



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Tesis

Fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast
Medic, periodo 2025

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación

Presentado por:

Autora: Corilla Huaman, Carmen Rosa

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5423-313X>

Asesora: Mg. Auris Quispe, Marleny del Rosario

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9411-8063>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo,CARMEN ROSA CORILLA HUAMAN..... egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Tecnología Médica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "FRASILIDAD Y TRASTORNO DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL fisiofast medic, periodo 2025." Asesorado por el docente: ...Mg. AURIS QUISPE, MARLENY DEL ROSARIO.....DNI ...42393626...ORCID... 0000 0002 9411 8063.. tiene un índice de similitud de (19) (Diecinueve) % con código __oid14912461583312__ verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 CARMEN ROSA CORILLA HUAMAN
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:47158907.....

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



.....
 Firma
 Mg. AURIS QUISPE MARLENY DEL ROSARIO
 Nombres y apellidos del Asesor
 DNI:42393626.....

Lima, ...21...de...Junio... de...2025...

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi padre que desde el cielo me ilumina y sé que está orgulloso de mi; y a mi hijo que es el motor y motivo para seguir creciendo profesionalmente.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre y a mis hermanos por el apoyo incondicional que me brindan siempre, a mi querida Universidad Norbert Wiener que me ha colmado de conocimientos y a mi asesora por el tiempo desarrollado de mi trabajo

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice general.....	iv
Índice de tablas.....	vi
Índice de figuras.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	x

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	1
1.2.1 Problema general.....	3
1.2.2 Problema específico.....	3
1.3 Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1 Objetivo general.....	3
1.3.2 Objetivos específicos.....	3
1.4 Justificación de la investigación.....	4
1.4.1 Justificación teórica.....	4
1.4.2 Justificación metodológica.....	4
1.4.3 Justificación practica.....	4
1.5 Limitaciones de la investigación.....	5

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.....	6
2.2 Base teórica.....	11
2.3 Formulación de hipótesis.....	22
2.3.1. Hipótesis general.....	22
2.3.2. Hipótesis específicas.....	23

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1	Método de la investigación.....	24
3.2	Enfoque de la investigación	24
3.3	Tipo y nivel de investigación.....	24
3.4	Diseño de la investigación	25
3.5	Población, muestra y muestreo.....	25
3.6	Variables y operacionalización.....	27
3.7	Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	28
3.8	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	31
3.9	Aspectos éticos	32

CAPITULO IV PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

4.1	Análisis de los resultados.....	33
4.2	Discusión de los resultados.....	43

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones	46
5.2	Recomendaciones	47

CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Instrumento

Anexo 3: Validez del instrumento

Anexo 4: Formato de consentimiento informado

Anexo 5: Carta de solicitud a la institución

Anexo 6: Carta de aceptación para la recolección de datos

Anexo N° 7: Aprobación del comité de ética

Anexo N° 8: Reporte de similitud del Túrntin

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla No 1 Distribución por grupo etario de la muestra. Pag. 33
2. Tabla No 2 Distribución por sexo de la muestra. Pag. 35
3. Tabla No 3 Distribución por nivel de fragilidad de la muestraPag. 36
4. Tabla No 4 Distribución por nivel de trastorno de ansiedad.Pag. 37
5. Tabla No 5 Distribución de la dimensión síntomas somáticos del trastorno
de ansiedad. Pag. 38
6. Tabla No 6 Distribución de la dimensión síntomas cognoscitivos del trastorno
de ansiedad. Pag. 39
7. Tabla No 7 Prueba de normalidad de las variables y dimensiones de
estudio. Pag. 40
8. Tabla No 8 Relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad.Pag. 41
9. Tabla No 9 Relación entre la fragilidad y la dimensión síntomas somáticos
del trastorno de ansiedad. Pag. 42
10. Tabla No 10 Relación entre la fragilidad y la dimensión síntomas somáticos
del trastorno de ansiedad. Pag. 43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. Figura No 1 Distribución por grupo etario de la muestra.Pag. 34
2. Figura No 2 Distribución por sexo de la muestra.Pag. 35
3. Figura No 3 Distribución por nivel de fragilidad de la muestraPag. 36
4. Figura No 4 Distribución por nivel de trastorno de ansiedad.Pag. 37
5. Figura No 5 Distribución de la dimensión síntomas somáticos del trastorno
de ansiedad.Pag. 38
6. Figura No 6 Distribución de la dimensión síntomas cognoscitivos del trastorno
de ansiedad.Pag. 39

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025. **Materiales y Métodos:** Personas adultas mayores de ambos sexos de 60 a 80 años conformado por 94 personas, se utilizó los instrumentos como la “Escala FRAIL”, “Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)”. **Resultados:** La mayoría pertenece al grupo de 66 a 70 años (41,3%), seguido del grupo de 60 a 65 años (32,5%), la mayoría se encuentra en el grupo de personas pre frágiles (41,3%), La mayoría muestra presencia de ansiedad marcada o severa (58,8%), seguida del grupo con ansiedad mínima o moderada (25,0%). La mayor proporción corresponde al grupo con presencia de ansiedad mínima o moderada (38,8%), seguido del grupo con ansiedad marcada o severa (36,3%). **Conclusiones:** La correlación positiva entre los síntomas somáticos y la fragilidad, a pesar de no ser estadísticamente significativa, sugiere la presencia de una tendencia que podría ser relevante en determinados contextos. Esta discrepancia respecto a otros estudios Relación entre síntomas cognoscitivos y fragilidad. La relación positiva y débil ($\rho = 0,26$) entre los síntomas cognoscitivos y la fragilidad respalda la hipótesis de que el deterioro de la función cognitiva está vinculado a una mayor fragilidad en adultos mayores, concuerdo parcialmente con hallazgos de investigaciones previas.

Palabras claves: Fragilidad, Trastorno de ansiedad, Adulto mayor

ABSTRAC

Objective: Determine the relationship between frailty and anxiety disorder among older adult patients at Fisiofast Medic during 2025. **Materials and Methods:** The study involved 94 older adults of both sexes, aged between 60 and 80 years. Instruments used included the FRAIL Scale and the Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS). **Results:** Most participants belonged to the 66–70 age group (41.3%), followed by the 60–65 group (32.5%). The majority were classified as pre-frail (41.3%). In terms of anxiety, most exhibited marked or severe anxiety (58.8%), while 25.0% showed minimal or moderate levels. Additionally, when analyzing symptoms, the highest proportion corresponded to those with minimal or moderate anxiety (38.8%), followed by those with marked or severe anxiety (36.3%). **Conclusions:** A positive correlation between somatic symptoms and frailty, although not statistically significant, suggests a trend that could be important in certain contexts. Regarding cognitive symptoms, a weak positive correlation ($\rho = 0.26$) supports the hypothesis that deterioration in cognitive function is linked to increased frailty among older adults, partially aligning with previous findings.

