

PUNTO DE VISTA

Título completo

Estereotipos negativos asociados a la fragilidad en personas mayores

Negative stereotypes associated with frailty in the elderly

Introducción

La historia de la utilización del término “frágil” y “fragilidad” por las ciencias médicas datan de la década de 1950, cuando se usó para caracterizar una población de personas mayores de 65 años que requerían la programación de camas hospitalarias en Bristol, Inglaterra.¹ En 1979 Vaupel y col fueron los primeros en utilizar el término “fragilidad” como un factor relacionado con mayor riesgo de mortalidad.² Actualmente la definición exacta de fragilidad por la geriatría y gerontología es todavía un tópico en discusión; un reciente consenso publicado en el 2013 lo define como "un síndrome médico con múltiples causas y factores contribuyentes y que se caracteriza por disminución de la fuerza, la resistencia, y la reducción de la función fisiológica que aumenta la vulnerabilidad de un individuo de desarrollar una mayor dependencia y / o la muerte."³ La definición operacional del fenotipo de la fragilidad se fundamenta en la evaluación de 5 dominios (evaluación nutricional, energía, actividad física, movilidad, fuerza muscular), para cada uno de los dominios se ha establecido 5 criterios (pérdida de peso, baja resistencia al esfuerzo, baja actividad física, velocidad de la marcha, fuerza de prensión); con dichos criterios se identifica un fenotipo de fragilidad.⁴ Existen otras definiciones de fragilidad, los cuales se caracterizan por agregar a los dominios mencionados, otros como cognición, estado de ánimo, apoyo social, estado nutricional

entre otros.⁵ Una definición operacional alternativa de la fragilidad es el denominado índice de fragilidad (propuesto y validado por Rockwood et al del canadian Study of Health and Aging); este instrumento se basa en una evaluación geriátrica integral e identifica a la fragilidad como un marcador de déficits.^{6,7} Recientemente, se ha propuesto definir la fragilidad teniendo como referencia la definición de salud.⁸ El paradigma de la fragilidad actualmente ha sobrepasado el contexto geriátrico y gerontológico, así, en las especialidades quirúrgicas (cardíaca, torácica, vascular y digestiva),^{9,10} se le reconoce como un buen predictor de complicaciones postoperatorias; en oncología el “espectro fortaleza-fragilidad” es un instrumento excelente para la selección para la intervención terapéutica adecuada en cáncer.¹¹ Se ha pronosticado que en el futuro, la especialidad de geriatría no será definida por la edad del individuo sino por la fragilidad.¹²

El término “fragilidad”, actualmente está omnipresente en el discurso geriátrico y gerontológico, los estudios y publicaciones al respecto son muy numerosos; investigando en la Base de Datos Medline hasta 2 de noviembre del 2015, arroja 11393 artículos al respecto.¹³ A pesar de la inmensa producción científica sobre este tópico, pocos son los estudios que han indagado sobre su significado y percepción del término “fragilidad” por parte de los pacientes, sus cuidadores y la población en general. El presente trabajo tiene el objetivo de revisar si el uso del término “fragilidad”, puede tener consecuencias negativas no intencionadas especialmente en los pacientes catalogados como tal y propiciar estereotipos negativos sobre el envejecimiento (creencias sobre personas mayores como una categoría o etiqueta)¹⁴ en el público lego en la materia. Se debe anotar que la discusión del presente trabajo, es

exclusivamente del término como tal, sin entrar en detalles de la conceptualización que el término tiene actualmente en la comunidad científica médica.

El término “fragilidad” como auto-estereotipo negativo para la persona mayor

El término “frágil” y “fragilidad” (del latín *fragilis*, quebrar o romperse, sufijo *ilis* indica posibilidad pasiva) según el diccionario de la Real Academia Española, es un adjetivo que significa quebradizo y que con facilidad se hace pedazos, débil, que puede deteriorarse con facilidad, caduco y percedero.¹⁵ El término “fragilidad”, aplicado a una persona mayor, utilizados por medios de difusión masiva o comunicado al paciente sin una explicación detallada, no funciona como palabra de percepción positiva, por el contrario suele tener una connotación negativa. Estudios socio psicológicos han evidenciado que la utilización de términos negativos asociados a personas mayores, puede tener efecto adversos para esta población. Estos términos primero se constituyen en estereotipos y luego pasan a ser auto-estereotipos (estereotipo internalizado en la persona mayor). La psicología social ha clasificado a este fenómeno dentro del *ageísmo implícito*, término que cubre los estereotipos relacionados con la edad (ideas sobre atributos o conductas de la persona mayor que existen y operan sin la percepción consciente, intención o control) y sus prejuicios.¹⁶

