



Esta publicación está bajo una
licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial 4.0
Internacional (CC BY-NC 4.0).

FloreCIMIENTO y fragilidad en personas mayores: Evidencias de diferencia de género

Flourishing and Frailty in Older Adults: Evidence of Gender Differences

María de la Paz Pereyra

 <https://orcid.org/0009-0005-1101-3557>

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología, Mar del Plata-Argentina, pazpereyra3@gmail.com

Florencia Aldana Ferreyra

 <https://orcid.org/0000-0003-2028-7638>

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología, Mar del Plata-Argentina, florenciaferreyra.psi@gmail.com

Claudia Josefina Arias

 <https://orcid.org/0000-0003-2154-187X>

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología, Mar del Plata-Argentina, cjarrias@mdp.edu.ar

 <https://doi.org/10.62325/10.62325/yachana.v15.n1.2026.1035>

Fecha de recepción:
10/10/2025

Fecha de aprobación:
27/01/2026

Fecha de publicación:
31/01/2026

Resumen

El envejecimiento poblacional es una tendencia global. En este contexto, es esencial profundizar el conocimiento sobre las problemáticas propias de la vejez avanzada y su impacto en el bienestar. El florecimiento es un constructo multidimensional, que abarca el bienestar psicológico, social y emocional. El presente estudio tuvo como objetivo explorar la presencia de fragilidad en personas mayores de edad avanzada en Argentina y su relación con el florecimiento, considerando las diferencias de género. Se trabajó con un diseño no experimental, transversal y correlacional. Se seleccionó una muestra de 100 personas de 80 a 95 años de la ciudad de Mar del Plata (50% de género femenino y 50% de género masculino). Se le administró un cuestionario sociodemográfico, la Escala Clínica de Fragilidad y la Escala de Flo-

recimiento Multidimensional. Respecto al estatus de fragilidad, el 34% fueron evaluados como frágiles. A su vez, se observa una asociación significativa con el género, con una mayor incidencia en el género femenino. Las personas no frágiles presentaron niveles más elevados en el florecimiento global, así como en sus dimensiones de bienestar psicológico y emocional, sin diferencias significativas en relación al bienestar social. Al comparar por género, se observa que la fragilidad se asoció con menor bienestar psicológico en el género masculino y con menor bienestar emocional en el femenino. Los hallazgos apoyan el carácter multidimensional de la fragilidad y la necesidad de incorporar perspectivas sensibles al género que promuevan el florecimiento y la calidad de vida en la vejez avanzada.

Palabras clave: bienestar, vejez, gerontología.

Abstract

Population aging is a global trend. In this context, it is crucial to deepen the understanding of the specific characteristics of advanced old age and their impact on the well-being. Flourishing is a multidimensional construct that encompasses psychological, social, and emotional well-being. The present study aimed to explore the presence of frailty in older-old adults in Argentina and examine its relationship with flourishing, considering gender differences. A non-experimental, cross-sectional, and correlational design was used. The sample consisted of 100 adults aged 80 to 95 years from the city of Mar del Plata (50 men and 50 women). Participants completed a sociodemographic questionnaire, the Clinical Frailty Scale, and the Multidimensional Flourishing Scale. Thirty-four percent of participants showed some degree of frailty. A significant association was found between frailty and gender: women showed a higher incidence of elevated frailty levels. Non-frail individuals reported higher scores in global flourishing and in its psychological and emotional well-being dimensions, with no significant differences in social well-being. When comparing by gender, frailty was associated with lower psychological well-being among men and lower emotional well-being among women. These findings support the multidimensional nature of frailty and highlight the need to incorporate gender-sensitive perspectives that promote flourishing and quality of life in advanced old age.

Keywords: well-being, old age, gerontology.

Introducción

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que conlleva cambios estructurales en la conformación de las sociedades (United Nations, 2022). A nivel global, la expectativa de vida al nacer alcanzó los 73,3 años y se espera que continúe en aumento (Naciones Unidas, 2024), por lo que cada año más personas alcanzan y transitan la vejez avanzada. Esta tendencia presenta diferencias por género a nivel mundial. La expectativa de vida de las mujeres superó a la de los hombres por 5,4 años (United Nations, 2022). En Argentina, el censo de 2022 informó 140 mujeres cada 100 varones en el grupo de mayores de 65 años, y 228 mujeres cada 100 varones en el grupo de 85 años y más (INDEC, 2023).

Múltiples organismos internacionales se han pronunciado sobre la importancia de ampliar los conocimientos existentes sobre esta etapa vital cuya proporción crece en

forma exponencial en todo el mundo. La Década del Envejecimiento Saludable es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud que orienta a organizaciones de la sociedad a contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (OMS, 2020).

El envejecimiento saludable es entendido como un proceso que abarca toda la vida, e implica fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar (OMS, 2015). En ese sentido, se articula con los Objetivos de Desarrollo Sostenible postulados por la Organización de Naciones Unidas en 2015, entre los cuales, el número 3, sobre Salud y Bienestar, propone garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (Naciones Unidas, s.f.)

A su vez, la valorización de las personas mayores y su contribución social, así como la promoción de su bienestar integral, son

objetivos que se enmarcan en los principios de la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015).

La vejez avanzada presenta características diferenciales y requiere de un abordaje específico si se pretende comprender su complejidad y diseñar intervenciones que se ajusten a las necesidades de este grupo poblacional. Las personas mayores pueden atravesar pérdidas vinculadas a su salud, a su capacidad funcional y a sus vínculos significativos; por ello, una perspectiva integral debe atender estas cuestiones así como su impacto en el bienestar y la calidad de vida (OMS, 2015).

La incidencia de problemáticas como la dependencia funcional y el aumento de la multimorbilidad de enfermedades y afecciones crónicas crecerá en la medida en que las personas vivamos más años. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta y potenciar los recursos y la resiliencia de las personas mayores, así como los servicios y dispositivos públicos necesarios, para hacer frente a las adversidades y sostener su contribución a las comunidades a las que pertenecen, así como la posibilidad de vivir vidas significativas aún en presencia de enfermedad. El presente trabajo se propone contribuir a la comprensión de la relación compleja que existe entre el bienestar y la fragilidad en edades avanzadas, partiendo de un enfoque sensible a las diferencias que existen en relación al género.