Keywords:

Frailty, Anxiety Disorder, Older Adult

INTRODUCCION

En la población adulta mayor, la fragilidad y el trastorno de ansiedad representan dos desafíos críticos que afectan la calidad de vida. La fragilidad denota una disminución en la capacidad física y una mayor vulnerabilidad a factores de estrés, mientras que el trastorno de ansiedad se manifiesta en preocupaciones excesivas y síntomas somáticos que alteran el funcionamiento cotidiano. La interacción entre ambos fenómenos es crucial, ya que una mayor fragilidad puede favorecer el desarrollo de ansiedad y viceversa. Este estudio explora esta relación para fundamentar intervenciones integrales que promuevan un envejecimiento saludable. En el primer capítulo se nos presenta el motivo de la investigación: se expone de manera clara el problema que se desea abordar, las preguntas que inspiran el estudio y la importancia de explorar este terreno.

El segundo capítulo nos invita a conocer el marco teórico, un compendio de ideas, investigaciones previas y teorías que nos ayudan a entender el contexto y la relevancia de lo que se investiga.

El tercer capítulo es el mapa del viaje: describe cómo se recolectaron y analizaron los datos, detallando la metodología empleada para llegar a resultados sólidos y confiables.

En el cuarto capítulo se descubren las respuestas. Aquí se muestran los hallazgos y se reflexiona sobre ellos, comparándolos con el marco teórico para dar sentido a la información obtenida.

Finalmente, el quinto capítulo cierra el ciclo. Se resumen las conclusiones principales, se reconocen las limitaciones encontradas y se plantean recomendaciones que abren puertas para futuras investigaciones.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Ha experimentado un crecimiento en las últimas décadas, la población de adultos mayores, lo que ha llevado a un aumento en la prevalencia de condiciones como la fragilidad y los trastornos de ansiedad (1). El incremento de la población adulta mayor, se ha establecido que entre 2015 y 2030, la población superior a 60 años se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas (2). Se proyecta que para 2050, la población mundial de personas adultos mayores se habrá duplicado, alcanzando los 2.100 millones (3).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las afecciones de salud mental más frecuentes en los adultos mayores son la depresión y la ansiedad, y alrededor de una cuarta parte de las muertes por suicidio (27,2%) se producen en personas de 60 años o más (4). La prevalencia de la fragilidad en adultos mayores varía considerablemente. En Latinoamérica y el Caribe, se ha reportado que oscila entre 7,7% y 39,3% en personas no institucionalizadas de 60 años o más (5). En cuanto a los trastornos de ansiedad, una revisión sistemática indicó que la prevalencia en personas mayores de 65 años presenta una amplia variabilidad, lo que podría atribuirse a diferencias en los instrumentos diagnósticos y en las poblaciones estudiadas (6).

La fragilidad está relacionada con diversos factores como la edad avanzada, la osteoporosis, los eventos cerebrovasculares, la depresión y la presencia de múltiples comorbilidades, lo

que incrementa significativamente el riesgo de mortalidad, especialmente en pacientes con enfermedades cardiovasculares (7). Asimismo, los trastornos mentales, incluyendo la ansiedad, son frecuentes en adultos mayores. En Perú, se estima que más del 20% de la población adulta mayor experimenta algún trastorno mental, destacándose una alta prevalencia de episodios depresivos y de ansiedad (8).

En Perú, la información sobre la prevalencia de fragilidad y trastornos de ansiedad en adultos mayores es limitada. Un estudio mostró que la prevalencia de fragilidad fue de 72,1% y un trastorno mental se asoció de manera independiente con un mayor riesgo de presentar este síndrome (9). Otro estudio en Lima Metropolitana, en el contexto de la pandemia por COVID-19, identificó factores asociados a la ansiedad en adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud, resaltando la vulnerabilidad de esta población ante situaciones de estrés (10).

En el centro de terapia física Fisiofast Medic, la presencia de fragilidad y trastornos de ansiedad en adultos mayores puede complicar el proceso de recuperación y aumentar la dependencia funcional. La existencia de estas condiciones puede limitar la participación activa en programas de rehabilitación, prolongar la estancia clínica y afectar negativamente la calidad de vida. Por lo tanto, se plantea esta investigación para determinar la relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de los pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025?
2. ¿Cuál es la relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas somáticos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025?
3. ¿Cuál es la relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar las factoras sociodemográficas de los pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.
2. Identificar la relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas somáticos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.
3. Identificar la relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

El análisis se justificó en comprender la relación entre el nivel de fragilidad y los trastornos de ansiedad en adultos mayores, dado que ambos fenómenos han sido ampliamente estudiados de manera independiente, pero su vinculación directa aún presenta brechas en la literatura. Estudios teóricos han sugerido que la fragilidad, definida como un estado de vulnerabilidad frente a factores estresantes, puede predisponer a los individuos a experimentar mayores niveles de ansiedad, ya que la disminución de la capacidad funcional y la pérdida de independencia generan sentimientos de inseguridad y temor.

El análisis del envejecimiento desde un enfoque biopsicosocial respalda que la fragilidad física favorece el desarrollo y agravamiento de la ansiedad. A medida que las reservas fisiológicas disminuyen, la capacidad de afrontar el estrés se debilita, lo que incrementa los síntomas ansiosos. Este marco teórico es clave para comprender la relación entre fragilidad y ansiedad en adultos mayores.

1.4.2. Justificación Metodológica

El estudio se justificó en la aplicación de dos escalas para evaluar la fragilidad en adultos mayores y los niveles de ansiedad, además de una ficha de recolección de datos que permitió registrar información de ambas variables y los datos sociodemográficos. La fragilidad fue medida mediante la “Escala FRAIL”, mientras que la ansiedad se evaluó con la “Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)”, la cual fue validada por jueces expertos, quienes determinaron su precisión y pertinencia, garantizando su fiabilidad según los criterios establecidos.

1.4.3. Justificación Práctica

El presente estudio contribuyó al diseño de intervenciones integrales en salud, permitiendo desarrollar estrategias de prevención y rehabilitación que atiendan tanto la fragilidad física

como la ansiedad en adultos mayores, mejorando su bienestar general. Además, los resultados de este estudio tendrían un impacto directo en la planificación de políticas de salud pública, orientadas a la promoción del envejecimiento activo y la prevención de complicaciones asociadas a la fragilidad y la ansiedad.

