Tabla 3. Morbilidad sentida según edad del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025	47
Tabla 4. Capacidad funcional según edad del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025	48
Tabla 5. Edadismo según características sociodemográficas del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025	50
Tabla 6. Edadismo según características de salud enfermedad del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025	51
Tabla 7. Edadismo según capacidad funcional del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025	52

INDICE DE GRAFICOS

	pág.
Gráfico 1. Percepción del edadismo según edad del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025	49

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal para establecer los factores relacionados con la percepción de edadismo en adultos mayores de una población rural amazónica. La muestra estuvo constituida por 100 adultos mayores de 60 años y más, residentes en una población rural de la provincia de Maynas, a quienes se les aplicó un cuestionario. La fiabilidad de las pruebas fue: Cuestionario de salud percibida de Villalba (0,89), índice de Katz (0,867), índice de Lawton (0,797) y Escala de Fraboni (0,88). Los datos se procesaron con el programa SPSS versión 26.0, aplicando prueba t, chi-cuadrado y coeficiente de contingencia. Los resultados mostraron en su mayoría con edades entre 60 y 74 años, sexo masculino, estado civil cohabitante y con educación media superior. La salud en general y en comparación con la misma fue percibida como «regular» (76% y 65%, respectivamente), mientras que la salud percibida en comparación con hace un año fue percibida como «mala» (87%). El 31% declaró padecer alguna enfermedad. El 31% declaró padecer alguna enfermedad. Sólo el 74% mostraba independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria. Las variables que mostraron una relación estadística fueron la salud percibida en comparación con hace un año, las actividades instrumentales de la vida diaria y padecer alguna enfermedad en el momento del estudio ($p < 0,05$).

Palabras clave: edadismo- anciano- enfermería.

ABSTRACT

An observational, descriptive, prospective, and cross-sectional study was carried out to establish the factors related to the perception of ageism in older adults in a rural Amazonian population. The sample consisted of 100 older adults aged 60 years and over, residing in a rural population of the province of Maynas, to whom a questionnaire containing sociodemographic and morbidity data, perceived health, functionality capacity, and ageism was administered. The reliability of the tests was: Villalba's perceived health questionnaire (0.89), Katz's index (0.867), Lawton's index (0.797), and Fraboni's scale (0.88). The data were processed using SPSS version 26.0, and the t-test, the chi-square test, and the contingency coefficient were applied. The results showed the profile of the older adults, mostly aged between 60 and 74 years, male sex, cohabiting marital status, and with high school education. Health in general and compared to the same was perceived as "fair" (76% and 65%, respectively), while perceived health compared to a year ago was perceived as "poor" (87%). 31% reported suffering from some illness. Thirty-one percent reported suffering from some sickness. Only 74% showed independence in instrumental activities of daily living. The variables that showed a statistical relationship were perceived health compared to one year ago, instrumental activities of daily living, and having an illness at the time of the study ($p < 0.05$).

Keywords: ageism - elderly-nursing

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del estudio

En el abordaje de la discriminación por edad o edadismo es esencial la identificación de estudios previos, como los que se muestran, y que fundamentan la necesidad de haber desarrollado la presente investigación.

Ámbito internacional

Salvi, Murray, Önköl, Egde (India, 2025) examinaron la asociación entre la actitud hacia el envejecimiento y el sueño en adultos mayores, utilizando instrumentos como el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, escala de depresión y un cuestionario de percepciones sobre el envejecimiento. Informaron que el 50% de los participantes fueron de sexo masculino y 49% de sexo femenino, la mayoría de ellos jubilados. Las respuestas emocionales negativas al envejecimiento, como la preocupación y la frustración, se asociaron con el sueño en forma negativa; concluyendo que las percepciones del envejecimiento influyen significativamente en las actitudes hacia el sueño, afectando potencialmente a los comportamientos de buena salud¹.

Storey, O'Brien, Fraga (Reino Unido, 2024) analizaron el rol del edadismo en la percepción de la violencia contra las personas mayores. A 290 participantes, se les solicitó que indicaran su percepción sobre 15 comportamientos de abuso y negligencia física, psicológica, sexual y financiera. El edadismo se midió a través de una escala de edadismo ambivalente. El 25% de los participantes no consideró que las conductas señaladas en el instrumento fueran abuso. El análisis de regresión mostró que un mayor edadismo predecía el desacuerdo sobre la abusividad de las conductas en el grupo de mayor edad².

Kızılkaya y Atuş (Turquía, 2023) examinaron las opiniones sobre la discriminación por edad, la espiritualidad y la muerte de cuidadores ancianos. Recopilaron 12 entrevistas en profundidad a 12 cuidadores que vivían en la misma casa que el anciano cuidado. Los resultados revelaron que vivir con una persona mayor y cuidarla hacía que la vida de los miembros de la familia que la cuidaban fuera significativa, que la espiritualidad era importante en el cuidado de las personas mayores y que los cuidadores podían considerarse en riesgo de carga del cuidado³.

Hajek, König (Alemania, 2023) analizaron la discriminación por edad, satisfacción con la vida, soledad, satisfacción al envejecer y síntomas depresivos en adultos durante la pandemia de COVID-19; analizaron los datos de 4,167 individuos con edad media de 68,7 años. Los resultados mostraron que la edad percibida se asoció con mayor soledad, más síntomas depresivos, menor satisfacción con el envejecimiento⁴.

Allen, Elias y Greenwood (USA, 2023) analizaron 21 estudios, en los que detectaron disparidades en la discriminación por edad, aquellos que eran mayores (57%) con menor educación (64%) y nivel socioeconómico más bajo (100%) comunicaron más discriminación por edad. La cantidad de discriminación por edad no difirió según el sexo en la mayoría (71%) de los estudios. Los hallazgos con respecto a la raza/etnicidad fueron mixtos. Otras posibles diferencias en la discriminación por edad, estaban definidas por las características laborales, residencia geográfica, religión y afiliación política.⁵

Martínez-Angulo, Muñoz-Mora, Rich-Ruiz, Ventura-Puertos, Cantón-Habas, López-Quero (España, 2023) investigaron la experiencia de los adultos mayores con el sistema sanitario y la discriminación por edad en la atención, a través de un estudio cualitativo exploratorio. Entrevistaron a 14 mujeres mayores que vivían solas en sus hogares. Según los sujetos de estudio los profesionales no tomaron en cuenta las preferencias de los pacientes mayores ni su toma de decisiones. Predominaron estereotipos

y conductas edadistas por parte de los profesionales de la salud.⁶

Yaghoobzadeh, Asgari, Nasrabadi, Mirlashari, y Navab (Irán, 2023) ejecutaron un estudio con el propósito de explicar el proceso de formación del ageismo entre las personas mayores. Utilizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad y notas de campo basados en la teoría fundamentada en 28 participantes. El temor a la soledad y rechazo para hacer frente al ageismo "fue identificado como la categoría central del estudio. Además, sobresalieron conceptos como "contexto familiar" y "contexto cultural". Concluyeron que los factores individuales, familiares y sociales cumplen un rol importante en el proceso de edadismo entre los adultos mayores.⁷

Maurya, Sharma, Muhammad (India, 2022) estudiaron la prevalencia y discriminación por edad entre los adultos mayores, mediante un estudio transversal. Participaron 31,464 adultos mayores. El 10.33 % percibió su edad como motivo de discriminación, en 32% tenían más de 10 años de escolaridad e informaron menor discriminación por edad. Así mismo, el déficit en actividades instrumentales de la vida diaria y tener una enfermedad crónica se asociaron con percepción de discriminación por edad entre los adultos mayores⁸.

Chang, Kanno, Levy, Wang, Lee y Levy (USA, 2020) efectuaron una revisión sistemática para analizar el efecto negativo del edadismo en las personas mayores en diferentes áreas geográficas. Analizaron 422 artículos científicos. El 95,5% de los estudios revelaron que el edadismo está relacionado a peor estado de salud. Se encontró una mayor prevalencia de hallazgos significativos de edadismo-salud en los países menos desarrollados que en los países más desarrollados. Las personas mayores con menor educación eran particularmente propensas a experimentar efectos adversos para la salud del edadismo. Se encontró evidencia de edadismo en todas las edades, sexos y razas/etnias.⁹

Ámbito latino americano

Da Silva, Lima, Leite, Silva, Carvalho, De Moura, Pereira (Brasil, 2024) en un estudio efectuado en diez mujeres mayores informó que experimentaban discriminación por edad en la vida cotidiana, especialmente en el entorno familiar y en el transporte público. El análisis lingüístico comprobó términos despectivos y prejuiciosos asociados al envejecimiento en forma peyorativa, irrespetuosa y prejuiciosa que influyen negativamente en la autoestima y la imagen personal. Se observó que estos términos se relacionan con características físicas, cognitivas y estereotipadas en el envejecimiento¹⁰.

Brito, Iraizoz, García, Santos, León, Jaramillo (Ecuador, 2023) estudiaron la percepción de los adultos mayores de discriminación y calidad de vida, mediante un estudio descriptivo. Se midió la discriminación por edad y autopercepción de calidad de vida en 399 adultos mayores. El 61,7 % reportó discriminación por edad. El trato en el sistema de salud, y el entorno familiar estuvieron relacionadas con el edadismo, incumpléndose con los principios de la bioética. Los factores que influyen negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores están relacionados con la familia, la integración social y el estado de salud¹¹.

Ámbito nacional y local

Cruz, Vargas, Mallqui y Arias (Perú, 2025) analizaron si el edadismo vulnera el principio de igualdad de las personas adultas mayores en el mercado laboral a través de un estudio cualitativo basado en la teoría fundamentada, mediante entrevistas en profundidad. Reportaron que la discriminación por edad, genera una violación directa al principio de igualdad, según la Constitución Peruana de 1993, a través de estereotipos negativos y prácticas discriminatorias que no tienen fundamento legal, trasgrediendo los derechos humanos fundamentales de este grupo poblacional¹².

Luna-Solis, Vargas-Murga, Perales Agüero-Palacios, Contreras-Pizarro, De la Torre Castillo (Perú, 2024) analizaron la relación entre la discriminación percibida y la calidad de vida en 3889 adultos de tres ciudades de la sierra. La menor calidad de vida se encontró en el grupo de personas con trastornos mentales que se percibió discriminado por sexo, edad, peso, forma de vestir, condición económica o social, nivel educativo, religión, amistades y talla ($p=0,05$). Las personas con algún trastorno mental de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz que percibieron discriminación en el último año presentaron menores promedios de calidad de vida que aquellos sin trastorno mental¹³.

Prince-Torres (Perú, 2024) analizó la discriminación por edad como forma de ejercicio de la violencia contra las mujeres mayores, mediante un estudio cualitativo fenomenológico a través del análisis de 40 documentos. Determinó que la violencia hacia las adultas mayores es de diversas clases y genera comportamientos violentos físicos y psicológicos. Se concluyó que con el estudio se pudo comprender que las conductas discriminatorias están relacionadas con la génesis de las acciones lesivas contra las mujeres mayores, lo cual podría combatirse con la inclusión de ellas dentro de las distintas esferas sociales y la implementación de políticas públicas desarrolladas en el marco de una gobernanza justa y equitativa¹⁴.

Arredondo (Perú, 2021) analizó de modo cronológico y desde la perspectiva de derechos humanos, la normatividad legal que dispuso la cuarentena en tiempos de pandemia COVID-19. Reportó que las medidas legales asumidas fueron discriminatorias por edad, significó no solo la privación del derecho a la libertad de tránsito, sino que afectó otros derechos humanos y libertades primordiales. Encuestó online a 164 personas mayores, el 53 % fueron del sexo femenino, 67.6 % en el rango de 65 a 79 años. El 54,7% convivía con varias personas, 18,2% vive con una persona mayor de 60 años, sólo el 8.8% vivía sola. El 87,2% indicio

que no enfermó de Covid-19 y un 8.8% que desconoce si contrajo la enfermedad. Un 52,7% informó discriminación por edad durante la pandemia, especialmente por el gobierno (66,7%), por la información que transmiten los medios de comunicación (13,6%), y la sociedad en general (11,1%) ¹⁵.