Florecimiento en la vejez avanzada

Durante años la vejez avanzada ha sido abordada desde un paradigma biologicista y centrado en los déficits asociados a la edad. Estas conceptualizaciones parten de estereotipos negativos sobre esta etapa

vital, que no siempre coinciden con los hallazgos de la investigación. En la actualidad, aún persisten narrativas que la vinculan principalmente con la fragilización y la enfermedad, dejando de lado la diversidad de trayectorias y vivencias al envejecer. Los aportes de la Psicología Positiva, la Gerontología y la neuropsicología han contribuido a problematizar estas narrativas y poner el foco en aspectos positivos y recursos presentes en esta etapa (Ferguson et al. 2021; Lombardo, 2013).

La Psicología Positiva es la disciplina abocada al estudio científico del bienestar humano y los aspectos positivos que permiten prosperar a individuos y comunidades (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Su desarrollo surge como respuesta a décadas de investigación psicológica centrada en los aspectos patológicos y busca profundizar la comprensión sobre las emociones positivas, las fortalezas y recursos que permiten afrontar el sufrimiento y vivir vidas satisfactorias y significativas.

Desde su auge en la década de 1980 se han desarrollado distintas conceptualizaciones sobre el bienestar. En un primer momento, Diener (1984) propone el concepto de bienestar subjetivo refiriéndose al modo en que una persona evalúa su vida, abarcando dos componentes: uno afectivo, vinculado a la presencia de afectos positivos o negativos, y un componente cognitivo, referido a la satisfacción con la vida. Por su parte, Ryff (1989) diferencia entre las nociones de bienestar subjetivo y bienestar psicológico: este último sería el resultado de un funcionamiento psicológico óptimo: una persona podría sentir pleno bienestar psicológico, a pesar de experimentar emociones negativas debido a circunstancias específicas. Mientras que el bienestar subjetivo se relaciona con una tradición hedo-

nista del bienestar, asociada al placer y la felicidad, el segundo retoma la tradición aristotélica de eudaimonía, vinculada al desarrollo personal a lo largo de la vida, las virtudes y los retos existenciales.

La noción de vida floreciente propuesta por Keyes (2002) plantea una visión amplia del bienestar humano, que integra las tradiciones hedonista y eudaimónica del bienestar humano (Crespo & Mesurado, 2015). Es definido como un estado de funcionamiento psicológico óptimo, con presencia de emociones positivas y vínculos significativos, y abarca tres dimensiones: el bienestar psicológico, el bienestar emocional y el bienestar social (Keyes, 2002). Mientras que el primero refiere a la percepción de plenitud y el sentido vital a lo largo de los años, el bienestar emocional es entendido como la vivencia subjetiva de afectos positivos en un momento determinado de la vida de un individuo. A su vez, se propone la dimensión de bienestar social, que involucra la relación entre individuos y sociedad, el sentimiento de pertenencia y aceptación de la comunidad, así como la contribución a la misma (Keyes, 2002).

La exploración de estos constructos a lo largo del curso vital ha evidenciado una distribución en forma de U de las puntuaciones de bienestar que se replica en diferentes contextos, según la cual la vejez se posicionaría como una de las etapas de la vida con mayores niveles de bienestar (Blanchflower & Oswald, 2008; Oshio & Shimizutani, 2024). Este fenómeno es conceptualizado por Carstensen y Charles (1998) como “la paradoja de la vejez”: las personas mayores presentan altos niveles de resiliencia incluso en presencia de pérdidas y declives que ocurren con frecuencia en esta etapa vital.

Sin embargo, investigaciones recientes

problematizan el carácter universal de este fenómeno (Steptoe et al. 2015). Un metaanálisis reciente realizado por Buecker et al. (2023) evidencia que, en estudios longitudinales, los niveles de satisfacción con la vida se incrementan desde los 16 hasta los 70 años, pero luego descienden en edades más avanzadas. A su vez, un estudio de cohorte realizado en China indica que, mientras que la distribución en forma de U de bienestar subjetivo se ajusta a los resultados de la población de áreas urbanas, los niveles de bienestar descienden en la vejez avanzada de poblaciones rurales (Li et al. 2022). Respecto del bienestar psicológico, distintos estudios han identificado vulnerabilidades en aspectos como el propósito vital y el desarrollo personal en las personas mayores (Ryff, 2014; Ryff et al. 1995).

El Estudio Global de Florecimiento es un proyecto reciente de diseño longitudinal que abarca 22 países y más de 200.000 participantes, con el fin de conocer cómo se distribuye el florecimiento en distintas regiones y contextos. Los autores proponen una noción de florecimiento entendido como un estado en el que todos los aspectos de la vida de una persona están bien, incluyendo los contextos en los que se desarrolla. Su exploración reveló que los niveles de este constructo se sostienen durante la juventud y la mediana edad, y comienzan a elevarse a partir de los 50 años. Sorprendentemente, fueron las personas mayores de 80 quienes reportaron los puntajes más altos de florecimiento (VanderWeele et al., 2025). En la misma línea, un estudio comparativo de diferentes grupos de edad realizado en la ciudad de Mar del Plata evidenció que, entre las personas de edad avanzada, aquellos comprendidos entre los 80 y 90 años, presentaron niveles más elevados de florecimiento que las de 60 a 70 años, en sus dimensiones de bienestar psicológico,

emocional y social (Arias & Pereyra, 2025).

La heterogeneidad en las conceptualizaciones y formas de evaluar el bienestar podría influir en la existencia de resultados contradictorios sobre el bienestar en la vejez avanzada. A su vez, diversas investigaciones han identificado que factores vinculados a la salud -de alta incidencia en esta etapa- se asocian a menores niveles de florecimiento, tales como la presencia de enfermedades crónicas (Yi et al. 2025), la dependencia en actividades de la vida diaria (Otgon et al. 2023) y el estado de salud percibido (Arias & Pereyra, 2025). Estos hallazgos ponen de relieve la complejidad del bienestar en los últimos años de la vida: mientras que, en algunos contextos, las personas mayores reportan niveles elevados de florecimiento, factores demográficos, socioeconómicos o vinculados a la salud pueden restringir esta experiencia.