Implementar estrategias preventivas basadas en evidencia podría reducir la incidencia de hospitalizaciones, dependencia funcional y otros desenlaces adversos asociados a la fragilidad y la ansiedad. Por lo tanto, la investigación no solo aportaría al avance científico, sino que también facilitaría la implementación de intervenciones prácticas que mejoren la autonomía y el bienestar emocional y físico de los adultos mayores.

1.5. Limitaciones de la investigación

- Tiempo insuficiente para realizar el estudio o para observar resultados a largo plazo.
- Falta de financiamiento, acceso restringido a materiales, tecnología o bases de datos relevantes.
- Restricciones en la ubicación donde se realiza la investigación, lo que podría afectar la generalización de los hallazgos.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Navarra et al. (11) su propósito fue “*Evaluar el estado de fragilidad en una muestra de adultos mayores aplicando la escala FRAIL*”. Este estudio tuvo un alcance descriptivo, diseño no experimental y corte transversal. La muestra poblacional estaba conformada por 100 adultos mayores según criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó la escala FRAIL para evaluar el estado de fragilidad de los participantes. Los resultados fueron: Predominaron los adultos mayores de 70-79 años y del sexo femenino. Entre las comorbilidades más comunes se identificó la hipertensión arterial, presente en un 57% de los casos, con una mayor incidencia en mujeres (31%) en comparación con los hombres (26%). Asimismo, el estado de fragilidad resultó ser más frecuente, afectando al 45% de los adultos mayores evaluados. Al analizar los resultados por género, se observó que el estado de fragilidad fue más predominante en el grupo femenino, alcanzando un 25%, mientras que en el masculino se registró un 20%. En general, se confirmó que la fragilidad es una condición prevalente en la muestra analizada, con una notable predisposición en las mujeres. Se concluyó que, casi la mitad de los adultos mayores eran frágiles.

Lv et al. (12) en su estudio tuvieron como objetivo “*relacionar la fragilidad de los pacientes con multimorbilidad y los resultados adversos en pacientes hospitalizados*”. Este estudio tuvo un alcance correlacional, diseño observacional, prospectivo y corte transversal. La

muestra poblacional estaba conformada por 3836 pacientes ancianos con multimorbilidad. La fragilidad se evaluó mediante la escala FRAIL y se realizó un seguimiento de los acontecimientos adversos ocurridos durante la hospitalización. Los resultados fueron: La prevalencia de fragilidad fue del 27,2% y la de prefragilidad del 58,9%. El aumento de la edad, el bajo IMC, el bajo nivel educativo, la falta de ejercicio, los múltiples tipos de medicación y el número múltiple de enfermedades crónicas fueron los principales factores de riesgo de fragilidad en pacientes ancianos con multimorbilidad. La incidencia de resultados adversos fue del 13,9% entre la cohorte, siendo el más frecuente la trombosis venosa profunda (42,4%), seguida de las lesiones por presión (38,8%). El análisis de regresión mostró una correlación significativa entre la fragilidad y los resultados adversos ($p < 0,01$). Se concluyó que, la prevalencia de fragilidad y prefragilidad en pacientes ancianos hospitalizados con multimorbilidad fue alta. El aumento de la edad, el bajo IMC, el bajo nivel educativo, la falta de ejercicio, los múltiples tipos de medicación y el número múltiple de enfermedades crónicas fueron factores que influyeron en la fragilidad y la fragilidad fue un factor importante en la aparición de resultados adversos.

Barbosa da Silva et al. (13) en su estudio tuvieron como objetivo “*Verificar la asociación del síndrome de fragilidad con el nivel de función familiar, el estado nutricional y la adherencia a la medicación de los adultos mayores que acuden a consultas externas especializadas*”. Este estudio tuvo un alcance correlacional, diseño observacional y prospectivo. La muestra poblacional estaba conformada por 308 adultos mayores de un hospital universitario; los cuales fueron evaluados con el Mini-Mental State Examination (MMSE), el Mini Nutritional Assessment (MNA), la escala FRAIL, el Family APGAR Index y la Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Los resultados fueron: Se obtuvo una edad media de 70,40 años. Hubo una asociación entre fragilidad y familia altamente disfuncional con una OR de 5,9 (IC 95% 1,9-18,5) ($p < 0,05$), riesgo nutricional

evaluado por IMC, donde el bajo peso presentó una OR de 2.5 (IC 95% 1,1-5,8) y la obesidad una OR de 2,8 (IC 95% 1,1-7,0) ($p < 0,05$) y un riesgo nutricional valorado por MNA con una OR 6,3 (IC 95% 1,9-20,4) y baja adherencia a la medicación con una OR de 8,9 (IC 95%, 3,6-21,6) ($p = 0,01$). Se concluyó que, el síndrome de fragilidad se asocia con altos niveles de disfunción familiar, riesgo nutricional y baja adherencia a la medicación entre las personas mayores.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Bellota (14) su propósito fue “*Determinar la relación entre el nivel de deterioro cognitivo, fragilidad y la capacidad funcional en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del Agustino de Lima, 2024*”. El estudio constó con un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 90 adultos mayores de ambos sexos, los cuales se aplicó el Mini Mental State Examination para el deterioro cognitivo, la escala de FRAIL para fragilidad y el Índice de Barthel para capacidad funcional. Los resultados fueron: La muestra presentó una mayor participación femenina con 67%, mientras que la masculina alcanzó 33%. En cuanto al estado civil, 50% de los adultos mayores eran casados, 19% viudos, 13% solteros, 11% convivientes y 7% divorciados. Respecto al nivel educativo, 50% tenía secundaria, 28% primaria, 17% educación superior y 6% medio superior. Se identificó una relación de intensidad moderada entre deterioro cognitivo, fragilidad y capacidad funcional, con una significancia de 0.000. Asimismo, deterioro cognitivo y capacidad funcional mostraron una correlación positiva con una significancia de 0.025. Por otro lado, fragilidad y capacidad funcional evidenciaron una relación negativa moderada, con una significancia de 0.000. Se concluyó que, hubo una relación entre el deterioro cognitivo, fragilidad y la capacidad funcional en los adultos mayores del del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del Agustino de Lima, 2024.