La exposición a auto-estereotipos negativos actúa como estresores directos y puede contribuir a resultados adversos cardiovasculares. Levy y col de la Escuela de Medicina de Yale, estudió el efecto de los auto-estereotipos negativos y positivos sobre la fisiología cardiovascular (frecuencia cardiaca, presión arterial y conductancia de la piel); los expuestos de estereotipo negativos (palabras como Alzheimer,

confundido, decadencia, decrepito, demencia, dependiente, enfermedades) demuestran mayor respuesta autonómica comparado con los expuesto a estereotipos positivos (palabras como: logrado, asesorar, alerta, astuto, creativo, inteligente, orientación); este efecto no se presenta en los pacientes jóvenes.¹⁷ Debe recordarse que la “amenaza del estereotipo” no funciona porque la persona internaliza dicho estereotipo, sino porque puede convertirse en una potencial frustración, ejerciendo un poder de presión para mejorar su rendimiento.¹⁸ Por otro lado, se ha estudiado el impacto de los estereotipos de la edad (positivos y negativos) sobre el funcionamiento físico y cognitivo, evidenciándose que existe un efecto denominado estereotipo de coincidencia, es decir, la exposición a estereotipos negativos sobre la función física o cognitiva, posteriormente coincide con la afectación en los resultados de la evaluación física o cognitiva, respectivamente.¹⁹ Adicionalmente, se investigó la influencia de la auto-percepción positiva del envejecimiento en la longevidad, encontrando que la sobrevivencia de personas con mas autopercepciones positivas del envejecimiento y de aquellas con mas autopercepciones negativas fueron 22.6 y 15 años, respectivamente ($p < 0.001$). Todos estos resultados dan la impresión de la existencia de un efecto de “profecías autocumplidas”, asociados con estereotipos relacionados con el envejecimiento.¹⁹

Un reciente estudio metaanalítico sobre los efectos sobre la salud de los estereotipos negativos y positivos relacionados con la edad sobre la conducta de las personas mayores, analizó 25 investigaciones realizados hasta el año 2010.²⁰ La metodología utilizada para el estudio de los estereotipos fue el primado (*priming*), procedimiento en cual en su primera fase se expone a determinados estímulos (Ejemplo: palabras de connotación negativa sobre envejecimiento), luego en la segunda

fase se observa su influencia sobre la respuesta a otros estímulos o tareas (ejemplo: fuerza muscular, memoria, etc). El hallazgo más importante de este estudio metaanalítico fue que los estereotipos negativos relacionados con la edad, tienen efectos adversos sobre el rendimiento en los estudios de evaluación de las personas mayores. En forma específica, los estereotipos negativos relacionados con la edad, influyeron significativamente en los resultados de la evaluación de la memoria (memoria visuoespacial, aprendizaje, metamemoria, memoria a largo plazo, memoria auditiva, entre otros), evaluación psicomotora (habilidades motoras gruesas y finas como velocidad de la marcha, escritura), parámetros fisiológicos (presión arterial, conductancia de la piel y frecuencia cardíaca) y aspectos sociales (autopercepción y *peer-perceptions*).²⁰ En la tabla 1 se anota otros estudios sobre este tema publicados después del año 2010, todos los cuales confirman los hallazgos descritos.²¹⁻²⁴. Otra vertiente de investigación sobre este tema, son los hallazgos que evidencian que la aceptación o convencimiento que la edad trae consigo la dependencia, es un buen predictor de fragilidad en un plazo de 5 años.²⁵