Fragilidad

La fragilidad se ha consolidado como un constructo central para comprender las desigualdades en el envejecimiento. En un primer momento, el término fue adoptado para describir a pacientes con dependencia, institucionalizaciones y multimorbilidad. En la actualidad, es considerado un síndrome clínico multidimensional, que abarca aspectos físicos, cognitivos y psicosociales (Sciacchitano et al. 2024). La presencia de fragilidad se asocia con una disminución de reservas físicas, vulnerabilidad al estrés, dependencia funcional y mayor riesgo de complicaciones clínicas y mortalidad (Liu et al. 2024; Jachymek et al. 2022).

Durante la vejez avanzada las probabilidades de presentar fragilidad aumentan significativamente. Los estudios epidemiológicos muestran que su incidencia aumenta

con la edad independientemente del instrumento utilizado para su evaluación (Qiu et al. 2024; Rhormann, 2020). A su vez, se observa una estrecha relación con otras variables sociodemográficas como el nivel educativo, el estado civil y el género (Qiu et al. 2024). En relación a esta última, si bien las mujeres presentan una mayor expectativa de vida, transitan esta etapa con mayor incidencia de patología y discapacidad (Zeidan et al. 2023).

La literatura en salud y envejecimiento ha documentado consistentemente una paradoja de género en salud, que señala que las mujeres tienden a vivir más años que los varones, pero con peor salud percibida, mayor morbilidad y más limitaciones funcionales. Este fenómeno fue descrito inicialmente por Nathanson (1975) y desarrollado con mayor profundidad por Verbrugge (1985, 1989), quien planteó que las mujeres *enferman más, pero mueren menos*. Investigaciones posteriores confirmaron que esta brecha se presenta en distintos contextos socioculturales (Macintyre et al., 1996; Crimmins et al., 2011). Las explicaciones propuestas integran factores biológicos, conductuales y sociales, destacando la influencia de los roles de género, las desigualdades estructurales y las diferencias en la exposición y respuesta ante los riesgos para la salud.

Un metaanálisis realizado en Latinoamérica y el Caribe estimó una prevalencia del 19,6% de fragilidad en las personas mayores de la región, aunque el rango presentado en las investigaciones era amplio (7.7% - 42.6%) (da Mata et al., 2016). Un estudio comparativo realizado por Matus-López y Chaverri-Carvajal (2023) indica que la prevalencia de fragilidad sería del 15.6% en Brasil, y del 12.6% en Chile. A su vez, los autores observan diferencias significativas

en los determinantes de la fragilidad entre los dos países, resaltando la importancia de contar con estudios locales que permitan conocer las características de esta población y diseñar intervenciones específicas.

En Argentina, los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo indican que el 18,1% de las personas mayores de 65 años reportó algún problema para realizar sus actividades cotidianas, el 33,7% mencionó problemas en su movilidad y el 43,9% reportó dolores o malestares físicos en el cuerpo (INDEC, 2019). La incidencia de estas problemáticas se incrementa en la vejez avanzada: el 33% de los mayores de 80 años presenta dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria, mientras que el 55,2% requiere apoyo para las actividades instrumentales (INDEC, 2014). Estos aspectos podrían impactar en el bienestar de las personas debido a los cambios en la identidad y la capacidad de las personas para desarrollar sus actividades (Andrew et al., 2012). Diversos estudios han señalado la relación entre la fragilidad y menores niveles de bienestar psicológico (Andrew et al., 2012), peor calidad de vida (Kojima et al., 2016; Crocker et al., 2019) y un mayor riesgo de depresión en la vejez (Zhou et al., 2024).

Un estudio realizado por Gale et al. (2014) exploró las asociaciones entre la fragilidad y el bienestar hedónico y eudaimónico a partir de los resultados del estudio longitudinal Inglés del Envejecimiento. Los autores observan que la incidencia de pre-fragilidad y fragilidad se relaciona con el declive de ambos componentes del bienestar en hombres y mujeres.

Sin embargo, no debe asumirse que la relación entre la fragilidad y el bienestar sea simple ni unidireccional (Rubtsova, 2019).

Una vida floreciente podría actuar como un factor protector frente al desarrollo de fragilidad en la vejez (Gale et al., 2014). El bienestar psicológico ha mostrado asociación con una menor mortalidad por causas como la hipertensión, el cáncer, los accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares o el suicidio (Basterra-Gortari et al., 2025). En esta línea, un estudio longitudinal realizado en China buscó explorar la relación entre el bienestar subjetivo y la fragilidad en personas mayores de 60 años. Los resultados exponen que aquellas personas con una menor satisfacción vital presentaron mayor número de déficits y un mayor riesgo de progresión de fragilidad a lo largo de los años (Liu et al., 2025).

A su vez, un estudio propone que factores psicosociales como el bienestar, las actividades sociales y la satisfacción con el entorno social mediarían la relación entre la fragilidad y los resultados adversos como hospitalizaciones y mortalidad (Dent & Hoogendijk, 2014).

A partir de lo expuesto, el presente estudio plantea tres objetivos. En primer lugar, explorar el estatus y los niveles de fragilidad en personas mayores de edad avanzada de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. En segundo lugar, comparar el estatus y los niveles de fragilidad según el género. Por último, se propone examinar la relación entre la fragilidad y el florecimiento, tanto a nivel global como en sus dimensiones de bienestar psicológico, emocional y social, atendiendo a la existencia de patrones diferenciales en hombres y mujeres. De este modo, el estudio busca contribuir a la comprensión de las trayectorias diferenciales de envejecimiento y de los factores que modulan el bienestar en la vejez avanzada.