García (15) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar los niveles de Ansiedad en adultos mayores del distrito de Aguas Verdes durante la Covid19, en Tumbes, 2022”*. El estudio optó un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra se mantuvo conformada por 298 adultos mayores del distrito de Aguas Verdes, los cuales fueron evaluados mediante el Test de la ansiedad de William Zung. Los resultados fueron: El nivel de ansiedad mínima moderada predominó en 58,7%. Según la edad, en el grupo de 60 a 67 años, esta categoría alcanzó 31,5%, mientras que en aquellos entre 68 y 76 años fue de 27,2%. En cuanto al sexo, 36,6% de las mujeres presentó ansiedad mínima moderada, mientras que en los hombres predominó la ausencia de ansiedad con 23,2%. Respecto al nivel de instrucción, la ansiedad mínima moderada fue más frecuente en personas sin estudios con 30,9%, seguida por quienes tenían educación primaria con 20,8%. En el nivel secundario, la ausencia de ansiedad prevaleció con 18,8%. En relación con el contagio de Covid-19, la ansiedad mínima moderada se presentó en 59,1% de quienes contrajeron la enfermedad, mientras que en aquellos que no se contagiaron, esta categoría alcanzó 58,4%. Se concluyó que, los adultos mayores del distrito de Aguas Verdes presentaron un nivel de ansiedad mínima moderada.

Casimiro (16) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar la relación que existe entre la fragilidad y el riesgo de caídas de adultos mayores en los centros de atención de terapia física en el distrito de Surquillo, 2023”*. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, alcance descriptivo-correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 85 adultos mayores que asistieron los centros de atención de terapia física en el distrito de Surquillo, los cuales se les aplicó la Escala de Downton y Escala de FRAIL. Los resultados fueron: Del total de los adultos mayores que fueron encuestados, el 58,8% asistió al Fisiocentro, el 55,3% era de sexo femenino, el 56,5% perteneció al rango de edades de 64 -76 años, el 90,6% vivió acompañado y el 90,6% no trabajaba. Se identificó

una conexión directa y relevante entre la fragilidad y el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en centros de terapia física del distrito de Surquillo durante 2023. Este resultado se obtuvo mediante el uso de la prueba de correlación Tau de Kendall, adecuada para variables ordinales, obteniendo un valor de $p < 0,05$ y un coeficiente $\tau = 0,589$. Además, se concluyó que existía una asociación significativa entre el riesgo de caídas y la dimensión de fatigabilidad en este grupo poblacional dentro de los mencionados centros de atención.2023.

Requelme (17) en su estudio tuvo como objetivo “*Determinar la fragilidad en los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Carmen Alto de Comas, Lima-2020*”. Este análisis tuvo un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 60 adultos mayores que se tratan en el Centro de Salud Carmen Alto en Comas, los cuales se les aplicó la Escala Frágil. Los resultados fueron: La edad osciló entre 60 y 95 años, con una media de 69,5 años. El 55% fueron mujeres y el 45% hombres. El 33,3% eran convivientes, el 40% completó la primaria, el 58,3% estaba desempleado y el 53,3% pertenecía a familias ampliadas. En la evaluación de la fragilidad en adultos mayores, el nivel frágil prevaleció en 43,3%, seguido del pre frágil con 36,7% y del no frágil con 17,6%. Respecto a las dimensiones, la fatiga se presentó mayormente en el grupo no frágil con 63,3%. En cuanto a la resistencia, el nivel frágil predominó con 56,7%, mientras que en la ambulación alcanzó 60%. En la dimensión de enfermedad, el grupo no frágil representó 85%, y en la pérdida de peso, este mismo grupo predominó con 65%. La dimensión más comprometida fue la ambulación, con un 60% de fragilidad. Se concluyó que, la fragilidad en adultos mayores se presentó con mayor frecuencia en el nivel frágil, siendo la ambulación la dimensión más afectada.

Santos (18) en su estudio tuvo como objetivo “*Determinar la relación entre Depresión y Ansiedad en los adultos mayores del hogar San José, Chiclayo-2019*”. Este estudio tuvo un

nivel descriptivo-correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 58 adultos mayores, los cuales se les aplicó el cuestionario de Ansiedad y Depresión de Zung. Los resultados fueron: El 29.3% de adultos mayores se ubican en el nivel sin depresión y en el nivel depresión intensa, el 24.1% se ubican en el nivel depresión moderada intensa y el 17.2% se encuentran en el nivel depresión moderada. El 51.7% se ubica dentro de los límites normales de ansiedad; así mismo el 43.1% se encuentran en el nivel ansiedad mínima, el 3.4% se encuentran en el nivel ansiedad marcada y el 1.7% se encuentran en el nivel ansiedad intensa. Hubo una relación significativa (0.01) entre Depresión y Ansiedad en los adultos mayores. Respecto a la relación de las variables, hubo una relación significativa (0.01) entre la dimensión Síntomas Afectivos y Depresión en los adultos mayores. Al igual que, hubo una relación significativa (0.01) entre la dimensión Síntomas Somáticos y Depresión en los adultos mayores. Se concluyó que, hubo una relación significativa entre las variables de estudio.

2.2. Base teórica

2.2.1. Adulto mayor

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera adulto mayor a cualquier individuo que haya superado los 60 años de edad, entrando en la etapa de envejecimiento. Durante esta etapa, los adultos mayores experimentan transformaciones en los ámbitos biológico, psicológico y social. Una de las características principales de este grupo etario es la disminución progresiva de la capacidad adaptativa del organismo frente a nuevas situaciones, derivada de una reducción en las reservas fisiológicas.

2.2.1.1. Cambios físicos relacionados al envejecimiento

Las articulaciones sufren alteraciones en su composición estructural, con un aumento en la rigidez del colágeno, fibrosis periférica, menor elasticidad y desarrollo progresivo de artrosis. Estos cambios están relacionados con la reducción del flujo sanguíneo en

el hueso subcondral, lo que afecta su capacidad de regeneración. Además, se modifican la geometría articular y la distribución de las fuerzas, favoreciendo el deterioro del cartílago (20).

En el sistema óseo, la desmineralización genera una reducción de la densidad ósea, lo que conduce a la osteoporosis y a la disminución del peso del esqueleto. Además, el proceso de envejecimiento provoca una reducción progresiva de la estatura, estimándose una pérdida de aproximadamente un centímetro por cada década, fenómeno asociado a los cambios estructurales en los discos intervertebrales de la columna vertebral (20).

En la musculatura, se observa una reducción en la densidad mitocondrial y en la capacidad oxidativa y respiratoria. Mientras las fibras musculares tipo I apenas varían, el tipo II experimentan una reducción de entre 25% y 50% en número y tamaño, efecto asociado a la falta de actividad física intensa, ya que requieren estímulos específicos para su conservación (20).

2.2.1.2. Cambios fisiológicos relacionados al envejecimiento

El sistema nervioso presenta una reducción del peso cerebral, menor conectividad dendrítica y pérdida de sustancia blanca, lo que ralentiza la conducción nerviosa y los reflejos. Estos cambios pueden afectar la memoria, el aprendizaje, la percepción y el razonamiento. También se deteriora la coordinación sensorio-motora, afectando el equilibrio y el control postural. No obstante, la mayoría de los adultos mayores conserva sus funciones cognitivas sin alteraciones notables (21).