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Impacto del edadismo en la salud de las personas mayores

El edadismo es un determinante social de la salud con grado similar, al racismo, una forma de prejuicio y discriminación con consecuencias preocupantes en la salud. La literatura señala que existe mayor prevalencia de hallazgos significativos del edadismo en la salud en los países menos desarrollados, que en los países más desarrollados; así mismo, las personas mayores con menor educación tienen mayor riesgo de efectos adversos en su salud (Chang, 2020).

Los efectos del edadismo sobre la salud se observan en todas partes del mundo, han aumentado con el transcurso del tiempo y tienen mayor repercusión en los grupos vulnerables, especialmente cuando los ancianos poseen menor nivel de estudios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha estudiado los efectos del edadismo en la salud mediante revisiones sistemáticas (422 estudios de 45 países), de estos el 96% reportó que el edadismo se asocia a una peor evolución de la salud¹⁶.

En algunos países como China, se ha informado que las personas mayores expuestas al edadismo tenían una probabilidad de morir a lo largo de seis años un 20% superior a la existente en las personas que tenían percepciones más positivas sobre sí mismas¹⁷.

El edadismo se asocia a una peor salud física, e impide la recuperación de la discapacidad. Un total de 50 (96%) de los 52 estudios en los que se investigaron las repercusiones del edadismo en la enfermedad física identificó relación estadística. En Estados Unidos, las personas mayores que tenían estereotipos etarios positivos presentaron una probabilidad de recuperación completa de una enfermedad discapacitante grave, un 44% superior a la observada en las que tenían estereotipos etarios negativos¹⁸.

En definitiva, el edadismo es una de las formas de prejuicio socialmente más toleradas e institucionalizadas del mundo. Los adultos mayores son discriminados en el empleo, en la atención médica entre otros. La exposición a estereotipos desfavorables afecta negativamente las actitudes, cognición y comportamiento de los adultos mayores. El edadismo también tiene efectos psicológicos, los adultos mayores pueden internalizar las creencias discriminatorias, empezar a creer y comportarse como si ya no fueran adultos independientes, sanos¹⁹.

Levy y otros investigadores han documentado estrés cardiovascular aumentado (aumento de la presión arterial, frecuencia cardíaca y conductividad de la piel) entre los adultos mayores expuestos subliminalmente a estereotipos negativos. Estos pueden conducir a la hipertensión y exacerbar otros problemas crónicos, como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, enfermedad renal, obesidad y diabetes²⁰.

Es decir que, el edadismo contra los adultos mayores tiene efectos negativos. Algunos adultos mayores se ven a sí mismas como una carga social y experimentan sensación de "esperar morir". También afecta sus actividades físicas y su participación social ²¹. Por otra parte, la aparición de síntomas depresivos, la disminución de la autoeficacia, el aumento del abuso, la disminución de la autoestima y la disminución de la calidad de

vida son otros efectos negativos del edadismo contra este grupo de personas²².

1.2.2. Definición de edadismo

Existen varias y similares definiciones del término “Edadismo”:

La Real Academia Española (RAE), señala que el edadismo es la “discriminación por razón de edad de las personas mayores o ancianas”. Tiene dos componentes, el afectivo, se refiere a los sentimientos y los prejuicios; y cognitivo, manifestado por las creencias y estereotipos²³.

Según la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, el edadismo es cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad, que tiene el objetivo de anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada”²⁴.

En el año 2021, la Organización Mundial de la Salud publicó el *Informe Mundial sobre Edadismo* definiendo al edadismo como los estereotipos (como se piensa), los prejuicios (como se siente) y la discriminación (como se actúa) hacia las personas en función de su edad²⁵.

Para Ribera-Casado, la discriminación por edad incluye otra forma de agresión a la dignidad del mayor, ignorada con frecuencia por ciudadanos y administraciones; es una forma de agresión que tiene múltiples manifestaciones en el plano social, pero que también aparece en los ámbitos vinculados a la salud. Se vulnera el principio de autonomía al decidir por el anciano tanto en el ámbito familiar como en otros. Se establecen limitaciones para la convivencia en el marco familiar y en el

contexto social²⁶.

Según Ungar et al. (2024) el edadismo está constituido por “estereotipos, prejuicios y actos de discriminación dirigidos hacia los demás en función de la edad”. Los adultos mayores pueden interiorizar el estereotipo de que la vejez es enfermedad y deterioro, esto puede provocar barreras en la adopción de comportamientos saludables. Otros investigadores han informado que consiste en la estereotipación, prejuicio y discriminación contra las personas en función de su edad. Tiene impacto negativo en la salud, bienestar y calidad de la atención sanitaria^{27, 28}.

Es decir que, el edadismo es un concepto multidimensional que comprende componentes cognitivos (estereotipos), afectivos (prejuicios) y conductuales; es decir contiene dimensiones positivas y negativas; aspectos conscientes y subconscientes y niveles micro, meso y macro. Estas actitudes se han incrementado entre los profesionales de la salud y sociedad en general.

Esta forma de pensar podría originarse desde la niñez y que se acentúa a través de los años, generando estereotipos relacionados a representaciones simbólicas de las personas mayores: encorvadas, con bastón, o andador o sentados en una silla de ruedas y acompañados de cuidador, sin considerar que la mayoría de las personas mayores son fuertes y en un buen estado de salud física y mental²⁹.

1.2.3. Teorías sobre el edadismo

Las teorías sobre el edadismo señalan algunos mecanismos causales que lo producen³⁰.

a) Teoría del manejo del terror:

Esta teoría sostiene que el temor a la muerte es la causa del edadismo. Según él, las necesidades de significado y autoestima

que experimentan las personas como respuesta a la conciencia de la muerte. Los adultos mayores representan una amenaza existencial para los jóvenes porque les recuerdan que la muerte es ineludible. El temor a la muerte, el deterioro físico y la pérdida de dignidad y autoestima generan reacciones negativas hacia las personas mayores, así como distanciamiento, en forma de estereotipos, prejuicios y discriminación contra las personas mayores^{31, 32}.

b) Teoría de la amenaza entre grupos y teoría del contacto entre grupos o intergrupales:

Según esta teoría, las personas se comportan de manera hostil hacia aquellos que no forman parte de su grupo, especialmente cuando se consideran amenazas reales o simbólicas. Las amenazas reales se ven en el poder, los recursos y el bienestar del grupo, mientras que las amenazas simbólicas se ven en las opiniones, los sistemas de creencias y los valores³³.

c) La teoría del contacto intergrupales

De acuerdo a ésta teoría, el contacto positivo (una situación de igualdad y objetivos compartidos) entre grupos reduce la amenaza, los estereotipos, los prejuicios y la discriminación entre grupos, lo que reduce la ansiedad por el contacto entre grupos y aumenta la empatía³⁴.

Se han realizado evaluaciones extensas de la teoría del contacto intergrupales con diversos grupos raciales y étnicos, personas con discapacidades físicas y trastornos de salud mental, y personas de diversos grupos etarios. Las estrategias actuales de contacto intergeneracional se fundamentan en la teoría del contacto intergrupales.

d) Teoría de la encarnación de estereotipos:

Señala que las personas pertenecientes a grupos estigmatizados pueden captar estereotipos y autoimágenes negativas que afectan su salud. Tiene cuatro componentes. 1) Ayuda a explicar el proceso por el cual las personas interiorizan los estereotipos de su cultura a una edad temprana. 2) Los estereotipos pueden operar de forma inconsciente. 3) Los estereotipos se vuelven más importantes cuando las personas alcanzan cierta edad (por ejemplo, jubilación). 4) La expresión de estereotipos se produce de tres formas principales: fisiológica (estrés fisiológico que se produce cuando una persona percibe puntos de vista negativos sobre el envejecimiento aplicables a sí mismo), conductual (indica cambios en el comportamiento, por ejemplo, pensar negativamente sobre el envejecimiento y no participar en exámenes de salud) (Levy, 2009).

1.2.4. El edadismo en el entorno rural

Las áreas rurales presentan diferentes desafíos y oportunidades para las poblaciones envejeciente, en la medida que entender los problemas de los adultos mayores rurales es cada vez más transcendental para promover el envejecimiento saludable.

En los países desarrollados como en Estados Unidos el 22% de la población estadounidense vive en zonas “rurales”. El envejecimiento poblacional está ocurriendo en forma más rápida en áreas rurales que en las urbanas. Cada vez más se reconoce que la ruralidad, contribuye directamente al envejecimiento saludable y desempeña un papel vital en la promoción o exclusión de la equidad en salud³⁵.

Es más probable que las comunidades rurales dependan de la agricultura para sostener la economía local, con impacto significativo en la salud y el envejecimiento.

1.2.5. Factores condicionantes del edadismo

a) La familia y las instituciones públicas:

Las personas mayores se enfrentan a la discriminación en casa porque sus familias no les entienden (hijos, cónyuges, vecinos, por eso empiezan a intimidar y acosar). Sin embargo, las instituciones públicas han sido una fuente importante de acoso a lo largo de los años.

b) Determinantes contextuales del edadismo:

Se ha descrito como determinantes contextuales a la esperanza de vida sana en el país y el hecho de trabajar en determinadas profesiones y sectores laborales.

c) Las características individuales:

Incluye a algunos factores individuales como la edad, el sexo, el nivel educativo, la ansiedad o el miedo a la muerte, el contacto con personas mayores y conocimiento sobre el envejecimiento. Además, la percepción de un peor estado de salud y la dependencia del cuidado y la falta de un contacto positivo con los nietos. En un estudio se observó que el hecho de tener mala salud o de ser dependiente es un factor de riesgo para la presencia percepciones negativas sobre las personas mayores³⁶. Otro estudio indicó la existencia de un posible sesgo hacia las personas mayores que están enfermas o que tienen una mayor dependencia del cuidado³⁷.

d) Ansiedad acerca del envejecimiento y temor a la muerte

Los adultos mayores con ansiedad por el envejecimiento y miedo a la muerte pueden exhibir actitudes relacionadas con la discriminación por edad. Esto está relacionado con la "teoría del control de amenazas", que afirma que las personas mayores son una amenaza para los jóvenes y temen a la muerte debido a su propia vulnerabilidad y vulnerabilidad³⁸.

e) Contacto con grupos de personas mayores

Existe evidencia de que el contacto de calidad, disminuye la posibilidad de edadismo; en una revisión sistemática se ha detectado que un contacto de mejor calidad, tanto con personas mayores en general como con los abuelos y otros familiares, reduce el edadismo³⁹.

Un estudio realizado en 25 países de la Unión Europea reveló que quienes referían amistades intergeneracionales propenden a ser menos edadistas y que esto ocurre en jóvenes como en mayores⁴⁰.

- f) Conocimientos acerca del envejecimiento:** cuanto mayores son los conocimientos de una persona acerca del envejecimiento menos edadista tiende a ser ⁴¹.