Materiales y métodos

Diseño

Se utilizó un método cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal correlacional (Hernández et al., 2010). De acuerdo con el enfoque elegido, las variables no fueron manipuladas intencionalmente, sino observadas tal como se presentan en su contexto natural. Asimismo, el diseño es transversal ya que la recolección de datos se realizó en un único momento temporal, permitiendo describir y analizar las características de la muestra en ese punto específico del curso vital. Finalmente, el diseño fue correlacional, en tanto se buscó examinar la relación entre el estatus de fragilidad y el bienestar, así como explorar posibles diferencias según el género,

sin establecer relaciones de causalidad.

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística e intencional, conformada por 100 personas de entre 80 y 95 años que viven en hogares particulares de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. La muestra final incluyó participantes de 80 a 93 años, con un promedio de edad de 84,7 (DS: 4,1).

Respecto al nivel de instrucción, se observa un bajo nivel educativo en líneas generales. Las personas fueron contactadas en diversos dispositivos para personas mayores y en sus domicilios particulares. Las características sociodemográficas de la muestra y los estadísticos descriptivos se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1

Descripción de las variables sociodemográficas de la muestra

		Frecuencia	%	Media
Edad	-	-	-	84 (4,18)
Género	Masculino	50	50	-
	Femenino	50	50	-
Nivel educativo	Primario	56	56	-
	Secundario	24	24	-
	Terciario/Universitario	20	20	-
Estado Civil	Soltero/a	4	4	-
	Casado/a	44	44	-
	Viudo/a	49	49	-
	Divorciado/a	3	3	-
Ocupación Laboral previa	Ama de casa	11	11	-
	Empleado/Administrativo	32	32	-
	Profesional	2	2	-
	Docente	3	3	-
	Técnico/ gestor /oficios	1	1	-
	Comerciante	10	10	-
	Otros	41	41	-
Convivencia	Solo	35	35	-
	Con su pareja	41	41	-
	Con familiares	24	24	-
Hijos	Si	86	86	-
	No	14	14	-

Instrumentos

1. Cuestionario de datos sociodemográficos:

Se administró un cuestionario de elaboración propia, no publicado, diseñado por los autores para explorar las variables de edad, género, nivel educativo alcanzado, estado civil, ocupación laboral previa, grupo de convivencia y si posee hijos o no.

2. Escala Florecimiento Multidimensional:

compuesta por 12 ítems que evalúan tres dimensiones: bienestar psicológico, emocional y social. El bienestar psicológico y emocional se evalúan mediante cuatro ítems cada uno, con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que varía de *fuertemente de acuerdo* a *fuertemente en desacuerdo*. El bienestar social se mide a través de una escala de diferencial semántico integrada por cuatro pares de adjetivos bipolares, que indagan cómo se han sentido las personas durante las últimas dos semanas. El instrumento fue desarrollado y validado en Argentina, mostrando alta consistencia interna (coeficiente $H = 0.95$; omega total = 0.93), así como niveles adecuados de fiabilidad en cada una de las subescalas. Asimismo, los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio respaldaron empíricamente la estructura tridimensional del instrumento (Mesurado et al., 2021).

3. Escala de Fragilidad Clínica (CFS-Es):

la misma ha sido validada al español por Arias-Rivera et al. (2023) y evalúa la frecuencia de fragilidad basándose en 9 perfiles de respuesta, que van desde el estadio 1, caracterizado por robustez, plena salud y estado en forma; hasta el estadio 9 de terminalmente enfermo y fragilidad grave.

Es de rápida aplicación y cuenta con evidencias sobre su validez predictiva (Arias-Rivera et al., 2024), consistencia interna y fiabilidad intra e interobservador (Arias-Rivera et al., 2025).

Procedimiento

Los adultos que participaron del estudio fueron seleccionados de la población general, a través de contactos particulares, de cursos para adultos y en centros de día, donde las personas no están institucionalizadas. En primera instancia, se estableció contacto individual, y se les brindó información detallada sobre los objetivos del estudio, su relevancia científica y los procedimientos implicados. Se garantizó la participación voluntaria, el anonimato y la confidencialidad de los datos, conforme a las normativas éticas vigentes. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo al inicio de la evaluación. Esta investigación adhiere a la Ley Nacional de la protección de los derechos personales N° 25.326 (Ley 25.326, 2000), la Ley Provincial 15462 que regula la investigación con seres humanos (Ley 15.462, 2023), la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores de la Organización de los Estados Americanos 2015 (OEA, 2015), y los lineamientos para las Ciencias Sociales y Humanidades del Comité de Ética-CONICET 2857-06 (CONICET, 2006). Las técnicas se administraron a los participantes mediante condiciones estandarizadas en una sesión individual, siendo posible retirarse en cualquier momento del proceso si el sujeto así lo deseara.

Análisis de datos

Con el fin de responder a los objetivos planteados, se aplicaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales de las

variables abordadas. En primer lugar se realizaron análisis descriptivos de los niveles de Fragilidad. Luego, para obtener los valores de la variable estatus de fragilidad, los mismos fueron recategorizados en dos grupos: *sin fragilidad* (1–3) y *presencia de fragilidad* (≥ 4) según el criterio propuesto por Arias-Rivera et al. (2025) para la Escala de Fragilidad Clínica.

En relación al segundo objetivo, se realizó un análisis de las frecuencias de los niveles de fragilidad según su distribución por género. Adicionalmente, se realizó un análisis de chi cuadrado para conocer si existía relación entre el estatus de fragilidad y el género.

Para abordar el tercer objetivo, en primer lugar, se verificaron los supuestos de normalidad de las distribuciones mediante la prueba de Shapiro-Wilk, lo cual orientó la selección de pruebas paramétricas o no paramétricas. Se determinó que las distribuciones de las variables no cumplían los requisitos de una distribución normal

($p < .05$), por lo cual se procedió a utilizar una prueba no paramétrica. Se llevaron a cabo pruebas U de Mann–Whitney para comparar el florecimiento global y cada una de sus dimensiones según el estatus de fragilidad. Finalmente, se utilizó la prueba U de Mann–Whitney para cotejar los puntajes obtenidos en bienestar social, bienestar psicológico, bienestar emocional y florecimiento global en ambos géneros según el estatus de fragilidad.