En el sistema respiratorio, la eficiencia disminuye debido a la atrofia y debilidad de los músculos intercostales, cambios óseos y degeneración del parénquima pulmonar. Estos factores reducen el contenido de oxígeno en sangre entre un 10% y un 15%, lo

que aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias y limita la capacidad pulmonar con el tiempo (21).

El sistema cardiovascular experimenta cambios como el agrandamiento del ventrículo izquierdo y la acumulación de grasa en el corazón. La rigidez del colágeno reduce la capacidad contráctil, mientras que el engrosamiento y la pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos, junto con la acumulación de lípidos, dificultan la circulación. Además, el endurecimiento de las válvulas cardíacas afecta la resistencia y disminuye la tolerancia al esfuerzo (21).

2.2.1.3. Cambios psicológicos relacionados al envejecimiento

El envejecimiento genera cambios psicológicos que afectan la cognición y las emociones. Se reduce la actividad psicomotriz, afectando la coordinación y eficiencia de los movimientos. Además, el procesamiento de información se vuelve más lento, dificultando la percepción y análisis de estímulos. La memoria a corto plazo también se ve afectada, lo que dificulta la retención de información reciente (22).

En cuanto a la personalidad, es común que los individuos mayores desarrollen un mayor interés hacia sí mismos, focalizándose en su mundo interior y experiencias personales. Paralelamente, puede surgir una resistencia al cambio y una preferencia por lo familiar, lo que se traduce en una tendencia a rechazar lo desconocido o novedoso (22).

Esta tendencia se manifiesta en una mayor evocación del pasado, utilizando recuerdos y experiencias previas para reforzar la identidad y continuidad personal. Aunque estos cambios son parte natural del envejecimiento, su impacto varía entre individuos. Aspectos como la salud, el nivel educativo, las vivencias personales y el entorno social influyen en la forma en que cada persona afronta y procesa estas transformaciones psicológicas en la vejez (22).

2.2.2. Fragilidad

El concepto de “fragilidad” surgió a finales del siglo XX para describir un estado previo a la discapacidad, que abarca desde una capacidad funcional óptima hasta la pérdida de independencia en las AVD. En 1997, Campbell y Buchner la definieron como un síndrome biológico caracterizado por la reducción de la reserva funcional y la resistencia a los estresores, debido a la acumulación de alteraciones en múltiples sistemas fisiológicos, lo que genera una menor capacidad de adaptación y mayor vulnerabilidad (23).

En 2013, J.E. Morley amplió esta definición, describiéndola como un síndrome médico multifactorial asociado a la pérdida de fuerza, resistencia y función física, lo que incrementa el riesgo de dependencia o muerte. Posteriormente, la Unión Europea de Medicina Geriátrica (ADVANTAGE) la conceptualizó como un deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos ligado al envejecimiento, que reduce la capacidad interna y aumenta la susceptibilidad a problemas de salud (23).

2.2.2.1. Definición

La fragilidad es un síndrome clínico y biológico caracterizado por la disminución de la resistencia física y las reservas fisiológicas en los adultos mayores, lo que los hace más vulnerables ante situaciones de estrés. Este deterioro progresivo, consecuencia del desgaste acumulado de los sistemas fisiológicos, aumenta el riesgo de caídas, enfermedades, discapacidad, hospitalización, institucionalización e incluso mortalidad, afectando significativamente la salud y calidad de vida (24).

La fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por una disminución de las reservas fisiológicas y una menor resistencia a los factores estresantes, resultado de la acumulación de déficits en múltiples sistemas del organismo. Esta condición incrementa la vulnerabilidad de las personas mayores a eventos adversos de salud, como discapacidades, hospitalizaciones y mortalidad (25).

Aunque no existe una definición universalmente aceptada, la fragilidad se entiende comúnmente como un estado intermedio entre el envejecimiento saludable y la dependencia, donde la capacidad de respuesta del individuo a situaciones de estrés se encuentra comprometida. Este síndrome puede involucrar aspectos fisiológicos, clínicos, funcionales, psicológicos y sociales, lo que resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario en su evaluación y manejo (26).

2.2.2.2. Criterios de fragilidad

Los criterios de fragilidad fueron establecidos por Fried et al. (27) y se basan en la identificación de cinco componentes clave que indican un estado de vulnerabilidad en los adultos mayores (28). Estos criterios permiten clasificar a una persona según la cantidad de factores presentes.

- Pérdida de peso no intencionada: Se considera significativa una reducción de al menos el 5% del peso corporal en el último año, lo que puede reflejar una disminución en la masa muscular y reservas energéticas.
- Debilidad muscular: Se mide a través de la fuerza de prensión manual con un dinamómetro. Una reducción en la fuerza muscular es indicativa de sarcopenia y menor capacidad funcional.
- Fatiga o agotamiento: Se evalúa con cuestionarios autoinformados donde la persona expresa sentirse cansada o sin energía para realizar actividades cotidianas.
- Lentitud en la marcha: Se determina midiendo la velocidad al caminar. Una velocidad reducida sugiere deterioro en la movilidad y mayor riesgo de discapacidad.

- **Baja actividad física:** Se relaciona con un nivel insuficiente de ejercicio o movimiento diario, lo que contribuye al debilitamiento muscular y pérdida de autonomía.

2.2.2.3. Valoración de la fragilidad

La fragilidad en adultos mayores es un síndrome clínico que incrementa la vulnerabilidad ante factores de estrés, aumentando el riesgo de discapacidad, hospitalización y mortalidad. Para su identificación y evaluación, se han desarrollado diversas herramientas que permiten valorar el grado de fragilidad y predecir posibles desenlaces adversos en la salud (29).

Existen múltiples instrumentos diseñados para medir la fragilidad, pero no hay un estándar internacional único. Estas herramientas pueden dividirse en dos enfoques principales: unidimensionales, que se centran en aspectos físicos como la movilidad y la fuerza, y multidimensionales, que integran factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales. Dentro de estos enfoques, algunos instrumentos funcionan mejor como herramientas de detección en estudios poblacionales, mientras que otros son más útiles en el entorno clínico para el diagnóstico y planificación del tratamiento (29).

Para la detección rápida de la fragilidad en la práctica clínica, los instrumentos deben ser simples, de fácil aplicación y requerir pocos recursos. Entre las herramientas más utilizadas se encuentran la Edmonton Frail Scale (EFS), la FRAIL Scale, el Indicador de Fragilidad de Tilburg (TFI), el Índice de Vulnerabilidad Clínico-Funcional (IVCF-20) y la Escala de Fragilidad Clínica (CSHA). Estas pruebas han demostrado una adecuada validez y confiabilidad en la identificación de adultos mayores en riesgo de fragilidad (29).