1.2.6. Medición del edadismo

A continuación, se describen algunos de ellos:

- a) Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE):** Evalúa los aspectos cognitivos del edadismo a través de 15 preguntas. Contiene tres dimensiones: 1) estereotipos sobre la salud de las personas mayores, 2) motivación social y 3) carácter y personalidad. El alfa de Cronbach fue de 0,67, 0,64 y 0,66 para

cada factor. En cada ítem se expresa el nivel de acuerdo con afirmaciones sobre las características de las personas mayores. El formato de respuesta es una escala Likert de cuatro respuestas “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”; las puntuaciones más altas indican mayor nivel de estereotipos asociados a la salud, el carácter-personalidad y la motivación social. La confiabilidad global de este instrumento es de un Alfa de Cronbach de 0.94⁴².

b) Escala de discriminación por edad cotidiana

Consta de diez ítems y tres factores 1) exposición a mensajes discriminatorios por edad, 2) discriminación por edad en las interacciones interpersonales y 3) discriminación por edad internalizada. Los primeros siete ítems evalúan la frecuencia con la que los participantes experimentan siete ejemplos cotidianos de discriminación por edad con opciones de respuesta de frecuentemente (3), a veces (2), rara vez (1) y nunca (0). Los ítems 8 a 10 de la escala evalúan las creencias discriminatorias por edad⁴³.

c) Escala de autoinforme sobre discriminación por edad de la OMS

Este instrumento se encuentra en fase de construcción y validez de contenido de estructura desarrollada por expertos de todas las regiones del mundo. Contiene 308 ítems para medir estereotipos, prejuicios y discriminación en la discriminación por edad autodirigida, interpersonal experimentada y perpetrada interpersonalmente (estereotipos, prejuicios y discriminación) contra niños, adolescentes, adultos jóvenes, adultos de mediana edad y adultos mayores, así como la discriminación institucional percibida. El resultado de esta fase es un conjunto de ítems que mide las dimensiones de la discriminación por edad en múltiples grupos de edad desde una perspectiva de experiencias y perpetración⁴⁴.

d) La Escala de Fraboni

La escala consta de 29 ítems diseñados para evaluar los componentes cognitivos y afectivos del edadismo. Usan calificación tipo Likert desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Los ítems 8, 14 y 21-24 son afirmaciones positivas y las puntuaciones se invierten al calcular la puntuación total de la escala.

La puntuación total varía de 29 a

116. Las puntuaciones más altas significan niveles más altos de edadismo. El coeficiente α de Cronbach de la FSA es 0,86⁴⁵. Mide tres niveles de prejuicios: anti locución, evitación y discriminación. Las confiabilidades α de Cronbach de las subescalas son 0,76, 0,77 y 0,65, respectivamente⁴⁶.

e) Escala Persa de discriminación por edad

Esta escala de discriminación por edad, consta de 23 ítems para medir tres dimensiones, incluida la actitud negativa hacia el envejecimiento (puntaje: 23 - 53), la actitud neutral hacia el envejecimiento (puntaje 54 -

84) y la actitud positiva hacia el envejecimiento (puntaje: 85 - 115).

Los ítems se califican en una escala Likert de 5 puntos, con opciones de respuesta desde "totalmente de acuerdo" (puntuado como 5) hasta "totalmente en desacuerdo" (puntuado como 1). Mide la Limitación de la vida de las personas mayores, Discriminación positiva hacia las personas mayores y Discriminación negativa hacia las personas mayores. Los coeficientes alfa de Cronbach para las subescalas de actitudes positivas, restrictivas y negativas son 0,70, 0,70 y 0,67, respectivamente⁴⁷.

f) Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan

Evalúa la actitud de discriminación por edad. Consta de 34 ítems, 17 son positivos y 17 negativos, con 6 alternativas cada uno, desde «muy en desacuerdo» (1 punto) hasta «muy de acuerdo» (6 puntos).

Puntuaciones altas indican actitudes positivas hacia los AM. La versión peruana fue validada por Sampén et al. La confiabilidad calculada es de 0,92⁴⁸.

1.3. Definición de términos básicos

- **Edadismo:**

El edadismo es un concepto multidimensional que comprende componentes cognitivos (estereotipos), afectivos (prejuicios) y conductuales; contiene dimensiones positivas y negativas; aspectos conscientes y subconscientes y niveles micro, meso y macro. Estas actitudes se han incrementado entre los profesionales sanitarios y sociedad en general (OMS, 2021) ⁴⁹.

- **Envejecimiento exitoso**

El envejecimiento exitoso es la capacidad de una persona para vivir con el menor riesgo de enfermedad mientras realiza altos niveles de actividad física, estimulación mental y mantiene relaciones interpersonales, y participa en actividades significativas y vitales (CEPAL, 2022)⁵⁰

- **Persona mayor:**

Adulto de 60 años a mas

- **Salud percibida**

Es una medida subjetiva que manifiesta cómo una persona evalúa su propio estado de salud en general. Integra aspectos físicos, mentales y sociales de la salud, que a menudo es utilizada como predictor de mortalidad y sobrevivencia⁵¹.

- **Capacidad funcional del adulto mayor:**

Implica la vinculación de la persona mayor con la sociedad, a partir de la medición del cumplimiento de las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales⁵².

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

Desde 1984, se ha señalado la existencia de una "brecha geriátrica", la cual se basa en ideas antiguas sobre los adultos mayores de 75 años y los gastos asociados con la vejez⁵³. Es así que, la preocupación por buscar evidencias de la discriminación por edad hacia las personas mayores ha adquirido mayor notoriedad a medida que la población mundial envejece. En Perú en el año 2022, la proporción de adultos mayores fue del 13,3%. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, el 39,5% de los hogares en Perú tienen un adulto mayor entre sus miembros, siendo este porcentaje más alto en las zonas rurales (42,8%)⁵⁴.

Es decir que, un alto porcentaje es vulnerable al edadismo. La OMS afirma que éste impide que las personas desarrollen su potencial al vulnerar los derechos humanos (Chang, 2020). De otra parte, existe una actitud negativa hacia los adultos mayores, lo que resulta en el abandono y marginación. Con frecuencia se cree que la enfermedad está relacionada con el grupo social de personas mayores, y la evitación de la enfermedad está relacionada con actitudes negativas⁵⁵; ocasionando mayor carga de los problemas de salud mental y discapacidades psicosociales a medida que la población envejece.

Entonces, el aumento de la expectativa de vida, a menudo se considera un problema. Esto es particularmente cierto en el caso de la prestación de servicios sociales, donde las personas mayores a menudo se consideran que exigen demasiados recursos disponibles, lo que les impide obtener atención médica⁵⁶.

Varias organizaciones estudiosas del envejecimiento, señalan que la discriminación por edad deteriora el bienestar mental de los adultos

mayores, en términos de depresión y ansiedad. Se ha reportado asociación negativa entre la discriminación por edad y el bienestar psicológico de los adultos mayores⁵⁷.

Entonces, la discriminación por edad generalizada en la atención médica tiene un impacto negativo en la supervivencia saludable y el bienestar de las personas mayores, así como en su capacidad para contribuir a los objetivos sociales⁵⁸. Por lo que, es imperativo el estudio de las influencias culturales en el edadismo de este grupo poblacional y contar con datos que ayuden a mejorar la calidad de vida y el envejecimiento digno, para generar sociedades inclusivas que valore a todos los grupos de edad.

En el ámbito nacional y regional no se han efectuado investigaciones relacionadas al edadismo en población rural, por lo que, este estudio dio respuesta a la siguiente interrogante de investigación:

2.2. Formulación del problema

2.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores relacionados a la percepción del edadismo en adultos mayores de una población rural amazónica?

2.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son los factores sociodemográficos del adulto mayor de una población rural amazónica?

¿Cuál es el nivel de salud percibida y características de la morbilidad sentida del adulto mayor de una población rural amazónica?

¿Cuál es el grado de capacidad funcional del adulto mayor de una población rural amazónica?

¿Cuál es el nivel de percepción del edadismo del adulto mayor de una población rural amazónica?

¿Cuál es la relación existente entre algunos factores

sociodemográficos, salud percibida y capacidad funcional con la percepción del edadismo del adulto mayor de una población rural amazónica?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

Establecer los factores relacionados a la percepción del edadismo en adultos mayores de una población rural amazónica.

2.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos del adulto mayor de una población rural amazónica: edad, sexo, etnia, estado civil, ocupación, grado de instrucción, procedencia.
- Identificar la salud percibida del adulto mayor de una población rural amazónica
- Valorar la morbilidad sentida del adulto mayor en términos de: tipo de enfermedad, tiempo de enfermedad, comorbilidad.
- Valorar la capacidad funcional del adulto mayor de una población rural amazónica
- Identificar la percepción del edadismo del adulto mayor de una población rural amazónica

- Relacionar los factores sociodemográficos, salud percibida y capacidad funcional con la percepción del edadismo del adulto mayor de una población rural amazónica

2.4. Hipótesis

Hipótesis alterna: H₁

Algunos factores sociodemográficos, salud percibida, morbilidad sentida y capacidad funcional tienen relación estadística

significativa con la percepción del edadismo del adulto mayor en una población rural amazónica

Hipótesis nula: H_0

Algunos factores sociodemográficos, salud percibida, morbilidad sentida y capacidad funcional no tienen relación estadística significativa con la percepción del edadismo del adulto mayor en una población rural amazónica

2.5. Variables

2.5.1. Identificación de variables

2.5.1.1. Variable dependiente: Percepción del edadismo de adultos mayores

2.5.1.2. Variables independientes: factores sociodemográficos, salud percibida, morbilidad sentida y capacidad funcional del adulto mayor

2.5.2. Definición conceptual y operacional de variables

Percepción del edadismo

Definición Conceptual: Es la variable dependiente del estudio, corresponde a la segregación por edad, incluye estereotipos y discriminación a personas mayores debido a su edad. Estas se pueden manifestar de diferentes maneras, como actitudes prejuiciosas, prácticas discriminatorias políticas e institucionales que perpetúan estas creencias estereotipadas

Definición Operacional: constituido por los puntajes alcanzados con la escala de Fraboni en los componentes: estereotipos (cuantifica las creencias cognitivas), prejuicio (mide emociones o

reacciones) y discriminación (pondera las acciones discriminatorias informadas). Se considerará:

- Alta: Cuando la puntuación promedio corresponden a 70 puntos a más de la escala de Fraboni.
- Baja: Cuando la puntuación promedio corresponde a menos de 70 puntos de la escala de Fraboni.

-

Variables independientes

A. Factores sociodemográficos del adulto mayor

Definición conceptual: Formado por el conjunto de atributos sociales y demográficos que caracterizan a los sujetos de estudio

Definición operacional: compuesto por los siguientes indicadores

- Edad: número de años cumplidos hasta el momento de la recogida de datos
- Sexo: masculino, femenino
- Escolaridad: conformado por el número de años de estudios aprobados: sin instrucción, primaria, secundaria y superior.
- Estado civil: soltero, conviviente, casado, separado, viudo.
- Ocupación: Ama de casa, trabajador independiente (agricultor, pescador, otro), trabajador dependiente.

B. Salud percibida

Definición conceptual: Constituye la autovaloración que hace el adulto mayor de su propio estado de salud en general, en comparación con iguales y en comparación a hace un año. Integra aspectos físicos, mentales y sociales de la salud

Definición operacional: compuesto por los indicadores: buena, mala regular, medida a través del Test de Villalba

C. Morbilidad sentida

Definición conceptual: consiste en la referencia o no de padecer de alguna enfermedad y características de ella, informada por el adulto mayor.

Definición operacional: conformado por los indicadores:

- Presencia de enfermedad: si, no
- Tipo de enfermedad: aguda, crónica
- Tiempo de enfermedad: tiempo medido en años desde el informe del diagnóstico medico
- Comorbilidad: referencia de más de una enfermedad crónica (diabetes mellitus, hipertensión arterial, artrosis, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.)

D. Capacidad funcional

Definición conceptual: se refiere al conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que una persona mayor necesita para ejecutar las actividades de la vida diaria de forma autónoma y participar activamente en su entorno.