El término “fragilidad” desde la perspectiva del paciente

Existen tres estudios cualitativos sobre la perspectiva de las personas mayores con la calificación y uso del término “Frágil” o “Fragilidad” (“*Frail*” o “*frailty*” en inglés). La primera investigación estudió 60 pacientes americanos catalogados como frágiles (rango de edad entre 70 y 93 años de edad), encontrando un rechazo enérgico de los pacientes a la palabra “frágil” como descriptor de su estado o su aplicación para su caso específicamente; por otro lado el 83% de los cuidadores también expresaron un vehemente rechazo al término aplicado a sus pacientes. Las razones esbozadas por

los pacientes y cuidadores para rechazar el calificativo de “frágil” a su persona, fueron que el término describía a: “una persona pequeña, muy débil que hasta el viento puede derribarlo”, estar enfermo, necesitar de silla de ruedas, requerir de constante cuidado o “tener huesos quebradizos”. Otra de las razones del rechazo fue que el término “frágil” es una calificación “total” que “perjudica” a los pacientes que solo tienen algunas “partes” frágiles, describen el caso de un paciente con enfermedad de Alzheimer, pero que “físicamente está saludable”.²⁶

El segundo estudio cualitativo fue con pacientes canadienses a los cuales se les solicitó su opinión de término “fragilidad” (Ver en la tabla 2 esta la descripción literal hecha por los pacientes).²⁷ Las descripciones que hicieron los pacientes del término fragilidad fueron de tres tipos. Primero, el término “fragilidad” en este grupo de personas mayores evocaba a una forma de descripción de estados físicos y de salud, una “persona mayor frágil” significa que es débil, pequeña, incapaz de mantenerse sobre sus pies o aquel que puede romperse los huesos fácilmente. Segundo, otra forma de percibir el término “fragilidad” estuvo relacionado con experiencias de vulnerabilidad y presunción social negativa; el término evocaba una percepción negativa de la persona, la cual podía ser descrita como que es incapaz de hacer las cosas, no ser fuerte ni responsable; adicionalmente podía describir desamparo (“... estar a merced de su cuidadora”), lástima e irresponsabilidad (“no comer bien”). En el estudio se hace referencia a un temor de los pacientes al término “frágil” por la implicancia legal que pudiera tener la palabra, de la posibilidad de negarle su estado de competencia e independencia. La tercera forma de describir el término fue relacionándolo a eventos críticos como una enfermedad grave (descartaban su relación a la edad), estar preparándose para la muerte o simplemente estar “consumido o desgastado” (“*worn*

out²⁷). Otra de las conclusiones importantes del estudio fue que los pacientes reconocen que el término fragilidad, es realmente un constructo social (...”no es algo que tú dices acerca de ti... es algo que otros dicen sobre ti...”) que no solo describe un estado físico, de salud o experiencias difíciles (muerte, discapacidad, enfermedad), si no también emite juicios con connotaciones negativas sobre la minusvalía y dependencia.²⁷ Resulta interesante recordar que de acuerdo a la teoría de la construcción social, muchas de las formas como entendemos la vida, es el resultado de la historia o es circunstancial y en gran parte creado por la sociedad en un momento histórico. Bajo el enfoque sociológico la conceptualización de fragilidad es un constructo social de la cultura occidental²⁸, que formaría parte fundamental en la construcción de la cuarta edad como categoría social, el rol y la identidad de la medicina geriátrica.²⁹

El tercer estudio cualitativo fue realizado con 10 personas mayores frágiles del Reino Unido,³⁰ donde se evidencia similares hallazgos que los dos estudios anteriores (ver tabla 2), es decir, existe una diferencia clara entre los que los profesionales de la salud conceptúan el término “fragilidad” y la percepción de los personas a las que se definen como tales; aunque hacen notar que este conflicto se debería al hecho que es más fácil reconocer la fragilidad en otras personas que aceptar en uno mismo esta condición.