A pesar de la disponibilidad de múltiples instrumentos, sigue existiendo variabilidad en los criterios utilizados para definir la fragilidad, lo que dificulta la estandarización de su medición. Sin embargo, la integración de estas herramientas en la evaluación geriátrica integral permite una mejor identificación del síndrome y facilita la implementación de estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores (29).

2.2.3. Trastorno de ansiedad

El origen etimológico de la palabra “ansiedad” proviene del latín “anxietas”, que se refiere a un estado de congoja o aflicción. Este término latino deriva del adjetivo “anxius”, que significa angustiado o ansioso, y a su vez se relaciona con el verbo “angere”, que significa oprimir o estrechar (30). La ansiedad, objeto de amplias investigaciones en salud mental, se caracteriza por su complejidad y ambigüedad conceptual. La palabra “anxietas”, derivada de la raíz indoeuropea “angh”, también dio origen a los términos “ango” y “angustia”. En épocas anteriores, estos términos se usaban de manera indistinta para describir diversos estados emocionales. Esta ambigüedad en el uso y significado de palabras como ansiedad, angustia, constricción y sufrimiento ha marcado la evolución histórica del concepto, manteniéndolo vigente y relevante hasta la actualidad (31).

Algunos autores definen la ansiedad como aquel estado emocional o sensación generada en respuesta a un estímulo interno o externo considerado como amenazante. Esta respuesta se caracteriza por modificar la fisiología, conducta y condición del individuo. En consecuencia, la ansiedad puede considerarse como un mecanismo adaptativo ante determinadas situaciones, imprescindible para la supervivencia humana y el adecuado desarrollo y funcionamiento del individuo (32).

La ansiedad es un estado emocional caracterizado por una sensación de nerviosismo, preocupación o malestar que surge como respuesta a una amenaza percibida, ya sea real o

imaginaria. Se trata de un mecanismo de defensa natural que prepara al cuerpo para reaccionar ante situaciones de estrés o peligro, activando la respuesta de lucha o huida (33). De manera similar, se describe el trastorno de ansiedad como “la presencia de un miedo y una preocupación excesivos y por trastornos del comportamiento conexos. Los síntomas son lo suficientemente graves como para provocar una angustia o una discapacidad funcional importantes” (34).

2.2.3.1. Prevalencia

Los trastornos de ansiedad representan una preocupación significativa en el ámbito de la salud mental a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 301 millones de personas alrededor del mundo viven con trastornos de ansiedad, número que representa el 4% de la población mundial. Se calcula que aproximadamente 1 de cada 13 personas tiene ansiedad, lo que representa alrededor del 7.3% de la población mundial según algunas revisiones sistemáticas (35). La incidencia de estos trastornos varía notablemente según la región y la metodología empleada en los estudios. Por ejemplo, en España, se estima que el 6,7% de la población ha experimentado trastornos de ansiedad, con una incidencia más alta en mujeres (8,8%) que en hombres. A nivel mundial, la prevalencia oscila entre el 3,8% y el 25%, dependiendo del país y de los métodos de evaluación utilizados (36).

Además, ciertos grupos poblacionales muestran tasas más elevadas de ansiedad. Entre los estudiantes universitarios de primer año, la prevalencia puede alcanzar el 26,4%, lo que refleja el impacto del estrés académico y la adaptación a nuevos entornos. En poblaciones expuestas a situaciones de estrés extremo, como conflictos bélicos, la prevalencia de ansiedad puede aumentar hasta un 16,7% o más (37).

La pandemia de COVID-19 ha exacerbado la situación, con un incremento del 25% en la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión a nivel mundial. Este aumento se

atribuye a factores como el aislamiento social, la incertidumbre económica y el temor al contagio (38).

2.2.3.2. Etiología

Entre las causas más destacadas se encuentran las experiencias traumáticas, que pueden dejar una huella profunda en el individuo, predisponiéndolo a respuestas ansiosas en situaciones futuras. Además, el estrés crónico, derivado de situaciones laborales exigentes o conflictos personales prolongados, ha sido identificado como un factor significativo en el desarrollo de trastornos de ansiedad (39).

Desde una perspectiva biológica, se ha observado que desequilibrios en neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina están asociados con la aparición de síntomas ansiosos. Las alteraciones en la función de estos neurotransmisores pueden afectar la regulación del estado de ánimo y la respuesta al estrés (40).

El entorno social y cultural del individuo es otro componente crucial en la etiología de la ansiedad. La presión social, las expectativas culturales y las experiencias de discriminación o exclusión pueden contribuir significativamente al desarrollo de estos trastornos (41).

La pandemia de COVID-19, que comenzó en 2020, ha sido un factor adicional que ha exacerbado los niveles de ansiedad a nivel mundial. El miedo al contagio, las restricciones de movilidad y la incertidumbre económica han contribuido a un aumento significativo de los casos de ansiedad y otros trastornos mentales. Investigaciones realizadas durante este período han documentado un incremento notable en la prevalencia de estos trastornos, destacando la necesidad de intervenciones efectivas en salud mental (42).

2.2.3.3. Síntomas

Las personas con trastornos de ansiedad pueden experimentar un miedo extremo o una preocupación intensa, ya sea ante situaciones específicas, como crisis de angustia o interacciones sociales, o, en el caso del trastorno de ansiedad generalizada, frente a múltiples eventos cotidianos. Estos síntomas suelen prolongarse durante meses y a menudo conducen a evitar circunstancias que provocan ansiedad.

Entre las manifestaciones más comunes se incluyen dificultad para concentrarse o decidir, irritabilidad, inquietud constante, molestias estomacales, palpitaciones, sudoración, temblores, alteraciones del sueño y una sensación persistente de peligro o fatalidad. Además, estos trastornos aumentan el riesgo de depresión, abuso de sustancias y pensamientos suicidas (43).