Resultados

A continuación, se presentan los principales hallazgos del estudio organizados según cada uno de los objetivos específicos del estudio. En relación con el primer objetivo, la Tabla 2 muestra la distribución de frecuencias correspondientes a los nueve niveles de fragilidad. Al evaluar el estatus de fragilidad, el 34 % de la muestra presentó fragilidad, ubicándose entre los niveles 4 y 9.

Tabla 2
Niveles de fragilidad en personas mayores

Fragilidad	n	%
1. En forma	9	9,0
2. Bien de salud	25	25,0
3. Adecuado manejo	32	32,0
4. Vulnerable	16	16,0
5. Levemente frágil	11	11,0
6. Moderadamente frágil	6	6,0
7. Severamente frágil	1	1,0
8. Muy severamente frágil	0	0,0
9. Enfermedad terminal	0	0,0
Total	100	100,0

Nota. Según la Escala de Fragilidad Clínica CFS-Es (Arias-Rivera et al., 2023)

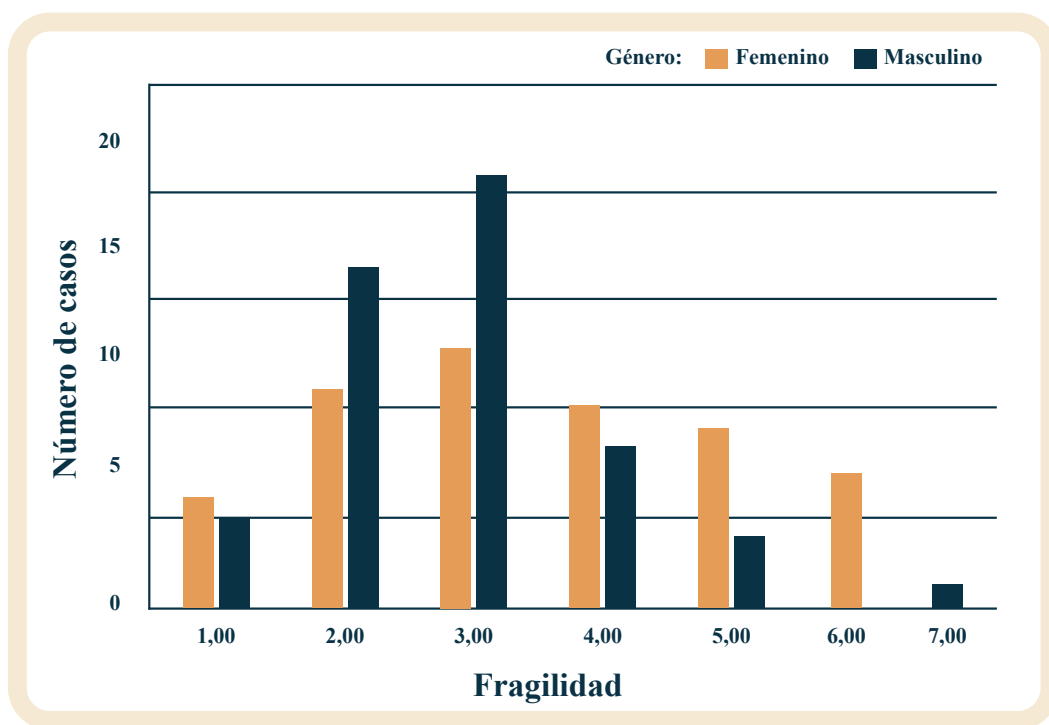
En relación al segundo objetivo que propone explorar las diferencias por género en los niveles y estatus de fragilidad, se observaron diferencias en la distribución de los niveles de fragilidad (ver Figura 1). Al tomar en cuenta la recategorización de la variable, el 46% de las personas de género femenino presentó fragilidad, mientras que en las personas de género masculino el porcentaje se reduce al 22%. La prueba de chi cuadrado demostró una asociación es-

tadísticamente significativa entre el género y el estatus de fragilidad $\chi^2(1, N = 100) = 6.42, p = .011$.

Respecto al tercer objetivo, se realizó un análisis comparativo de las medias obtenidas en el índice global de florecimiento y sus tres dimensiones, de bienestar psicológico, social y emocional, en el grupo de personas no frágiles y frágiles. El primer grupo presentó puntajes superiores en todos los casos (ver Tabla 3).

Figura 1

Niveles de fragilidad según género



Nota. Se presenta la distribución de frecuencias por nivel de fragilidad (1–9) en hombres y mujeres según la Escala de Fragilidad Clínica CFS-Es.

Tabla 3

Descriptivos del Índice Global de Florecimiento y sus tres dimensiones según el estatus de fragilidad

	Estatus de fragilidad	Media	Desviación estándar
Bienestar Psicológico	No frágiles	17,75	2,67
	Frágiles	16,64	2,48
Bienestar Emocional	No frágiles	16,86	2,89
	Frágiles	14,50	4,05
Bienestar Social	No frágiles	15,53	3,20
	Frágiles	15,00	3,02
Florecimiento Índice Global	No frágiles	50,15	7,16
	Frágiles	46,15	7,57

El estatus de fragilidad presentó relación significativa con el Índice Global de Florecimiento ($U = 767.5$, $p = .010$). A su vez, se observan asociaciones diferenciales con sus tres dimensiones. Los resultados muestran que las personas mayores sin fragilidad presentan mayores niveles tanto de bienestar psicológico ($U = 790.5$, $p = .014$) como de bienestar emocional ($U = 721.0$, $p = .003$), en comparación con aquellas que presentan fragilidad. No obstante, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de bienestar social entre ambos grupos.

Finalmente, se observan diferencias por género en las relaciones entre fragilidad y florecimiento. Para el género masculino se observó una diferencia significativa entre los valores de bienestar psicológico de hombres frágiles y no frágiles ($U = 107.5$; $Z = -2.53$; $p = .011$), no así para las dimensiones de bienestar emocional y social. Mientras tanto, en relación al género femenino se observa una diferencia significativa en la media de bienestar emocional entre mujeres frágiles y no frágiles ($U =$

194.5 ; $Z = -2.28$; $p = .023$), mientras que no se hallaron diferencias en las dimensiones de bienestar psicológico y social.