De acuerdo a los estudios mencionados arriba, es posible concluir que la utilización lingüística del término “frágil”, lleva a un serio conflicto entre el concepto médico de esta palabra y lo experimentado por el paciente al ser aplicado a su persona. Según la percepción de los pacientes el término “frágil”, tiene connotaciones negativas, cuyas características se describen a continuación. Primero, el constructo médico califica exclusivamente lo físico y observable, obviando la sensación subjetiva del

paciente. Segundo, hace que los pacientes mayores se preocupen más por las consecuencias de los cambios relacionados con envejecimiento que por los cambios en sí mismos. Tercero, el término trae a la mente otros sinónimos o palabras de significado igualmente negativo, dependencia, endeble, débil, delicado o lástima; reforzando la idea occidental de una valoración social negativa que se da a la pérdida de la independencia. Cuarto, los pacientes temen que el término tenga implicancia en la selección de pacientes para intervenciones terapéuticas, en un sistema de salud cada vez con menos recursos económicos, exponiéndolos a competir por dichos recursos.²⁷

Los hallazgos de efectos adversos asociados a la utilización lingüística del término “Fragilidad”, llevan a plantear propuestas para prevenirlas o mitigar dichos efectos. Las iniciativas podrían clasificarse en dos principales: difusión en la población general de la acepción médica real del término “frágil” y otra medida –un tanto radical– sería iniciar la búsqueda de otro término más neutral y que potencialmente no genere los efectos adversos. La primera estrategia, es insistir a la comunidad en general que el objetivo esencial de la investigación y detección de fragilidad, es la prevención. Adicionalmente es posible hacer notar que no necesariamente el término “frágil”, denota algo negativo, también puede significar, “algo que requiere cuidado especial”. La segunda estrategia es mucho más difícil, un cambio en la denominación de un término tan extendido como fragilidad, hace complicado su planteamiento; a pesar de ello se podría cambiar por el término de “trastorno de la fortaleza de la persona mayor” u otro término más neutral y técnico. Por otro lado, existen ejemplo ilustrativos como el término “demencia” que recientemente fue cambiado por “trastorno neurocognitivo mayor”, por la Asociación Psiquiátrica Americana en su 5ta edición del *Manual*

*diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V).*³¹

En conclusión, existe un serio conflicto entre la conceptualización biomédica del término fragilidad y su significado para el paciente y el público en general, en perjuicio precisamente de los pacientes a los que se quiere ayudar. Según estudios sociales y psicológicos, la utilización de término “fragilidad” puede influir negativamente en la evaluación psicológica, social y física de las personas mayores, adicionalmente existe un rechazo de los pacientes y cuidadores a ser catalogados como dicho término. Para el diseño de estrategias de intervención es importante entender que el problema analizado es parte de uno más amplio: todo factor que contribuya al efecto de las “profecías autocumplidas”, puede ser factor de riesgo de fragilidad; al extremo que el creer firmemente que la discapacidad está relacionado con la edad, es un factor de riesgo en sí mismo, por lo tanto, no debe sorprendernos concluir que modificar esta creencia o tratar de evitar su reforzamiento, puede ser parte de una estrategia para prevenir fragilidad.²⁵

Referencias

1. Anonymous. Elderly chronic. Br Med J. 1953; 21:1
2. Vaupel JW, Manton KG, Stallard E. The impact of heterogeneity in individual frailty on the dynamics of mortality. Demography. 1979;16:439-54.
3. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013;14:392-7.
4. Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, et al. Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based

- consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013;68:62-7.
5. de Vries NM, Staal JB, van Ravensberg CD, Hobbelen JS, Olde Rikkert MG, Nijhuis-van der Sanden MW. Outcome instruments to measure frailty: a systematic review. Ageing Res Rev. 2011;10:104-14.
 6. Cesari M, Gambassi G, van Kan GA, Vellas B. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. Age Ageing. 2014;43:10-2.
 7. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005;173:489-95.
 8. Boers M, Cruz Jentoft AJ. A New Concept of Health Can Improve the Definition of Frailty. Calcif Tissue Int. 2015;97:429-31
 9. Bagnall NM, Faiz O, Darzi A, Athanasiou T. What is the utility of preoperative frailty assessment for risk stratification in cardiac surgery? Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2013;17:398-402.
 10. Lasithiotakis K, Petrakis J, Venianaki M, Georgiades G, Koutsomanolis D, Andreou A, et al. Frailty predicts outcome of elective laparoscopic cholecystectomy in geriatric patients. Surg Endosc. 2013;27:1144-50.
 11. Romero-Ortuno R, O'Shea D. Fitness and frailty: opposite ends of a challenging continuum! Will the end of age discrimination make frailty assessments an imperative?. Age Ageing. 2013;42:279-80.

12. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. Clin Geriatr Med. 2011;27:17-26
13. Pubmed. Ingresado el 2 noviembre 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=frail>
14. Levy B, Langer E. Aging free from negative stereotypes: successful memory in China and among the American deaf. J Pers Soc Psychol. 1994;66:989-97
15. Diccionario de la Real Academia Española. Ingresado el 6 de noviembre del 2015. <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
16. Levy, BR.; Banaji, MR. Implicit ageism. En: Nelson, T., editor. Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press; 2002. p. 49-75
17. Levy BR, Hausdorff JM, Hencke R, Wei JY. Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2000;55:P205-13.
18. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. J Pers Soc Psychol. 2002 Aug;83:261-70.
19. Levy BR, Leifheit-Limson E. The stereotype-matching effect: greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. Psychol Aging. 2009;24:230-3.
20. Meisner BA. A meta-analysis of positive and negative age stereotype priming effects on behavior among older adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2012;67:13-7.

21. Levy BR, Zonderman AB, Slade MD, Ferrucci L. Memory shaped by age stereotypes over time. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2012;67:432-6
22. Levy BR, Slade MD, Murphy TE, Gill TM. Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. JAMA. 2012;308:1972-3
23. Swift HJ, Lamont RA, Abrams D. Are they half as strong as they used to be? An experiment testing whether age-related social comparisons impair older people's hand grip strength and persistence. BMJ Open. 2012;2. pii: e001064.
24. Miller SS, Gordon AR, Olsson MJ, Lundström JN, Dalton P. Mind over age--stereotype activation and olfactory function. Chem Senses. 2013;38:167-74.
25. St John PD, Montgomery PR. Acceptance of disability and the risk of frailty. Can Geriatr J. 2013;16:105-10.
26. Higby, Helen R. The Characterization of Frailty in the Elderly: Perceptions of Older Adults and Their Primary Caregivers. 2001. Tesis Doctoral.
27. Grenier A. Constructions of frailty in the English language, care practice and the lived experience. *Ageing and society*. 2007; 27: 425-446.
28. Pickard S. Frail bodies: geriatric medicine and the constitution of the fourth age. Sociol Health Illn. 2014;36:549-63.
29. Richardson S, Karunanathan S, Bergman H. I May Be Frail But I Ain't No Failure. Can Geriatr J. 2011;14:24-8
30. Kings Fund. Understanding the Lives of Older People Living with Frailty. A Qualitative Investigation. Age UK, UK; 2014.
31. Blazer D. Neurocognitive disorders in DSM-5. Am J Psychiatry. 2013;170:585-7.

Tabla 1

Estudios sobre los Efectos de los auto- estereotipos negativos relacionados con el envejecimiento

Autor (año) y país.	Población, diseño del estudio y metodología	Objetivo	Resultados
<u>Levy</u> <u>BR, Zonderman</u> <u>AB, Slade</u> <u>MD, Ferrucci</u> <u>L. (2012).</u> ⁽²¹⁾ USA	Paciente de la cohorte: Baltimore Longitudinal Study of Aging (BLSA), 38 años de seguimiento. Instrumento de evaluación: Attitudes toward Old People scale (ATOP)	Influencia de los estereotipo negativo del envejecimiento sobre la memoria.	La declinación de la memoria fue mayor en pacientes con mas estereotipos negativos del envejecimiento, especialmente en aquellos con auto estereotipos auto-relevantes (efecto de “profecías autocumplidas” sobre la memoria)
<u>Levy BR, Slade</u> <u>MD, Murphy</u> <u>y TE, Gill</u> <u>TM</u> (2012). ⁽²²⁾ USA	-Evaluación de 598 personas mayores de 70 años. -Medición de actividades de la Vida Diaria. -Pregunta de estereotipo de edad: “Cuando Ud piensa en personas mayores, cual son las primera 5 palabras o	Asociación entre los estereotipos positivos sobre la edad y la recuperación de la discapacidad de personas mayores	Las personas mayores con estereotipos de edad positivos fueron 44% mas probable que se recuperaran de una severa discapacidad que aquellos con estereotipos negativos.