Comprende la valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Definición operacional:

Actividades básicas de la vida diaria ABVD: Vestirse y desvestirse, ir al baño, levantarse y acostarse de la cama, comer sus alimentos, subir, bajar gradas y caminar dentro de la casa, controlar la orina y defecación

- Dependiente: 0 a 2 puntos
- Moderadamente dependiente: 3 a 13 puntos
- Independiente: 14 puntos

Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD: Realizar tareas domésticas, realizar compras cerca de la casa, usar la movilidad a lugares cercanos, usar movilidad a lugares distantes, controlar su dinero, toma de medicamentos

- Dependiente: 0 a 2 puntos
- Moderadamente dependiente: 3 a 11 puntos
- Independiente: 12 puntos

2.5.3. Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala	Item/ instrumento
Percepción del edadismo	Corresponde a la segregación por edad, incluye estereotipos y discriminación a personas mayores debido a su edad. Se puede manifestar como actitudes prejuiciosas, prácticas discriminatorias políticas e institucionales que perpetúan creencias estereotipadas	Percepción alta.	Cuando la puntuación promedio corresponden a 70 puntos a más de la escala de Fraboni	Ordinal	Escala de Fraboni
		Percepción Baja	Cuando la puntuación promedio corresponden a menos de 70 puntos de la escala de Fraboni		

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala	Item/ instrumento
Factores sociodemográficos del adulto mayor	Formado por el conjunto de atributos sociales y demográficos que caracterizan a los sujetos de estudio	Edad	Número de años cumplidos hasta el momento de la recogida de datos	Razón	Cuestionario Factores sociodemográficos
		Sexo	Masculino, femenino	Nominal	
		Etnia	Pertenencia a algún grupo indígena de la Amazonía: Kichua, matzé, etc.		
		Escolaridad	Número de años de estudios aprobados: sin instrucción, primaria, secundaria y superior	Ordinal	
		Estado civil	Soltero, conviviente, casado, separado, viudo	Nominal	
		Ocupación	Ama de casa, trabajador independiente (agricultor, pescador), trabajador dependiente.	Nominal	
		Procedencia	Maynas, Loreto, Ramon Castilla, Ucayali, Datén del Marañón, Alto Amazonas.		
Salud percibida	Es la autovaloración que hace el adulto mayor de su propio estado de salud. Integra aspectos físicos, mentales y sociales de la salud	Salud percibida en general	Buena, mala, regular	Nominal	Test de Villalba
		Salud en comparación con iguales	Buena, mala, regular	Nominal	
		Salud percibida en comparación a hace un año	Buena, mala, regular	Nominal	

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala	Item/ instrumento
Morbilidad sentida	Variable independiente del estudio. consiste en la referencia o no de padecer de alguna enfermedad y características de ella, informada por el adulto mayor.	Presencia de enfermedad	Autorreferencia de padecer alguna enfermedad: si, no	Nominal	Cuestionario Morbilidad sentida
		Tipo de enfermedad	Crónica: duración mayor de 06 meses Aguda: menor de 06 meses	Nominal	
		Tiempo de enfermedad	Número de años desde el informe del diagnóstico medico	Razon	
		Comorbilidad	Se refiere a la presencia de una o más enfermedades adicionales que ocurren en una persona junto con una enfermedad principal o primaria: diabetes mellitus, hipertensión arterial, artrosis, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Nominal	
Capacidad funcional	Conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que una persona necesita para ejecutar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD), de forma autónoma y participar activamente en su entorno.	ABVD Dependiente	0 a 2 puntos	Ordinal	Índice de Katz
		Moderadamente dependiente	3 a 13 puntos		
		Independiente	14 puntos		
		AIVD Dependiente	0 a 2 puntos	Ordinal	Índice de Lawton
		Moderadamente dependiente	3 a 11 puntos		
		Independiente	12 puntos		

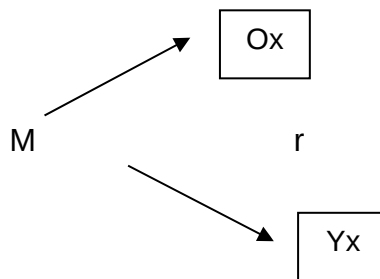
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

El método utilizado fue el cuantitativo, haciendo uso de variables medidas numéricamente y estadísticos. El diseño observacional, prospectivo y transversal utilizado se fundamenta en:

- **Observacional:** La investigación observacional se enfoca en describir lo que se observa en lugar de establecer relaciones causales. Se lleva a cabo en el entorno natural donde ocurren los fenómenos, lo que permite mayor comprensión del contexto y las condiciones en las que se presentan. El investigador no altera ni influye en el entorno o en los sujetos observados.
- **Prospectivo:** la información de las variables fue recogida a intención. Los datos se registraron de manera sistemática
- **Transversal:** se trazó un corte en el tiempo.

El estudio tiene el siguiente diagrama:



Donde:

M: Muestra

Ox: Observaciones

Yx: Subíndices (Observaciones obtenidas en cada una de las variables)

r: asociación entre las variables independientes y dependiente

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por el total de adultos mayores que residen en el Centro Poblado Progreso (código 0017, región natural según piso altitudinal Omagua), altitud 90 (m.s.n.m.) del Distrito de Belén, jurisdicción de la Red de 06 octubre, Belén de Iquitos.

El centro poblado cuenta aproximadamente con 528 pobladores, distribuidos en 113 viviendas. La población según la edad, está distribuida del siguiente modo:

Cuadro 1. Población del Centro Poblado Progreso, según edad. 2024

Edad	n
Menores de 11 años	60
12 a 17 años	80
18 a 19 años	150
30 a 59 años	135
60 años a mas	103
Total	528

3.2.1. Muestra: La muestra determinada por conveniencia, fue conformada por 100 adultos mayores

Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores de 60 años o más de nacionalidad peruana.
- Adultos mayores residentes en el centro poblado Progreso por más de 06 meses.
- Adultos mayores que aceptan el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores que no aceptan el consentimiento informado.
- Adultos mayores que residen en el poblado menos de 06 meses.

3.3. Técnicas e instrumentos y procedimientos de recolección de datos**3.3.1 Técnicas:**

Se utilizó la entrevista, técnica que ayuda a recopilar información directa de los participantes mediante preguntas y respuestas, las cuales son predefinidas y se formulan en el mismo orden a todos los participantes. Se buscó obtener respuestas precisas y comparables entre los entrevistados.

Se trata de un diálogo estructurado, semi-estructurado o no estructurado en el que el investigador busca obtener datos relevantes para su estudio a partir de las experiencias, opiniones, actitudes, y percepciones de los entrevistados.

3.3.2. Instrumentos de recolección de datos

- a) **Cuestionario de factores sociodemográficos, salud percibida y morbilidad sentida:** Este instrumento contiene los datos generales de los adultos mayores. Así mismo, las características de morbilidad sentida como presencia y tipo de enfermedad, tiempo de enfermedad, comorbilidad.
- b) **Test de salud percibida:** este test proporciona una medida

subjetiva que complementa las evaluaciones objetivas de la salud. Es especialmente útil en la identificación de necesidades de salud no evidentes es una medida subjetiva que refleja cómo una persona evalúa su propio estado de salud en general. Integra aspectos físicos como mentales y sociales de la salud. Responde a la única pregunta "En general, ¿cómo describiría usted su salud?", la respuesta es: buena, regular o mala. La confiabilidad informada a través del alfa Cronbach es del 0.89⁵⁹.

c) Índice de Katz y Lawton

Instrumentos usados en la evaluación geriátrica integral, identifica necesidades de apoyo y a diseñar intervenciones adecuadas para mantener o mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Estos índices miden la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), respectivamente.

El Índice de Katz mide la capacidad de ejecución de realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que una persona necesita hacer para cuidarse a sí misma. Incluyen:

Baño, Vestirse, Uso del Retrete, Movilidad, Continencia y Alimentación. Califica cada actividad con 1 (independiente) o 0 (dependiente). Un puntaje de 6 indica independencia total, mientras que un puntaje de 0 indica dependencia total.

El Índice de Lawton mide la capacidad de ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que son actividades más complejas necesarias para vivir de manera

independiente en la comunidad. Se mide: Uso del Teléfono, compras, preparación de Comidas, Cuidado de la Casa, Lavado de Ropa, Uso de Transporte, Manejo de Medicamentos, Manejo de Dinero. Se puntúa de 0 a 8 (para mujeres) o de 0 a 5 (para hombres, algunos ítems como el manejo del hogar pueden no aplicarse en todas las culturas). Una puntuación más alta indica mayor independencia en las AIVD.

Han sido ampliamente validadas en estudios internacionales. Su fiabilidad ha sido valorada en múltiples estudios presentando coeficientes de correlación (> 0.70) y test-retest (> 0.90) altos⁶⁰, 0,867 en la escala de Lawton y de 0,797 en el Índice de Katz⁶¹.

d) Escala de Fraboni

Instrumento que evalúa la discriminación por edad evidente a través de los aspectos cognitivos y afectivos del prejuicio desde tres niveles reconocidos por Allport (1954): antilocución, evitación y discriminación. La antilocución se produce cuando se hace referencia a los adultos mayores, de forma despectiva fundamentados en información inexacta o errónea. La evitación, ocurre cuando la interacción personal con el adulto mayor es restringido o limitado. La discriminación, por otro lado, es el trato diferenciado y a menudo exclusivo con la persona mayor. La escala se compone de 29 preguntas y el formato de la escala de respuesta es del tipo Likert de cuatro puntos con categorías de respuesta: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo. Los puntajes van de uno a cuatro, y cuanto más altos son los puntajes, mayor es la discriminación por edad de la persona.

Cuenta con confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,88.

3.3.3. Procedimiento de recolección de datos

- Se obtuvo la Autorización del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (entidad autorizada por la Instituto Nacional de Salud del Perú), con el Dictamen de Evaluación N°154-2024. CIEI-VRINV-UNAP
- Se consiguió la autorización de la GERESA Loreto y la jefatura del Micro Red 06 de octubre del distrito de Villa Belén para la selección de la muestra y ejecución del estudio, en el centro poblado Progreso (Oficio N°088-2025-GRL-GRSL/30.09 INVESTIGACION).
- Se coordinó con los Lideres comunitarios del centro poblado Progreso seleccionado para obtener el consentimiento informado de los pobladores y la comunidad conozca de la ejecución del estudio.
- Una vez ubicado el domicilio de los adultos mayores participantes, se desarrolló una visita domiciliaria con la finalidad de explicar los fines del estudio y la obtención del consentimiento informado; además se concertó la fecha y hora de la visita domiciliaria.
- La recolección de la información se realizó en el turno de la mañana y tarde durante 04 semanas en el horario de 7:00 am a 4pm.
- Durante la recolección de datos la investigadora usó el uniforme de salud comunitaria y se aplicó los principios éticos y Bioéticos.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron codificados y el procesamiento de los mismos se hizo uso a través del paquete estadístico Statisttical Package for

the Social Sciencies (SPSS) versión 26.0. Se calcularon medias de resumen como las medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas y además frecuencias absolutas y relativas en variables cualitativas. Para el análisis inferencial, se utilizó la prueba t student en la comparación del edadismo según grupos de edad, la prueba chi cuadrado y el coeficiente de contingencia en el caso de variables nominales u ordinales. Se consideró que hubo significación estadística cuando el p valor fue $<0,05$.

3.5. Protección de los derechos humanos

En la ejecución del presente estudio, se respetó los principios éticos de Belmont y la Declaración Universal de Derechos Humanos la cual describe que todas las personas nacen libres con derechos y corresponden ser tratados con respeto, dignidad y fraternidad. También se tendrá en cuenta la Declaración de Helsinki que recomienda el respeto, beneficencia, justicia, anonimato, confidencialidad y autonomía con el consentimiento informado en las personas que participan en investigaciones.

Autorización Ética: para determinar el mínimo riesgo de los participantes, se tramitó la Autorización del Comité de Ética en Investigación de la UNAP, a través de la evaluación del proyecto de la investigación, a fin de que se considere que la investigación es éticamente aceptable para su realización.