Discusión

En primer lugar, los resultados muestran que la fragilidad es una condición frecuente en la muestra estudiada, alcanzando a más de la tercera parte de las personas mayores evaluadas. Este hallazgo coincide con estudios previos que señalan una alta proporción de fragilidad en edades avanzadas (da Mata et al., 2016; Matus-López & Chaverri-Carvajal, 2023), lo que refuerza la necesidad de identificar tempranamente signos de vulnerabilidad funcional y psicosocial en este grupo etario. Como limitación, se destaca la escasez de estudios epidemiológicos en la región, que valoren la fragilidad y la incidencia de problemáticas específicas de la vejez avanzada en el contexto local.

En segundo término, se observaron diferencias significativas por género en la distribución de la fragilidad, siendo las mujeres quienes presentaron una mayor pro-

porción de casos frágiles en comparación con los varones. Este resultado se alinea con los estudios de prevalencia de otras regiones (Zeidan et al., 2023), así como con la literatura que describe una *paradoja de género* en la vejez, en la cual las mujeres tienden a vivir más años, pero con mayor carga de enfermedad o limitaciones funcionales (Nathanson, 1975; Verbrugge, 1985, 1989; Macintyre et al., 1996; Crimmins et al., 2011).

En relación con el bienestar, los resultados evidencian que las personas mayores no frágiles presentan niveles más elevados de bienestar psicológico y emocional, así como un índice global de florecimiento superior. Este resultado es coherente con investigaciones previas que abordaron esta relación en la vejez (Andrew et al., 2012; Gale et al., 2014; Liu et al., 2025).

En este sentido, la evidencia apoya la perspectiva de que la fragilidad no solo implica una condición física o médica, sino que se trata de una condición multidimensional (Sciacchitano et al., 2024), asociada con menores niveles de bienestar, especialmente en las dimensiones relacionadas con el sentido, la vitalidad y el equilibrio emocional. La ausencia de diferencias significativas en el bienestar social podría indicar una mayor estabilidad o resiliencia en las redes de apoyo y vínculos sociales, aun en condiciones de fragilidad.

Como futura línea de trabajo, se propone que la realización de estudios longitudinales y de mayor alcance podrían contribuir a esclarecer la relación entre la fragilidad y el florecimiento en la región, atendiendo a las diferencias de género que existen en las trayectorias vitales. A su vez, la inclusión de otras variables sociodemográficas que podrían actuar como mediadoras o protec-

toras, tales como el nivel socioeconómico, los años de educación o el apoyo social percibido podrían contribuir a comprender los determinantes del bienestar social en la vejez avanzada.

Finalmente, al considerar las diferencias por género, se identificaron patrones diferenciados en la relación entre fragilidad y bienestar: en los varones, la fragilidad se vinculó con menores niveles de bienestar psicológico, mientras que en las mujeres el impacto se observó principalmente en el bienestar emocional. Estos hallazgos sugieren que los procesos de adaptación a la fragilidad pueden tener componentes diferenciales según el género, posiblemente asociados con la socialización, las expectativas de rol y las estrategias de afrontamiento características de cada grupo.

Futuros estudios cualitativos podrían contribuir a la comprensión de estas experiencias subjetivas, y profundizar el conocimiento sobre los distintos impactos que la fragilización puede tener sobre el bienestar integral. Asimismo este tipo de estudios posibilitará un análisis más detallado y complejo de cómo los aspectos físicos, psicosociales y cognitivos de la fragilidad interactúan específicamente con cada dimensión del florecimiento.

Conclusiones

El presente estudio espera ser un aporte al conocimiento sobre la vejez avanzada en Argentina. Los principales resultados muestran la incidencia de fragilidad en una muestra de 100 personas mayores de 80 a 95 años y su distribución por género, con resultados similares a los de estudios epidemiológicos y revisiones previas. A su vez, se confirma la asociación entre el estatus de fragilidad y el género y el estatus de fragilidad y el florecimiento.

Las personas no frágiles presentaron niveles más elevados en el florecimiento global, y se observan diferencias significativas en sus dimensiones de bienestar psicológico y emocional, no así en relación al bienestar social. Al comparar por género, se observan relaciones diferenciales entre el estatus de fragilidad y las dimensiones de florecimiento: la presencia de fragilidad se asoció con menor bienestar psicológico en personas de género masculino, y con menor bienestar emocional en personas de género femenino.

En conjunto, los resultados destacan la importancia de abordar la fragilidad desde una perspectiva integral que contemple no sólo los aspectos físicos, sino también los psicológicos y emocionales, así como las diferencias de género que modulan su impacto en el bienestar. Desde una mirada gerontológica, esto refuerza la necesidad de desarrollar intervenciones sensibles al género que promuevan el florecimiento y la calidad de vida en la vejez, tanto en la prevención como en el acompañamiento de la fragilidad.

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener potenciales conflictos de interés con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Declaración de aprobación ética o consentimiento informado:

Toda la información extraída del estudio se codificará para proteger el nombre de cada sujeto. No se utilizarán nombres u otra información de identificación al discutir o informar datos. Todos los sujetos dieron su consentimiento informado para su inclusión antes de participar en el estudio. Los investigadores mantendrán de forma segura todos los archivos y datos recopilados.