2.2.3.4. Clasificación

Existen varios tipos de trastornos de ansiedad según el DMS-V (44), entre ellos:

- **Ansiedad por separación:** Suele presentarse en niños entre los 9 meses y los 2 años y medio como parte del desarrollo normal. Se manifiesta como miedo ante la ausencia de figuras de apego, siendo una respuesta adaptativa, pero puede transformarse en ansiedad cuando la amenaza es difusa.
- **Mutismo selectivo:** Incapacidad persistente para hablar en ciertos contextos sociales, como en la escuela, a pesar de poder comunicarse en otros entornos. Este comportamiento debe durar al menos un mes y no estar limitado al inicio del ciclo escolar.
- **Fobia específica:** Miedo intenso a un objeto o situación en particular, como alturas, volar, ciertos animales o procedimientos médicos.
- **Ansiedad social (fobia social):** Se caracteriza por un miedo abrumador en situaciones sociales donde la persona teme ser juzgada o evaluada, como hablar en público, interactuar con desconocidos o realizar actividades frente a otros

- Trastorno de pánico: Episodios repentinos de miedo extremo que alcanzan su pico en minutos, acompañados de síntomas físicos y emocionales. Estos ataques son impredecibles y recurrentes, generando cambios en la conducta del día a día.
- Trastorno de agorafobia: Temor excesivo a situaciones como viajar en transporte público, estar en espacios abiertos o lugares concurridos, lo que lleva a evitarlas frecuentemente. Puede ocurrir sola o en conjunto con trastorno de pánico.
- Trastorno de ansiedad generalizada: Preocupación constante y desproporcionada durante más de seis meses sobre diferentes aspectos de la vida, como el trabajo o la escuela, y que se acompaña de síntomas como insomnio, fatiga o tensión muscular, que limitan la vida diaria.
- Trastorno de ansiedad inducida por sustancias/medicamentos: Se presenta como resultado del consumo de sustancias o medicamentos, predominando los episodios de ansiedad o pánico en la sintomatología.
- Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica: Surge a raíz de una enfermedad física que provoca síntomas predominantes de ansiedad o ataques de pánico.
- Otros trastornos de ansiedad especificados: Incluye casos donde los síntomas de ansiedad causan malestar o limitaciones funcionales, pero no cumplen todos los criterios de un trastorno específico.
- Trastorno de ansiedad no especificado: Se aplica en situaciones donde no se puede determinar un diagnóstico más específico debido a falta de información, como ocurre en algunos casos de urgencia médica.

2.2.3.5. Medición de la ansiedad

La psicometría se refiere al proceso de medir las capacidades mentales de las personas. Así, las pruebas psicométricas tienen como propósito evaluar el funcionamiento psíquico de un individuo, traduciendo los resultados obtenidos en valores numéricos. Para cumplir su función de manera adecuada, estas pruebas deben garantizar dos características esenciales: validez, que se refiere a la habilidad de medir exactamente lo que pretenden evaluar, y confiabilidad, que asegura la consistencia en los resultados cuando se repiten las mediciones bajo las mismas condiciones. (45).

Entre los instrumentos más utilizados para evaluar la ansiedad se encuentran el Test de Ansiedad de Beck, el Test de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) de Zung. Estas herramientas son complementos valiosos en la labor clínica, tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de las intervenciones terapéuticas. (45).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

Ho: No existe relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi1: Existe relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas somáticos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

Ho1: No existe relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas somáticos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

Hi2: Existe relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

H02: No existe relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El análisis siguió el método Hipotético - deductivo, partiendo de una hipótesis basada en evidencia empírica previamente documentada. A través de este enfoque, se formularon supuestos que fueron sometidos a verificación mediante la recolección y análisis de datos cuantificables (46).

3.2. Enfoque de la investigación

El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, ya que se basó en la recopilación y el análisis estadístico de los datos con el propósito de dar respuesta a la problemática planteada. Además, este enfoque permitió comprobar la hipótesis formulada a partir de la evidencia obtenida (47).

3.3. Tipo y nivel de investigación

La investigación fue de tipo Aplicada, ya que su propósito es ofrecer soluciones concretas a problemáticas específicas mediante la utilización del conocimiento científico para desarrollar estrategias, tecnologías o intervenciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y atiendan las demandas de determinados grupos poblacionales (48). El nivel fue Correlacional, dado que se centró en analizar la relación existente entre dos o más variables sin determinar un vínculo de causalidad directa. Además, permitió identificar asociaciones significativas que aporten a la comprensión del fenómeno estudiado (48).

3.4. Diseño de la investigación

El análisis fue No experimental. “Este diseño explora fenómenos o relaciones entre variables sin intervenir ni controlar los elementos, basándose en la observación pasiva y recolección de información previamente existentes para un análisis detallado sin intervenir en las condiciones naturales del estudio” (49).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población se contabilizó a través de un estudio censal que incluyó a la totalidad de los adultos mayores atendidos en el centro de terapia física Fisiofast Medic. Para delimitar con exactitud la población accesible, se establecieron criterios de inclusión y exclusión. Se solicitó un informe sobre la cantidad de adultos mayores que recibieron tratamiento de fisioterapia en el periodo previo, tomándose como referencia dicho grupo, el cual estuvo conformado por 94 personas atendidas en el centro Fisiofast Medic.

3.5.2. Muestra

La muestra de esta investigación se consideró a la totalidad de los pacientes, la cual fueron 94 personas del centro Fisiofast Medic.

3.5.3. Muestreo

El muestreo fue de carácter no probabilístico y por conveniencia; de acuerdo con este criterio, la selección de los participantes se basó en la disponibilidad y accesibilidad de los adultos mayores que acuden al centro de terapia física Fisiofast Medic.

Criterios de selección:

✓ **Criterios de inclusión:**

- ✓ Personas del Fisiofast Medic.
- ✓ Personas de ambos sexos.
- ✓ Personas de 60 a 80 años.
- ✓ Personas adultas mayores.
- ✓ Personas que piensen con claridad o que estén en estado lucido.
- ✓ Personas que realicen actividades con normalidad.
- ✓ Personas que firmen el consentimiento informado.

✓ **Criterios de exclusión:**

- ✓ Personas que no completen el cuestionario.
- ✓ Personas que presenten demencia.

- ✓ Personas con trastornos mentales severos.
- ✓ Personas con deficiencia visual y/o auditiva.
- ✓ Personas con discapacidad física y/o postrados en cama.
- ✓ Personas que no quieran colaborar en el estudio.