Consentimiento Informado: El consentimiento para la entrevista se obtuvo después de dar a conocer el proyecto con los objetivos respectivos; luego se solicitó el consentimiento verbal y por escrito. Los participantes recibieron una copia del documento firmado y se guardó una copia

Confidencialidad: Se consideró el anonimato durante el proceso de la investigación. Se informó el propósito de la

investigación a cada sujeto de estudio, señalando que los datos derivados no serán divulgados en forma individual.

Dignidad humana: Se permitió que cada adulto mayor exprese lo que piensa, siente, y hace sin algún tipo de imposición; de otro lado, durante la recogida de información se utilizó un ambiente cómodo sin bullicio de otras personas.

Beneficencia: se consideró todas las previsiones necesarias para minimizar daño físico y psicológico, y así protegerlos para otros fines.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Factores sociodemográficos del adulto mayor

Tabla 1. Factores sociodemográficos según edad del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025

Factores sociodemográficos	60 a 74 años		75 años a mas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Edad						
Media en años (M, DS)	64,62(3,63)		80,63(5,39)		67,66(7,47)	
Sexo						
Femenino	35	43,21	3	15,79	38	38,00
Masculino	46	56,79	16	84,21	62	62,00
Estado civil						
Soltero	3	3,70	3	15,79	6	6,00
Conviviente	61	75,31	11	57,89	72	72,00
Casado	17	20,99	5	26,32	22	22,00
Divorciado						
Ocupación						
Ama de casa	22	27,16	15	78,95	37	37,00
Trabajador dependiente	18	22,22	1	5,26	19	19,00
Trabajador independiente	41	50,62	3	15,79	44	44,00
Escolaridad						
Sin instrucción	2	2,47	1	5,26	3	3,00
Primaria	25	30,86	7	36,84	32	32,00
Secundaria	43	53,09	8	42,11	51	51,00
Superior	11	13,58	3	15,79	14	14,00
Procedencia						
Maynas	80	98,77	19	100,00	99	99,00
Loreto	1	1,23	0	0,00	1	1,00

M: promedio, DS: desviación estándar

La media de la edad de la muestra fue de 67,66±7,47 años. El 62% de sexo femenino y 38% masculino; 72% de estado civil conviviente y 22% casados. Un 44% es trabajador independiente, especialmente los de 60 a 74 años de edad. El 51% informó estudios secundarios y 32% estudios primarios. En forma mayoritaria proceden de Maynas. La distribución porcentual de acuerdo a la edad, se muestra en la tabla 1.

4.2. Salud percibida del adulto mayor

Tabla 2. Salud percibida según edad del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025

Salud percibida	60-74 años		≥75 años		Total	
	n	%	n	%	n	%
Media (M, DS)	4,40 (0,93)		3,26 (0,56)		4,18 (0,98)	
Salud en general						
Buena	4	4,94	5	26,32	9	9,00
Regular	53	65,43	14	73,68	67	67,00
Mala	24	29,63	0	0,00	24	24,00
Comparación con su misma edad						
Buena	3	3,70	6	31,58	9	9,00
Regular	53	65,43	12	63,16	65	65,00
Mala	25	30,86	1	5,26	26	26,00
Comparación con hace un año						
Buena	1	1,23	0	0,00	1	1,00
Regular	8	9,88	4	21,05	12	12,00
Mala	72	88,89	15	78,95	87	87,00

M: promedio, DS: desviación estándar

En forma global, la salud percibida de la muestra fue de $4,18 \pm 0,98$ puntos, siendo más alta en el grupo de adultos mayores entre 60 a 74 años. Cuando se analizaron los tres ítems que mide la salud percibida, se encontró que los ítems que mide la salud en general, comparación con personas de su misma edad, en forma mayoritaria fue informada como “regular” (67% y 65%), y el ítem que mide la salud en comparación con hace un año fue reportada como “mala” (87%) (Tabla 2).

4.3. Morbilidad sentida

Tabla 3. Morbilidad sentida según edad del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025

Morbilidad sentida	60 a 74 años		≥75 años		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sufre de alguna enfermedad						
Si	23	28,40	8	42,11	31	31,00
No	58	71,60	11	57,89	69	69,00
Tiempo de enfermedad						
Media (M, DS)	3,36(6,9)		4,89(7,78)		3,65(7,06)	
Padece de alguna de las siguientes enfermedades						
Ninguna	59	72,84	12	63,16	71	71,00
Hipertensión arterial	5	6,17	3	15,79	8	8,00
Diabetes mellitus	15	18,52	4	21,05	19	19,00

M: promedio, DS: desviación estándar

El 31% de la muestra informó que sufre de alguna enfermedad, especialmente diabetes mellitus, seguida de la hipertensión arterial. La media del tiempo de enfermedad fue de $3,65 \pm 7,06$ años. Cuando se analiza la morbilidad sentida según grupos de edad, se observó que casi la mitad de adultos de 75 años a más, informó alguna enfermedad (42,11%); del mismo modo, la diabetes mellitus e hipertensión arterial fueron informados en su mayoría por adultos entre 75 años a mas. (21,05% y 15,79% años) (Tabla 3).

4.4. Capacidad funcional del adulto mayor

Tabla 4. Capacidad funcional según edad del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025

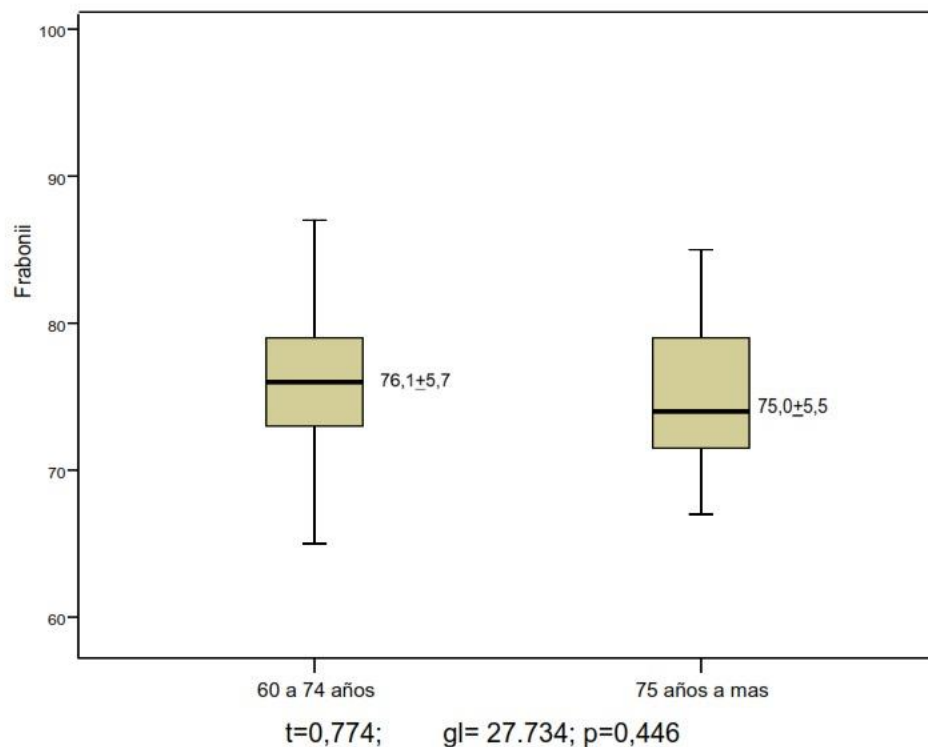
Capacidad funcional	60 a 74 años		≥75 años		Total	
	n	%	n	%	n	%
Actividades básicas						
Media (M, DS)	13,96(0,19)		13,63(0,50)		13,90(0,30)	
Dependiente	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Moderadamente independiente	3	3,70	7	36,84	10	10,00
Independiente	78	96,30	12	63,16	90	90,00
Actividades instrumentales						
Media (M, DS)	11,74(1,15)		8,89(4,25)		11,20(2,37)	
Dependiente	1	1,23	5	26,32	6	6,00
Moderadamente independiente	11	13,58	9	47,37	20	20,00
Independiente	69	85,19	5	26,32	74	74,00

M: promedio, DS: desviación estándar

Al analizar la ejecución de las actividades de la vida diaria o nivel de autonomía de la muestra estudiada, se encontró que el 90% declararon independencia al efectuar las actividades básicas de la vida diaria (vestirse y desvestirse, ir al baño, levantarse y acostarse de la cama, comer sus alimentos, subir, bajar gradas y caminar dentro de la casa, controlar la orina y defecación). Así mismo, el 74% informó independencia en la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria (realizar tareas domésticas, realizar compras cerca de la casa, usar la movilidad a lugares cercanos, usar movilidad a lugares distantes, controlar su dinero, toma de medicamentos), especialmente los adultos entre 60 a 74 años (Tabla 4).

4.5. Percepción del edadismo del adulto mayor

Gráfico 1. Percepción del edadismo según edad del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025



En forma global, la puntuación promedio del edadismo expresada por el grupo de adultos mayores fue de 75,95 puntos y una desviación estándar de 5,7 puntos, con un puntaje mínimo de 65 puntos y máximo de 102 puntos.

En el grafico 1 puede visualizarse, la comparación de la puntuación promedio del edadismo de acuerdo a la edad del adulto mayor, observándose que el grupo de edad entre 60 a 75 años tuvieron un puntaje promedio de edadismo de 76,1 $\pm$ 5,7 puntos, siendo ligeramente superior al grupo de 75 años a más, quienes alcanzaron una puntuación promedio de 75,0 $\pm$ 5,5 puntos. Sin embargo, la prueba t student confirmó que no existe diferencias estadísticas significativas en ambos grupos ($t=0,774$, $gl=27.734$, $p=0,446$)

4.6. Variables independientes versus edadismo

4.6.1. Variables sociodemográficas y edadismo

Tabla 5. Edadismo según características sociodemográficas del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025

Variables sociodemográficas	Baja (n=17)		Alta (n=83)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Edad							
60 a 74 años	13	13,0	68	68,0	81	81,0	CC=0,052
75 años a mas	4	4,0	15	15,0	19	19,0	p=0,601
Sexo							
Femenino	10	10,0	52	52,0	62	62,0	X2=0,88
Masculino	7	7,0	31	31,0	38	38,0	p=0,767
Estado civil							
Soltero	1	1,0	5	5,0	6	6,0	CC=0,048
Conviviente	13	13,0	59	59,0	72	72,0	p=0,889
Casado	3	3,0	19	19,0	22	22,0	
Ocupación							
Ama de casa	6	6,0	31	31,0	37	37,0	CC=0,052
Trabajador dependiente	4	4,0	15	15,0	19	19,0	p=0,872
Trabajador independiente	7	7,0	37	37,0	44	44,0	
Escolaridad							
Sin instrucción	0	0,0	3	3,0	3	3,0	CC=0,137
Primaria	4	4,0	28	28,0	32	32,0	p=0,593

Secundaria	11	11,0	40	40,0	51	51,0
Superior	2	2,0	12	12,0	14	14,0

La tabla 5 muestra la distribución porcentual de las características sociodemográficas y el grado de edadismo percibido por los adultos mayores de la muestra, apreciándose que, los adultos mayores que reportaron mayor predominio de discriminación por edad fueron, aquellos que tenían edades comprendidas entre los 60 a 74 años (81%), sexo femenino (62%), estado civil conviviente (72%), de ocupación trabajador independiente (44%) y con algún grado de instrucción secundaria (51%). La prueba Coeficiente de contingencia demostró que no existe relación entre las variables sociodemográficas estudiadas y la percepción de edadismo ($p>0.05$)

4.6.2. Salud percibida y morbilidad sentida y edadismo

Tabla 6. Edadismo según características de salud enfermedad del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025

Variables	Bajo (n=17)		Alto (n=83)		Total (n=100)		p
	n	%	n	%	n	%	
Salud Percibida							
Salud en general							
Buena	2	2,0	22	22,0	24	24,0	CC=0,147 p=0,330
Regular	14	14,0	53	53,0	67	67,0	
Mala	1	1,0	8	8,0	9	9,0	
Comparación con su edad							
Buena	2	2,0	24	24,0	26	26,0	CC=0,245 p=0,041
Regular	11	11,0	54	54,0	65	65,0	
Mala	4	4,0	5	5,0	9	9,0	
Comparación hace un año							
Buena	17	17,0	70	70,0	87	87,0	CC=0,172 p=0,216
Regular	0	0,0	12	12,0	12	12,0	
Mala	0	0,0	1	1,0	1	1,0	
Sufre de enfermedad							
Si	9	9,0	22	22,0	31	31,0	X=4,160 p=0,032
No	8	8,0	61	61,0	69	69,0	
Total	17		17,0	83	83,0	100	100,0

Con respecto a la salud en general percibida, se observó que en forma global el 67% de ellos informó salud percibida “regular”, y de estos en forma mayoritaria reportaron alta discriminación por edad (53%). Los adultos mayores al comparar su salud percibida con personas de su misma edad, el 65% de ellos catalogaron como “regular”, y la mayoría de ellos informó alto edadismo (54%). Referente a la salud percibida en comparación a hace un año, el 87% clasificaron como “buena”, de estos, el 70% calificó al edadismo alto. Sin embargo, la prueba Coeficiente de contingencia demostró que solamente existe relación entre la salud percibida en comparación con personas de su edad y el edadismo (CC=0,245, p=0,041).