Referencias

- Andrew, M. K., Fisk, J. D., & Rockwood, K. (2012, August). Psychological well-being in relation to frailty: A frailty identity crisis? *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1347-1353. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000269>
- Arias-Rivera, S., Moro-Tejedor, M.N., Raurell-Torredà, M., Cortés-Puch, I., Frutos-Vivar, F., Andreu-Vázquez, C., Sánchez-Sánchez, M. M., Sánchez-Izquierdo, R., Oteiza-López, L., López-Cuenca, S., Checa-López, M., Jareño-Collado, R., López-López, V., Sánchez-Muñoz, E. I., Carrasco Rodríguez-Rey, L. F., Frade-Mera, M. J., Padilla-Peinado, R., Huete-García, A., Lesmes-González Aledo, A. ... Herrero-Hernández, R. (2023, December). Cross-cultural adaptation of the FRAIL scale for critically ill patients in Spain. *Nursing Open*, 10(12), 7703-7712. <https://doi.org/10.1002/nop2.2011>
- Arias-Rivera, S., Sánchez-Sánchez, M. M., Jareño-Collado, R., Raurell-Torredà, M., Oteiza-López, L., López-Cuenca, S., Thuissard-Vasallo, I. J., & Frutos-Vivar, F. (2025, July). Fiabilidad intraobservador e interobservador de las escalas de fragilidad *Clinical Frailty Scale-España* y *FRAIL-España* en pacientes críticos. *Medicina Intensiva*, 49(7), 502131. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2024.502131>
- Arias-Rivera, S., Sánchez-Sánchez, M.M., Romero de-San-Pío, E., Gabriel Santana-Padilla Y., Juncos-Gozalo, M., Via-Clavero, G., Moro-Tejedor, M.N., Raurell-Torredà M. & Andreu-Váz-

- quez, C. (2024, April-June). Validez predictiva de la escala de fragilidad Clinical Frailty Scale-España sobre el incremento de la dependencia tras el alta hospitalaria. *Enfermería Intensiva*, 35(2) 79-88. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2023.07.003>
- Arias, C. & Pereyra, M. (2025). Calidad de vida relacionada con la salud y florecimiento en personas mayores. *Revista Kairós Gerontología*, 28(2), 22-39. <https://doi.org/10.61583/kairs.v28i2.156>
- Basterra-Gortari, V., Sayón-Orea, C., Martínez-Gonzalez, M. A., & Bes-Rastrollo, M. (2025). Influence of psychological well-being on health: Systematic review and meta-analysis of hypertension, overweight/obesity, and mortality, including suicide. *Health Psychology*, 44(8), 745-755. <https://doi.org/10.1037/hea0001475>
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social science & medicine* (1982), 66(8), 1733-1749. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.030>
- Buecker, S., Luhmann, M., Haehner, P., Bühler, J. L., Dapp, L. C., Luciano, E. C., & Orth, U. (2023). The development of subjective well-being across the life span: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 149(7-8), 418-446. <https://doi.org/10.1037/bul0000401>
- Carstensen, L. L., & Charles, S. T. (1998). Emotion in the Second Half of Life. *Current Directions In Psychological Science*, 7(5), 144-149. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10836825>
- Congreso de la Nación Argentina. (2000, 4 de octubre). *Ley N.º 25.326: Protección de los datos personales*. InfoLEG – Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. <https://tinyurl.com/tkbkwy-db>
- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. (2006, 11 de diciembre). *Lineamientos para el comportamiento ético en las ciencias sociales y humanidades* (Resolución D. N.º 2857/06). CONICET. <https://tinyurl.com/ypuddfnw>
- Crespo, R. F., & Mesurado, M. B. (2015). Happiness Economics, Eudaimonia and Positive Psychology: From Happiness Economics to Flourishing Economics. *Journal of Happiness Studies*, 16, 931-946. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9541-4>
- Crimmins, E. M., Kim, J. K., & Solé-Auró, A. (2011). Gender differences in health: results from SHARE, ELISA and HRS. *European journal of public health*, 21(1), 81-91. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq022>
- Crocker, T. F., Brown, L., Clegg, A., Farley, K., Franklin, M., Simpkins, S., & Young, J. (2019). Quality of life is substantially worse for community-dwelling older people living with frailty: Systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, 28, 2041-2056. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02149-1>
- da Mata, F. A. F., Pereira, P. P. da S., Andrade, K. R. C. de, Figueiredo, A. C. M. G., Silva, M. T., & Pereira, M. G. (2016). Prevalence of frailty in Latin America and the Caribbean: A systematic review and meta-analysis. *PLOS*

- ONE, 11(8), e0160019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160019>
- Dent, E., & Hoogendijk, E. O. (2014). Psychosocial factors modify the association of frailty with adverse outcomes: a prospective study of hospitalized older people. *BMC Geriatrics*, 14, 108. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-108>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Ferguson, H., Brunsdon, V., & Bradford, E. (2021). The developmental trajectories of executive function from adolescence to old age. *Scientific Reports*, 11, Article 1382. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80866-1>
- Gale, C. R., Cooper, C., Deary, I. J., & Aihie Sayer, A. (2014). Psychological well-being and incident frailty in men and women: The English Longitudinal Study of Ageing. *Psychological Medicine*, 44(4), 697-706. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001384>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. P. (2010). Concepción o elección del diseño de investigación. En *Metodología de la Investigación*. (pp. 118-169, 5ª ed.). McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), & Secretaría de Gobierno de Salud. (2019, octubre). 4º *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos*. <https://tinyurl.com/2e3awxw3>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2014). *Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores 2012: ENCaViAM. Principales resultados* (Serie Estudios INDEC N.º 46). INDEC. <https://tinyurl.com/nnwdx5zr>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023, noviembre). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022: Resultados definitivos. Indicadores demográficos, por sexo y edad*. INDEC. <https://tinyurl.com/y3jt4jua>
- Jachymek, M., Cader, A., Ptak, M., Witkiewicz, W., Szymański, A. G., Kotfis, K., Kaźmierczak, J., & Szylińska, A. (2022). The Value of Clinical Frailty Scale (CFS) as a Prognostic Tool in Predicting Mortality in COVID-19—A Retrospective Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1104. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031104>
- Keyes, C. (2002, June). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 43(2), 207. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Kojima, G., Iliffe, S., Jivraj, S., & Walters, K. (2016). Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiol Community Health*, 70(7), 716-721. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206717>
- Li, J., Lai, D. W. L., & Chappell, N. L. (2021). The Older, the Happier?: A Cross-Sectional Study on the “Paradox of Aging” in China. *Research on Aging*, 44(1), 34-43. <https://doi.org/10.1177/0164027521994225>