	frases que le vienen a la mente?".		
Swift, Hannah J. y col, (2012). ⁽²³⁾ Reino Unido.	-estudio randomizado de 56 personas con media edad de 82.25 años. -Medición de fuerza de prensión manual y persistencia de prensión medido con un cronometro, con o sin comparación con personas jóvenes	Influencia del estereotipo negativo sobre fuerza muscular en el rendimiento de personas mayores	La comparación de edades crea una amenaza de estereotipos que reduce la fuerza muscular por encima del 50% del rango normal en la relación con la edad.
<u>Miller SS, Gordo n AR, Olsson MJ, Lundström JN, Dalton P.</u> (2013). ⁽²⁴⁾ USA.	Evaluación de 76 personas jóvenes (media de edad: 26 años) -Metodología: <i>priming</i> de estereotipos relacionados con la edad.	Influencia de los estereotipo negativo del envejecimiento sobre la función olfativa (sensibilidad, discriminación, identificación, intensidad, agradabilidad y familiaridad), velocidad de la marcha y recuerdo de palabras,	Los estereotipos negativos del envejecimiento disminuyen la velocidad de la marcha y recuerdo de palabras; sin embargo no influyen sobre la función olfativa.
St John	Análisis secundario de un	Asociación con fragilidad	La aceptación de la

<p>PD, Montgomer y PR (2013). Canada.²⁵</p>	<p>estudio de cohorte prospectivo de 1.751 adultos(>64 años edad) residentes.</p>	<p>en periodo de seguimiento de 5 años de aceptación de relación entre la edad y la discapacidad. Pregunta analizada:"Al llegar a mi edad, tienes que aceptar un cierto grado de malestar y discapacidad física"</p>	<p>discapacidad como parte del envejecimiento se asocia fuertemente con la fragilidad en el tiempo 1; el Odds Ratio ajustadas (OR) y el intervalo de confianza del 95% (IC) fue de 1,47 (1,25, 1,72) y esta asociación persistió después de ajustar por factores de confusión.</p>
--	--	--	--

Tabla 2

Percepciones y expresiones de los pacientes adultos mayores sobre el término “fragilidad”

1. *“...es alguien que se puede romper los huesos.....cuando caminan lo hacen en forma insegura sobre sus pies... una persona pálida... alguien que no puede cuidarse por sí mismo.”*
2. *“... son personas pequeñas y flacas.. caminas de puntillas... son muy pobres y comen muy mal..”*
3. *“alguien que no es fuerte... que no tiene buenos recursos emocionales... que necesidad de los demás para su cuidado..”*
4. *“Es cuando estás enfermo... no puede caminar por tus propios medios... no puede comer por sí solo. Pienso que no tienen nada que ver con la edad. Cuando tu cuerpo se desgasta: entonces tus eres frágil”.*
5. *“.. cuando necesitas un andador para caminar...”*
6. *“cuando me miro al espejo digo “ tu eres tan viejo y tan frágil”, uno se ve cansado y débil.... No puedo hacer mi propia cama, ni lavar los platos...”*
7. *..”no es algo que tú dices acerca de ti... es algo que otros dicen sobre ti...”*
8. *...”es una manera de decir ...”*
9. *“....realmente es una descripción de una persona, que como ella misma es una persona muy robusta, o una persona muy gorda, (dice)....(señalando a la otra persona)... ella es muy frágil. ... Puedo señalar a usted todas las personas frágiles cuando los veo.”*
10. *“Para mí, una persona frágil es alguien como un esqueleto que no se puede*

mover." "...cuando mi esposa salió del hospital... Según el informe, (se trataba de)...una anciana frágil de 88 '. Yo dije que esto es mentira! Ella tiene más fuerza de voluntad y determinación en su cuerpo que nadie que haya conocido! "

11. "¿Ud piensa que soy frágil?" - "Yo no lo creo, lo seré? Bien. Depende donde se inicia lo frágil. ¿Es desde el momento en que empiezo a tocar esto [toca el bastón] que uno se convierte en frágil? No pienso así.

1 al 9: Traducido de: Grenier A. Constructions of frailty in the English language, care practice and the lived experience. *Ageing and society*. 2007; 27.3: 425-446.

10 y 11: Traducido de: Kings Fund. Understanding the Lives of Older People Living with Frailty. A Qualitative Investigation. Age UK, UK; 2014.