De otro lado, al comparar la morbilidad sentida con el edadismo de la muestra estudiada, se observó que el 31% de ellos informó sufrir de alguna enfermedad, de estos el 22% reportó edadismo alto. La prueba chi cuadrado demostró relación estadística significativa entre ambas variables (p=0,032) (Tabla 6).

4.6.3. Capacidad funcional y edadismo

Tabla 7. Edadismo según capacidad funcional del adulto mayor de una población rural amazónica. 2025

Funcionalidad	bajo		alto		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Actividades Básicas							
Moderadamente independiente	1	1,0	9	9,0	10	10,0	CC=0,386 p=0,534
Independiente	16	16,0	74	74,0	90	90,0	
Actividades instrumentales							
Dependiente	2	2,0	24	24,0	26	26,0	CC=0,288 p=0,011
Moderadamente independiente	11	11,0	54	54,0	65	65,0	
Independiente	4	4,0	5	5,0	9	9,0	

CC: coeficiente de contingencia; negrita: estadísticamente significativo

La tabla 7 muestra la distribución porcentual del edadismo según las actividades básicas de la vida diaria, observándose que, el 90% de los adultos mayores fueron independientes en las actividades básicas de la vida diaria como bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación; mientras que, el 26% de ellos informo dependencia moderada en las actividades instrumentales de la vida diaria como uso del teléfono, compras, preparación de comidas, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de transporte, manejo de medicamentos, manejo de dinero . Predominó el edadismo alto en ambos grupos (74% y 54% respectivamente). El coeficiente de contingencia solamente demostró relación estadística entre la capacidad funcional instrumental y el edadismo (p=0,011).

CAPITULO V. DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. DISCUSION

Es un hecho reconocido que el edadismo es una de las formas de discriminación que afecta la calidad de vida de las personas; es así que, desde la disciplina de enfermería se hace necesario el mejor entendimiento de la pluralidad del envejecimiento y del contexto que influye en los adultos mayores, para promover el trato digno durante el cuidado de enfermería de los adultos mayores, aspecto que, en última instancia, mejoraría la calidad del cuidado de enfermería. En este sentido, la presente investigación estableció los factores relacionados a la percepción del edadismo en adultos mayores de una población rural amazónica.

En forma global, los hallazgos mostraron que la puntuación promedio del edadismo fue de $75,95 \pm 5,7$ puntos, siendo ligeramente superior en los adultos de 60 a 74 años. El 83% de la muestra informó edadismo alto.

Estos hallazgos confirman en gran medida a hallazgos en estudios anteriores, siendo proporcionalmente mayor al informado por Brito (2023) en una muestra ecuatoriana, en el que el 71,7% reportaron edadismo; a un estudio efectuado en adultos mayores alemanes post pandemia Covid-19 quienes solamente el 5,6% informaron edadismo. También es superior al estudio reportado por Arredondo en población mayor peruana (2021) quien encontró que el 52,7% de los adultos mayores informó edadismo durante la pandemia, especialmente por el gobierno (66,7%), por la información de medios de comunicación (13,6%), y la sociedad (11,1%).

De otra parte, en este estudio, las variables sociodemográficas no mostraron relación estadística significativa con el edadismo ($p > 0,05$); hallazgo diferente a lo informado por otros investigadores, como Allen (2023) quien investigó el edadismo en población estadounidense, señaló que la menor educación (64%) y nivel socioeconómico más bajo (100%) se relacionaron estadísticamente con la discriminación por edad. También con

Braga (2019) quien trabajo con adultos mayores brasileños, informando que la residencia urbano-rural, edad, sexo, color de piel, ingreso económico y educación estuvieron relacionadas al edadismo ($p < 0,05$)⁶². Así mismo Le et al. (2024), quien entrevistó a personas mayores vietnamitas, señalando que la escolaridad, ingresos, y la enfermedad están relacionados al edadismo entre las personas mayores⁶³.

Aproximarse al análisis del edadismo en las personas mayores en diversos contextos permite acercarse a la comprensión y análisis de la realidad del envejecimiento, reconociendo las formas del envejecer en pueblos rurales, como fue el caso de nuestro estudio. Se ha descrito que, el cuidado de la salud y específicamente el cuidado de enfermería familiar y comunitaria, en los entornos rurales se caracteriza habitualmente por una esencial interconexión de entornos familiares con servicios de salud menos accesibles y la presencia de una fuerte narrativa de un entorno comunitario rural favorable, pero que son más inclusivas que las comunidades urbanas⁶⁴.

En este contexto, las diferencias en la proporción de edadismo encontrado, podrían deberse a la heterogeneidad de instrumentos utilizados en las investigaciones reportadas⁶⁵, también a la diversidad de contextos geográficos y culturales. De otra parte, los sujetos de este estudio fueron adultos mayores de 60 años, esto preocupante, porque el edadismo se relaciona no únicamente con las percepciones que la sociedad tiene acerca de las personas mayores, sino además con las percepciones que los mayores tienen de sí mismos^{66, 67}. Como describe Levy (2009) en la teoría de la incorporación de estereotipos, discriminantes, que se perpetúan en la sociedad, hace que los adultos mayores se sientan vulnerables, incompetentes, poco fiables o menos capaces de nuevas posibilidades de aprendizaje (Kang, 2022). Al respecto, Cruz (2025) reporta que el problema del edadismo es una forma de violación directa al principio de igualdad, según la Constitución Peruana de 1993, con estereotipos negativos y prácticas discriminatorias.

Referente al proceso salud enfermedad, los hallazgos mostraron que, el 31% de los adultos mayores informó sufrir de alguna enfermedad, de estos el 22% reportó edadismo alto ($p < 0,05$); es decir que padecer alguna enfermedad durante el envejecimiento se relaciona estadísticamente con el edadismo. Así mismo, un 65% de adultos mayores calificaron a la salud percibida, en comparación con otras personas de su misma edad, como “regular”, de estos, el 54% informó edadismo alto ($p = 0.041$).

Estos hallazgos confirman lo descrito en investigaciones previas, en que el edadismo impacta negativamente en el bienestar físico, mental y social de las personas mayores, lo que representa un obstáculo para el envejecimiento saludable (Chang, 2020). En un estudio informado por Allen (2022) en una muestra nacional de adultos mayores de USA, reportó que el edadismo percibido se asoció con mayor riesgo de enfermedad especialmente crónicas⁶⁸.

Unido a lo descrito anteriormente, el 26% de adultos mayores informó dependencia funcional moderada en la ejecución de las actividades instrumentales, con predominio edadismo alto ($p = 0.011$). Confirmando a lo reportado por otros autores como, Morcillo (2024) quien informó asociación significativa entre el nivel de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria y la percepción de edadismo en 138 adultos mayores españoles ($p = 0,003$)⁶⁹. Así mismo Maurya (2022) analizó una muestra de adultos mayores en India, informando que el déficit en actividades instrumentales de la vida diaria y tener una enfermedad crónica estuvo relacionada con la percepción de edadismo.

Como se ha señalado los adultos mayores podrían internalizar el estereotipo de que la vejez es un período de enfermedad con declive ineludible, que obstaculiza a los hábitos saludables y el acceso a la atención de salud, con consiguiente gestión del cuidado de enfermería inadecuado en caso de enfermedades crónicas, polifarmacia, fragilidad y discapacidad (Ungar, 2024).

En este contexto, la profesión de enfermería tiene un rol preponderante para contribuir a la modificación de las opiniones negativas sobre el envejecimiento que perciben las enfermedades comunes y tratables como consecuencia de la edad. Finalmente, es esencial que las enfermeras que laboran en entornos de atención primaria de salud, comprendan las necesidades de los adultos mayores en las comunidades en las que atienden. Además, las características de la comunidad que pueden actuar como elementos facilitante o barreras para que un adulto mayor pueda vivir y envejecer dignamente⁷⁰. Ello requiere de la incorporación de las teorías del curso de vida y el envejecimiento armonioso desde la perspectiva del cuidado de enfermería integral del adulto mayor, entre otros.

5.2. CONCLUSIONES

El perfil del adulto mayor fue el siguiente: edad promedio 67.66 años, 62% de sexo masculino, 72% de estado civil conviviente y el 51% con grado de instrucción secundaria.

La mayoría de adultos mayor calificaron a la salud percibida, como “regular” en los ítems Salud en general (67%) y comparación de personas de su misma edad (65%); sin embargo, el 87% de ellos calificó a la salud percibida en comparación a hace un año. El 31% informó que sufre de alguna enfermedad, especialmente diabetes mellitus.

El 90% de la muestra mostró independencia en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria y solo el 74% presentó independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Las variables que mostraron relación estadística significativa fueron la salud percibida en comparación con sus pares, tener alguna enfermedad, y las actividades instrumentales de la vida diaria ($p < 0,05$).

5.3. RECOMENDACIONES

- Se sugiere realizar estudios similares, aumentando el tamaño de la muestra, que posibilite la generalización de los resultados del edadismo en población rural.
- Desarrollar estudios observacionales que comparen la discriminación por edad en áreas geográficas urbanas y rurales.
- Generar y validar estrategias de enfermería comunitaria mediante investigación científica, que contribuyan a la disminución de estereotipos discriminantes y perspectivas negativas del envejecimiento, que promueva el respeto de los derechos humanos fundamentales en el cuidado del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Salvi, S., Murray, J., Önköl, D., & Egdell, V. (2025). Retiring for the night: how negative attitudes towards ageing can shape expectations and attitudes towards sleep among adults aged 60+. *Frontiers in Psychology*, 16:1556248. [doi:10.3389/fpsyg.2025.1556248](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1556248)
- ² Storey, J. E., O'Brien, R. C., & Fraga Dominguez, S. (2024). Where Do We Draw the Line? Perceptions of Abuse of Older Adults and Their Association With Ageism. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 80(1), gbae190. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbae190>
- ³ Kızılkaya, M., Atug, M. Opiniones de los familiares que cuidan a una persona mayor con la que viven sobre la discriminación por edad, la espiritualidad y la muerte en Turquía: un enfoque cualitativo. *J Relig Salud*. 2023; 62, 3095–3109. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01837-0>
- ⁴ Hajek, A., König, HH. Discriminación por edad percibida y resultados psicosociales durante la pandemia de COVID-19. *Arco Salud Pública* 82 , 69 (2024). <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01297-2>
- ⁵ Allen, JO, Elias, LK y Greenwood, JC Diferencias y disparidades en la discriminación por edad que afecta a los adultos mayores de EE. UU.: una revisión. *Curr Epidemiol Rep*, 2023. 10, 17–32. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00316-6>
- ⁶ Martínez-Angulo P, Muñoz-Mora M, Rich-Ruiz M, Ventura-Puertos PE, Cantón-Habas V, López-Quero S. "With your age, what do you expect?": Ageism and healthcare of older adults in Spain. *Geriatr Nurs*. 2023 May-Jun;51:84-94. [doi: 10.1016/j.gerinurse.2023.02.020](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.02.020)
- ⁷ Yaghoobzadeh, A., Asgari, P., Nasrabadi, A. N., Mirlashari, J., Navab, E. Explaining the process of formation of ageism among the Iranian older adults. *BMC psychology* 2023, 11(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01153-y>
- ⁸ Maurya, P., Sharma, P., & Muhammad, T. Prevalence and correlates of perceived age-related discrimination among older adults in India. *BMC public health*, 2022; 22(1), 561. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13002-5>