- Liu, W., Qin, R., Qiu, Y., Luan, T., Qiu, B., Yan, K., Chen, Z., Miao, B., & Liu, Y. (2024). Multidimensional frailty as a predictor of mortality among older adults: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 24, Article 793. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05377-4>
- Liu, Y., Cai, W., Wittenberg, E., Kim, D. H., Bloom, D. E., Kubzansky, L. D., Seligman, B. J. (2025). The relationships between subjective well-being and frailty: Staying with a positive mind, stepping away from accelerated aging. *The Journals of Gerontology: Series A*, 80(4), glaf001. <https://doi.org/10.1093/geron/glaf001>
- Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y psicología de la vejez: Intersecciones teóricas. *Psicodébate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (13), 47-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645324>
- Macintyre, S., Hunt, K., & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social science & medicine* (1982), 42(4), 617-624. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00335-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00335-5)
- Matus-López, M., & Chaverri-Carvajal, A. (2024). Comparison of frailty determinants in Latin America: a national representative study in Brazil and Chile. *Public health*, 228, 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.11.041>
- Mesurado, B., Crespo, R., Rodríguez, O., Debeljuh, P. & Carlier, S. I. (2021). The development and initial validation of a multidimensional flourishing scale. *Current Psychology*, 40, 454-463. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9957-9>
- Naciones Unidas. (s.f.). *Objetivos de Desarrollo Sostenible: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Recuperado el 4 de febrero de 2026, de <https://tinyurl.com/mudvk4ht>
- Nathanson C. A. (1975). Illness and the feminine role: a theoretical review. *Social science & medicine*, 9(2), 57-62. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(75\)90094-3](https://doi.org/10.1016/0037-7856(75)90094-3)
- Organización de los Estados Americanos. (2015, 15 de junio). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. <https://tinyurl.com/2myvm-2nk>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://tinyurl.com/bdfkpv26>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*. <https://tinyurl.com/2x43yvhe>
- Oshio, T., & Shimizutani, S. (2024). Well-being paradox: Comparing the age-happiness relationship across Japan, China, and the US. *The Japanese Economic Review*, 75, 547-562. <https://doi.org/10.1007/s42973-024-00169-2>
- Otgon, S., Myagmarjav, S., Burnette, D., Lkhagvasuren, K., & Casati, F. (2023). Sociodemographic predictors of flourishing among older adults in rural and urban Mongolia. *Scientific Reports*, 13, Article 1756. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28791-x>

- Provincia de Buenos Aires. (2023, 24 de octubre). *Ley 15462: Regula la actividad de la investigación en salud humana; crea la Comisión Conjunta de Investigaciones en Salud (CCIS); deroga la Ley 11.044.* <https://tinyurl.com/yc4mz8kz>
- Qiu, Y., Li, G., Wang, X., Liu, W., Li, X., Yang, Y., Wang, L., & Chen, L. (2024, June). Prevalence of multidimensional frailty among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 154, 104755. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104755>
- Rohrmann, S. (2020). Epidemiology of Frailty in Older People. In N. Veronese (Ed.), *Frailty and Cardiovascular Diseases: Research into an Elderly Population* (vol. 1216, pp. 21-27). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-33330-0_3
- Rubtsova, A. A. (2019, June). "Focusing on positive outcomes in frailty research": A step in a right direction. *International Psychogeriatrics*, 31(6), 759-761. <https://doi.org/10.1017/S1041610219000607>
- Ryff C. D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719>
- Sciacchitano, S., Carola, V., Nicolais, G., Sciacchitano, S., Napoli, C., Mancini, R., Rocco, M., & Coluzzi, F. (2024). To Be Frail or Not to Be Frail: This Is the Question-A Critical Narrative Review of Frailty. *Journal of clinical medicine*, 13(3), 721. <https://doi.org/10.3390/jcm13030721>
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet (London, England)*, 385(9968), 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). *World Population Prospects 2024: Summary of Results* (UN DESA/POP/2024/TR/NO. 9). United Nations. <https://tinyurl.com/5n8fubdf>
- United Nations. (2022). *World Population Prospects 2022. Summary of Results*. <https://tinyurl.com/uv43dd7k>
- VanderWeele, T. J., Johnson, B. R., Bialowolski, P. T., Bonhag, R., Bradshaw, M., Breedlove, T., Case, B., Chen, Y., Chen, Z. J., Counted, V., Cowden, R. G., de la Rosa, P. A., Felton, C., Fogleman, A., Gibson, C., Grigoropoulou,

- N., Gundersen, C., Jang, S. J., Johnson, K. A., ... Yancey, G. (2025). The Global Flourishing Study: Study Profile and Initial Results on Flourishing. *Nature Mental Health*, 3, 636-653. <https://doi.org/10.1038/s44220-025-00423-5>
- Verbrugge L. M. (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of health and social behavior*, 26(3), 156-182. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3905939/>
- Verbrugge L. M. (1989). The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of health and social behavior*, 30(3), 282-304. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2778300/>
- Yi, X., Liu, X., Liu, X., Chen, G., Xie, Y., Lin, C., Lv, H., Li, Y., & Wu, S. (2025). Sociodemographic predictors of flourishing among community older adults in China. *Frontiers in psychology*, 15, 1435456. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1435456>
- Zeidan, R. S., McElroy, T., Rathor, L., Martenson, M. S., Lin, Y., & Mankowski, R. T. (2023). Sex differences in frailty among older adults. *Experimental gerontology*, 184, 112333. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2023.112333>
- Zhou, J., Chen, H., & Lin, C. (2024). Frailty in the Elderly is Associated with an Increased Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Alpha psychiatry*, 25(2), 175-182. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231362>

Para referenciar este artículo utilice el siguiente formato:

Pereyra, M., Aldana, F., & Arias, C. (2026, enero-junio). Florecimiento y fragilidad en personas mayores: Evidencias de diferencia de género. *YACHANA Revista Científica*, 15(1), 141-158. <https://doi.org/10.62325/10.62325/yachana.v15.n1.2026.1035>