- ⁹ Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., Levy, B. R. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS one*, 2020; 15(1), e0220857.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
- ¹⁰ Da Silva, T., Lima, S. S. de E. ., Leite, K. de O. ., Silva, C. R. D. T., Carvalho, K. M. de ., de Moura Sá, G. G., Pereira, J. de C. N. . Ageismo e Estereótipos do Envelhecimento . *Revista Enfermagem Atual In Derme* 2024, 98(1), e024274.
<https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.98-n.1-art.2117>
- ¹¹ Brito Sosa, G., Iraizoz Barrios, A. M., García Mir, V., Santos Luna, J. A., León García, G. L. Á., Jaramillo Simbaña, R. M. Factors associated with the perception of discrimination: ageism and quality of life of the geriatric population from a bioethical approach]. *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas (Cordoba, Argentina)* 2023; 80(3), 221–238.
<https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n3.38107>
- ¹² Cruz, E. R. Q., Vargas, A. D., Mallqui, R. E. C., & Arias, J. L. B. (2025). Edadismo y el principio de igualdad en el mercado laboral peruano. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 9(1), 6691-6721.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16365
- ¹³ Luna-Solis, Ybeth, Vargas-Murga, Horacio, Perales Cabrera, Alberto, Agüero-Palacios, Ysela, Contreras-Pizarro, Carlos H., & de la Torre Castillo, Sara. (2024). Discriminación percibida y calidad de vida en población adulta de tres ciudades de la sierra peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 41(4), 392-398. Epub 22 de octubre de 2024.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2024.414.13615>
- ¹⁴ Prince-Torres, Ángel C. (2024). Discriminación por edad como ejercicio de la violencia contra las mujeres adultas mayores. *Mujer Y Políticas Públicas*, 2(2), 129–148. <https://doi.org/10.31381/mpp.v2i2.6023>
- ¹⁵ Arredondo Bastidas, M. R. (2021). La difícil situación de ser persona adulta mayor en el Perú en tiempos de pandemia. *UNIVERSITAS. Revista de*

Filosofía, Derecho y Política, (36), 23-53.
<https://doi.org/10.20318/universitas.2021.6197>

- ¹⁶ Global report on ageism. © World Health Organization, 2021. ISBN 978- 92-4-001686-6.
- ¹⁷ Zhao Y, Dupre ME, Qiu L, Gu D. Changes in perceived uselessness and risks for mortality: evidence from a national sample of older adults in China. *BMC Public Health*. 2017;17(1):561.
<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4479-1>.
- ¹⁸ Levy BR, Slade MD, Murphy TE, Gill TM. Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *JAMA*. 2012; 308(19):1972–3.
- ¹⁹ Levy B. Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current directions in psychological science*, 2009; 18 (6): 332–336.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- ²⁰ Lago, R. M., Singh, P. P., Nesto, R. W. Diabetes and hypertension. *Nature clinical practice. Endocrinology & metabolism*, 2007; 3(10), 667.
<https://doi.org/10.1038/ncpendmet0638>
- ²¹ Rahmaniah BI, Krisnatuti D. The perception of Ageism, Generativity, and the attainment of Developmental Tasks of Elderly Widowers and Widows in Bogor, West Java, Indonesia. *J Family Sci*. 2016; 1(1):1– 12. [doi: 10.29244/jfs.1.1.1-12](https://doi.org/10.29244/jfs.1.1.1-12).
- ²² Ayalon L. Perceived age discrimination: a precipitator or a consequence of depressive symptoms? *The Journals of Gerontology: Series B*. 2018; 73(5):860–9. [doi: 10.1093/geronb/gbw101](https://doi.org/10.1093/geronb/gbw101)
- ²³ HelpAge International España. Informe La discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud. 2023.
www.helpage.es. <https://www.helpage.es/helpage-international-espana-publica-el-informe-la-discriminacion-de-las-personas-mayores-en-el-ambito-de-la-salud/>

- ²⁴ CIDH (Comision Interamericana de Derechos Humanos) (2019), *Compendio sobre la igualdad y no discriminación. Estándares interamericanos* (OEA/Ser.L/V/II.171), Organización de Estados Americanos, Comision Interamericana de Derechos Humanos. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Compendio-IgualdadNoDiscriminacion.pdf>.
- ²⁵ OMS (Organizacion Mundial de la Salud), *Global report on ageism*, 2021 Ginebra, Suiza [en linea] <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-andhealthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>.
- ²⁶ Ribera Casado JM. *Dignidad de la persona mayor*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.01.003>.
- ²⁷ 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>
- ²⁸ Martínez-Arnau, F. M., López-Hernández, L., Castellano-Rioja, E., Botella-Navas, M., Pérez-Ros, P. Interventions to improve attitudes toward older people in undergraduate health and social sciences students. A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 2022; 110, 105269. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105269>
- ²⁹ Penny E. Discriminacion por la edad: Edadismo. Rev Soc Peru Med Interna 2024; 37(1): 7-8. <https://doi.org/10.36393/spmi.v37i1.841>
- ³⁰ Breuer E, Lee L, De Silva M, Lund C. Using theory of change to design and evaluate public health interventions: a systematic review. *Implement Sci* 2015; 11(1):63. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0422-6>.
- ³¹ Bergman YS, Bodner E. Ageist attitudes block young adults' ability for compassion toward incapacitated older adults. *International Psychogeriatrics*

41-1550. [doi:10.1017/S1041610215000198](https://doi.org/10.1017/S1041610215000198)

³² Burke, B. L., Martens, A., Faucher, E. H. Two Decades of Terror Management Theory: A Meta-Analysis of Mortality Salience Research. *Personality and Social Psychology Review* 2010; 14(2), 155-195. <https://doi.org/10.1177/1088868309352321>

³³ Makashvili, A., Vardanashvili, I., & Javakhishvili, N. Testing Intergroup Threat Theory: Realistic and Symbolic Threats, Religiosity and Gender as Predictors of Prejudice. *Europe's journal of psychology* 2018; 14(2), 464–484. <https://doi.org/10.5964/ejop.v14i2.1483>

³⁴ Pettigrew TF, Tropp LR. How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *Eur J Soc Psychol*. 2008; 38(6):922–34. <https://doi.org/10.1002/ejsp.504>

³⁵ Cohen, S. A., Greaney, M. L. Aging in Rural Communities. *Current epidemiology reports*, 2023; 10(1), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00313-9>

³⁶ Gekoski WL, Knox VJ. Ageism or healthism? Perceptions based on age and health status. *J Aging Health*. 1990; 2(1):15–27. <https://doi.org/10.1177/089826439000200102>

³⁷ James JW, Haley WE. Age and health bias in practicing clinical psychologists. *Psychol Aging*. 1995;10(4):610–6. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.10.4.610>.

³⁸ Martens A, Goldenberg JL, Greenberg J. A terror management perspective on ageism. *J Soc Issues*. 2005; 61(2):223–39. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00403.x>.

³⁹ Van Dussen DJ, Weaver RR. Undergraduate students' perceptions and behaviors related to the aged and to aging processes. *Educ Gerontol*. 2009;

35(4):342–57. <https://doi.org/10.1080/03601270802612255>

⁴⁰ Dykstra PA, Fleischmann M. Are societies with a high value on the Active Ageing Index more age integrated? In: Zaidi A, Harper S, Howse K, Lamura G, Perek-Bialas J, editors. Building evidence for active ageing policies. Singapore: Springer; 2018:19–37.

⁴¹ Cottle NR, Glover RJ. Combating ageism: change in student knowledge and attitudes regarding aging. *Educ Gerontol.* 2007;33(6):501–12. <https://doi.org/10.1080/03601270701328318>

⁴² Rosell J, Vergés A, Torres Irribarra D, Flores K, Gómez M. Adaptation and psychometric characteristics of a scale to evaluate ageist stereotypes. *Arch Gerontol Geriatr.* 2020; 90:104179. [doi: 10.1016/j.archger.2020.104179](https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104179)

⁴³ Allen, J. O., Solway, E., Kirch, M., Singer, D., Kullgren, J. T., Malani, P. N. The Everyday Ageism Scale: Development and Evaluation. *Journal of aging and health*, 2022; 34(2), 147–157. <https://doi.org/10.1177/08982643211036131>

⁴⁴ Murray, A. L., de la Fuente-Núñez, V. Development of the item pool for the 'WHO-ageism scale': conceptualisation, item generation and content validity assessment. *Age and ageing*, 2023; 52(4), iv149–iv157. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad105>

⁴⁵ Fraboni M, Saltstone R, Hughes S. The Fraboni Scale of Ageism (FSA): an attempt at a more precise measure of ageism. *Can. J. Aging* 1990; 9: 56–66

⁴⁶ Kutlu, Y., Kucuk, L., & Yildiz Findik, U. (2012). Psychometric properties of the Turkish version of the Fraboni Scale of Ageism. *Nursing & health sciences*, 14(4), 464–471. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00717.x>

⁴⁷ Khalvati M, Ghaderi Sanavi RA, Marouzi P, Rashedi V, Haghi M, et al.

Propiedades psicométricas de la versión persa de la Escala de edadismo. J Kermanshah Univ Med Sci. 2023; 27(3): e138794. <https://doi.org/10.5812/jkums-138794>

⁴⁸ Sampén Celis José Daniel, Varela Pinedo Luis Fernando, Díaz Vélez Cristian, Tello Rodríguez Tania, Ortiz Saavedra Pedro José. Validación de la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y evaluación de las Actitudes hacia el adulto mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial. Acta méd. peruana, 2012; 29 (3): 148-154. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000300004&lng=es.

⁴⁹ World Health Organization. Informe mundial sobre el edadismo. 2021. ISBN 978-92-4-001686-6 (electronic version). <https://doi.org/10.37774/9789275324455>.

⁵⁰ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores (LC/CRE.5/3), Santiago, 2022. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>

⁵¹ Mossey, J. M., Shapiro, E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American journal of public health*, 1982. 72(8), 800–808. <https://doi.org/10.2105/ajph.72.8.800>

⁵² Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M y Villalobos Dintrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? Rev Panam Salud Publica. 2022; 46: e34. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.34>

⁵³ Vern L. Bengtson, Frank J. Whittington, Del envejecimiento a la revolución de la longevidad: Robert Butler, pionero, *The Gerontologist*, 2014; 54, (6): 1064–1069, <https://doi.org/10.1093/geront/gnu100>

⁵⁴ Instituto Nacional de Estadística del Perú. Situación de la población adulta

mayor. 2022.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_1.pdf

⁵⁵ Shimizu, Y., Hashimoto, T. y Karasawa, K. Relación entre la evitación de enfermedades y las actitudes hacia las personas mayores. *Adv Gerontol* 2020; 12, 242–246.

<https://doi.org/10.1134/S2079057022030110>

⁵⁶ Nolan M. Ageism: what's in a word! *J Adv Nurs*. 2003; 41(1):8-9. [doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02546.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02546.x).

⁵⁷ Kang, H., Kim, H. Ageism and Psychological Well-Being Among Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology & geriatric medicine*, 2022; 8, 23337214221087023. <https://doi.org/10.1177/23337214221087023>

⁵⁸ Ungar, A., Cherubini, A., Fratiglioni, L., de la Fuente-Núñez, V., Fried, L., Krasovitsky, M. S., Tinetti, M., Officer, A., Vellas, B., Ferrucci, L. Carta of Florence against ageism. No place for ageism in health care. *European geriatric medicine*, 2024; 15(2), 285–290. <https://doi.org/10.1007/s41999-024-00938-7>

⁵⁹ Villalba, C. Abuelas cuidadoras: una Aportación para el Trabajo Social. Valencia: Tirant Lo Blanch. 2022. <http://hdl.handle.net/10272/112>

⁶⁰ Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin* 2011; 72 (1): 11-16. https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:ZNi3dG153h0J:scholar.google.com/&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2010&as_yhi=2024

⁶¹ Cabañero-Martínez, MJ, Cabrero-García, J., Richart-Martínez, M. y Muñoz-Mendoza, CL. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2008; 43 (5), 271–283. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)73569-8](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)73569-8)

- ⁶² Braga, L. S., Caiaffa, W. T., Ceolin, A. P. R., de Andrade, F. B., Lima-Costa, M. F. Perceived discrimination among older adults living in urban and rural areas in Brazil: a national study (ELSI-Brazil). *BMC geriatrics*, 2019;19(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1076-4>
- ⁶³ MH Le, C. Liu y J. Fu, "Análisis de los factores que influyen en el auto-edadismo en personas mayores vietnamitas", *Conferencia Internacional sobre la Teoría Difusa y sus Aplicaciones (iFUZZY)*, Kagawa, Japón, 2024, págs. 01-06, doi: [10.1109/iFUZZY63051.2024.10662876](https://doi.org/10.1109/iFUZZY63051.2024.10662876).
- ⁶⁴ Dahlke, S., Hunter, K. F. Harnessing nursing to diminish ageism. *International journal of older people nursing* 2022; 17(2), e12417. <https://doi.org/10.1111/opn.12417>
- ⁶⁵ Ibrahim, CN, Bayen, UJ Actitudes hacia el envejecimiento y los adultos mayores en la cultura árabe. *Z Gerontol Geriat*, 2019; 52 (3), 180–187 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01554-y>
- ⁶⁶ Donizzetti A. R. Ageism in an Aging Society: The Role of Knowledge, Anxiety about Aging, and Stereotypes in Young People and Adults. *International journal of environmental research and public health* 2019; 16(8), 1329. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081329>
- ⁶⁷ Ayalon, L., Tesch-Römer, C. Taking a closer look at ageism: self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European journal of ageing* 2017; 14(1), 1–4. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>
- ⁶⁸ Allen JO, Solway E, Kirch M, et al. Experiences of Everyday Ageism and the Health of Older US Adults. *JAMA Netw Open*. 2022;5(6):e2217240. [doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.17240](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.17240)
- ⁶⁹ Morcillo Muñoz, E., Solís Muñoz, M., Percepción del edadismo y la fragilidad en población ma-yor. *Conocimiento Enfermero* 2024; 24: 07-29. <https://doi.org/10.60108/ce.290>

⁷⁰ Neville, Stephen, et al. "An Integrative Review of the Factors Related to Building Age-friendly Rural Communities." *Journal of Clinical Nursing* 2016; 25 (17-18): 2402-2412, <https://doi.org/10.1111/jocn.13299>.

ANEXOS



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA ACADEMICO DE
ENFERMERÍA**

**PERCEPCION DEL EDADISMO EN POBLACION RURAL AMAZONICA:
FACTORES RELACIONADOS**

Instrucciones: Este instrumento se aplica al adulto mayor. El evaluador debe garantizar la confidencialidad y para ello, previamente debe obtener el consentimiento informado. La primera sección corresponde a la caracterización, salud percibida, morbilidad sentida y capacidad funcional y en la última parte la valoración de la percepción del edadismo

**I. CARACTERIZACION
SOCIODEMOGRÁFICA DEL CUIDADOR**

1. INFORMAL 	2. Sexo <table border="1"> <tr> <td>Masculino</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Femenino</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Masculino	☐	Femenino	☐												
Masculino	☐																
Femenino	☐																
3. <table border="1"> <tr> <td>Estado civil</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Soltero</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Conviviente</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Casado</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Estado civil	☐	Soltero	☐	Conviviente	☐	Casado	☐	4. Ocupación <table border="1"> <tr> <td>Ama de casa</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Trabajador dependiente</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Trabajador independiente</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Ama de casa	☐	Trabajador dependiente	☐	Trabajador independiente	☐		
Estado civil	☐																
Soltero	☐																
Conviviente	☐																
Casado	☐																
Ama de casa	☐																
Trabajador dependiente	☐																
Trabajador independiente	☐																
5. Escolaridad <table border="1"> <tr> <td>Sin instrucción</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Primaria</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Superior</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Sin instrucción	☐	Primaria	☐	Secundaria	☐	Superior	☐	6. Procedencia <table border="1"> <tr> <td>Maynas</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Loreto</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Ramon Castilla</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Daten del Marañón</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Maynas	☐	Loreto	☐	Ramon Castilla	☐	Daten del Marañón	☐
Sin instrucción	☐																
Primaria	☐																
Secundaria	☐																
Superior	☐																
Maynas	☐																
Loreto	☐																
Ramon Castilla	☐																
Daten del Marañón	☐																

II. SALUD PERCIBIDA

7. ESCALA SALUD AUTOPERCIBIDA DE VILLALBA	Bue na	Regular	Mala
¿Cómo siente su estado de salud en general?	2	1	0
¿En comparación con personas de su edad?	2	1	0
¿Si la compara con su estado hace un año?	2	1	0

III. MORBILIDAD SENTIDA

8. ¿Sufre de alguna enfermedad?	10. ¿Padece de alguna de las siguientes enfermedades?																				
<table border="1"> <tr><td>Si</td><td></td></tr> <tr><td>No</td><td></td></tr> </table>	Si		No		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr><td>Hipertensión</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Asma</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Artrosis</td><td></td><td></td></tr> </table>			Si	No	Hipertensión			Diabetes			Asma			Artrosis		
Si																					
No																					
	Si	No																			
Hipertensión																					
Diabetes																					
Asma																					
Artrosis																					
9. Si la respuesta es afirmativa. ¿Desde cuándo?																					
10.																					

IV. CAPACIDAD FUNCIONAL

Le voy a leer la lista de las actividades, después dígame si las puede realizar sin ayuda (SA), con alguna ayuda (AA) o con total ayuda (TA)			
ACTIVIDADES BÁSICAS (ABVD): TEST DE KATZ			
Puede usted:			
1. ¿Lavarse y bañarse?			
2. ¿Vestirse y desvestirse?			
3. Ir al baño: ¿Llega a tiempo, se limpia y se coloca la ropa?			
4. ¿Levantarse y acostarse de la cama?			
5. ¿Puede Ud. comer sus alimentos?			
6. ¿Subir, bajar gradas y caminar dentro de la casa?			
7. ¿Controlar la orina y defecación?			
0 – 2	= Dependiente	()	3 –
14	= Independiente	()	
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES (AIVD): TEST DE LAWTON			
Puede usted:			
1. Realizar tareas domésticas: limpiar, ordenar, barrer, hacer las camas, arreglar y lavar ropa o cocinar.			
2. Realizar las compras cerca de la casa (ir al mercado, etc.).			
3. Usar la movilidad (viaja en micro, taxi a lugares cercanos).			
4. Usar la movilidad (viaja en ómnibus, taxi a lugares distantes)			
5. Controlar su dinero (cambiar dinero, ahorra y paga cuentas).			
6. Tomar sus medicinas (nombre, hora, cantidad).			
0 – 2	= Dependiente	()	
12	= Independiente	()	

V. ESCALA DE FRABONI

Ítem	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1) Es mejor que las personas mayores vivan donde no molesten a nadie.				
2) Las personas mayores no necesitan utilizar los juzgados de nuestra comunidad.				
3) A veces evito el contacto visual con las personas mayores cuando las veo.				
4) Sentirse deprimido es probablemente un sentimiento común cuando estás rodeado de personas mayores				
5) Las conversaciones complejas e interesantes son algo que no se puede esperar de las personas mayores.				
6) No me gusta cuando las personas mayores intentan hablar conmigo				
7) La mayoría de las personas mayores no cuidan bien su higiene personal				
8) A la mayoría de las personas mayores no se les debería confiar el cuidado de los niños				
9) La mayoría de las personas mayores pueden ser molestas porque cuentan las mismas historias una y otra vez				
10) El suicidio de adolescentes es más trágico que el de personas mayores				
11) Muchas personas mayores sólo viven en el pasado				
12) Las personas mayores se quejan más que el resto de la gente				
13) Muchas personas mayores no están interesadas en hacer nuevos amigos, prefieren el círculo de amigos que han tenido a lo largo de los años				
14) Preferiría no ir a una fiesta organizada por una asociación de personas mayores si me invitaran.				
15) Personalmente no me gustaría pasar mucho tiempo con una persona mayor.				

16) Es triste oír hablar de la deplorable situación de las personas mayores en nuestra sociedad actual				
17) Muchas personas mayores				
18) Las personas mayores son únicas, singulares				
19) Las personas mayores deberían sentirse bienvenidas en las reuniones sociales de los jóvenes				
20) La compañía de la mayoría de las personas mayores es bastante agradable				
21) Hay que animar a las personas mayores a hacer reivindicaciones políticas				
22) La mayoría de las personas mayores son personas interesantes, individualistas.				
23) A mí personalmente no me gustaría pasar mucho tiempo con una persona mayor				
24) Debería haber clubes especiales dentro de las instalaciones deportivas para que las personas mayores puedan competir a su propio nivel				
25) Las personas mayores merecen los mismos derechos y libertades que otros miembros de nuestra sociedad				
26) A la mayoría de las personas mayores no se les debería permitir renovar sus licencias de conducir.				
27) Las personas mayores pueden ser muy creativas				
28) Preferiría no vivir con una persona mayor				
29) Las personas mayores no necesitan mucho dinero para cubrir sus necesidades				

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	INSTRUMENTO
Percepción del edadismo en adultos mayores de una población rural amazónica: factores relaciona dos	¿Cuáles son los factores relacionados a la percepción del edadismo en adultos mayores de una población rural amazónica?	Establecer los factores relacionados a la percepción del edadismo en adultos mayores de una población rural amazónica Objetivos específicos - Identificar los factores sociodemográficos del adulto mayor de una población rural amazónica: edad, sexo, estado civil, ocupación, grado de instrucción. - Identificar la salud percibida, morbilidad sentida, tiempo de enfermedad, diagnóstico médico, comorbilidad, - Valorar la capacidad funcional del adulto mayor de una población rural amazónica - Identificar la percepción del edadismo del adulto mayor de una población rural amazónica - Relacionar los factores sociodemográficos, salud percibida y capacidad funcional con la percepción del edadismo del adulto mayor de una población rural amazónica	Hipótesis alterna: Algunos factores sociodemográficos, salud percibida y capacidad funcional tienen relación estadística significativa con la percepción del edadismo del adulto mayor de una población rural amazónica Hipótesis nula: 0 Algunos factores sociodemográficos, salud percibida y capacidad funcional no tienen relación estadística significativa con la percepción del edadismo del adulto mayor de una población rural amazónica	Observación al, prospectivo, transversal	Población estará conformada por el total de adultos mayores que residen en el Centro Poblado Progreso del Distrito de Belén, jurisdicción de la Red de 06 octubre, Belén de Iquitos Muestra: 100 adultos residentes en el Centro poblado Progreso	Cuestionario característic as sociodemográficas Test de salud percibida de Villalba Test de Katz Test de Lawton Escala de Fraboni