3.6. Variables y operacionalización

<i>Variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Escala valorativa (niveles o rangos)</i>
Fragilidad	Se define como “un estado caracterizado por el deterioro gradual a nivel fisiológico que confiere vulnerabilidad a estresores, incrementando el riesgo de presentar diversos eventos adversos de salud.”	Se realizará mediante la Escala FRAIL, que evalúa la fragilidad en adultos mayores a través de cinco dominios clave.	No presenta dimensiones	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigabilidad • Resistencia • Deambulación • Comorbilidad • Pérdida de peso 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Persona no frágil = 0 puntos • Persona pre frágil = De 1 a 2 puntos • Persona frágil = ≥ 3 puntos
Trastorno de ansiedad	Se define como “la presencia de un miedo y una preocupación excesivos y por trastornos del comportamiento conexos. Los síntomas son lo suficientemente graves como para provocar una angustia o una discapacidad funcional importantes”.	Se realizará mediante la Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung (EAA), que abordan diversas manifestaciones de la ansiedad, tanto de tipo psicológico como somático.	Síntomas somáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Temblor • Dolor en el cuerpo • Fatigas y debilidades • Inquietudes • Palpitación • Mareos • Desmayo • Disnea • Parestesia de dedos • Náusea y vómito • Micción frecuente • Transpiración • Rubor facial • Insomnios • Pesadillas 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de los límites normales o no hay ansiedad presente = Menor a 45% • Presencia de ansiedad mínima o moderada = De 45% a 59% • Presencia de ansiedad marcada o severa = De 60% a 74% • Presencia de ansiedad en grado máximo = Mayor a 74%
			Síntomas cognoscitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Nerviosismo • Miedos • Irritabilidad • Desintegraciones de la conciencia • Aprehensiones 		

3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Este estudio empleó la técnica de encuesta. El proceso de recolección de datos comenzará con la solicitud de autorización formal al representante del centro de terapia física Fisiofast Medic para desarrollar la investigación, recopilar información y difundir los hallazgos en una tesis y artículo científico. Posteriormente, los participantes fueron seleccionados según los criterios establecidos y firmaron el consentimiento informado. La información se obtuvo mediante una ficha que incluirá datos sociodemográficos, nivel de fragilidad y de trastorno de ansiedad. La aplicación de los cuestionarios tomará 15 minutos antes o después de la primera sesión de fisioterapia. Los datos fueron almacenados en una base cifrada con el protocolo Advanced Encryption Standard (AES) para garantizar la confidencialidad.

3.7.2. Instrumentos de recolección de datos

Este estudio empleará 2 cuestionarios muy utilizados para la evaluación de las variables de estudio. Los instrumentos serán la “Escala FRAIL”, “Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)” y una ficha de recolección de datos (Anexo 2), diseñada para recopilar los resultados obtenidos en la evaluación.

Escala FRAIL

La Escala Frail es una herramienta de fragilidad basada en la presencia de características fenotípicas físicas sin evaluación de la cognición. El término “FRAIL” es un acrónimo en inglés que representa cinco dominios clave (Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of Weight), por lo que consta de cinco ítems que abordan aspectos clave: Fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso (50).

Cada ítem se responde de forma dicotómica (sí o no), asignándose un punto por cada respuesta afirmativa, lo que permite una puntuación total que oscila entre 0 y 5. La puntuación obtenida se interpreta de la siguiente manera: una puntuación de 0 indica ausencia de fragilidad, de 1 a 2 puntos sugiere una probable pre-fragilidad, y de 3 a 5 puntos indica una probable fragilidad. Esta clasificación facilita la identificación temprana de individuos en riesgo, permitiendo la implementación de intervenciones preventivas o terapéuticas adecuadas (51).

La aplicación de la Escala FRAIL es sencilla y rápida, requiriendo aproximadamente cinco minutos para su completitud. Puede administrarse de manera presencial o telefónica, sin necesidad de equipamiento especializado ni espacio físico específico, lo que la convierte en una herramienta versátil y accesible en diversos entornos clínicos y comunitarios. La utilización de la Escala FRAIL permite una detección oportuna de este síndrome, facilitando la implementación de estrategias de intervención que pueden mejorar la calidad de vida y la funcionalidad de las personas mayores (52).

Ficha técnica

Nombre:	“Escala FRAIL”
Autor:	Rosas-Carrasco O, Cruz-Arenas E, Parra-Rodríguez L, García-González AI, Contreras-González LH, Szlejf C.
Población:	En 606 participantes
Tiempo:	6 meses entre octubre de 2014 y diciembre de 2015
Momento:	No menciona
Lugar:	En dos municipios del sureste de la Ciudad de México.
Validez:	Se obtuvo una validez convergente moderada, con un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0.63 en relación con los criterios de Fried (53).

Confiabilidad:	Se obtuvo una adecuada consistencia interna con valores rho que oscilaron entre 0.41 y 0.74. La consistencia externa fue alta, con un CCI de 0.82 en la fiabilidad interevaluador (53).
Tiempo de llenado:	5 minutos
Número de ítems:	5 ítems
Dimensiones:	No presenta dimensiones
Alternativas de respuesta:	Todo el tiempo, La mayoría de las veces, Parte del tiempo, Un poco del tiempo, En ningún momento, Si y No
Baremos (niveles, grados) de la variable:	<ul style="list-style-type: none"> • Persona no frágil = 0 puntos • Persona pre frágil = De 1 a 2 puntos • Persona frágil = ≥ 3 puntos

Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)

En 1965, el psiquiatra William W. K. Zung creó la Escala de Autoevaluación de Ansiedad con el objetivo de cuantificar la intensidad de la ansiedad y clasificar sus niveles (54). Su primera aplicación tuvo lugar en pacientes de consulta externa del Duke Psychiatry Hospital en Estados Unidos. Este instrumento consta de 20 ítems formulados en lenguaje sencillo para facilitar su comprensión y aplicación. Su resolución no suele tomar más de diez minutos. Cada ítem evalúa síntomas de ansiedad en una dirección positiva, si refleja un rasgo característico de esta condición, o en una dirección negativa, si describe un estado opuesto (55).

Los ítems que siguen una dirección positiva incluyen síntomas como cefaleas, mareos, fatiga, insomnio, nerviosismo y taquicardia. En contraste, los que siguen una dirección negativa abordan aspectos como respiración normal, temperatura estable de las manos y facilidad para conciliar el sueño. La escala utiliza un formato de respuesta tipo Likert con opciones: nunca, a veces, casi siempre y siempre, asignando puntajes de 1 a 4. En los ítems positivos, “nunca” equivale a 1 punto y “siempre” a 4; en los negativos, la puntuación se invierte. La puntuación total, que oscila entre

20 y 80, se expresa en porcentaje dividiendo el resultado entre 80 y multiplicándolo por 100 (55).

Ficha técnica

Nombre:	“Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)”
Autor:	Susana de la Ossa, Yuleima Martínez, Edwin Herazo, Adalberto Campo
Población:	221 estudiantes universitarios de medicina y psicología
Tiempo:	No menciona
Momento:	No menciona
Lugar:	En una universidad privada del segundo semestre del año 2006.
Validez:	Fue realizado mediante un análisis de factores exploratorio para evaluar su estructura. Se identificaron tres factores principales que explicaron en conjunto el 40.1% de la varianza total (56).
Confiabilidad:	Presenta un α de Cronbach de 0.77 (56).
Tiempo de llenado:	10 min.
Número de ítems:	20 ítems
Dimensiones:	Síntomas somáticos y síntomas afectivos
Alternativas de respuesta:	Mediante la escala Likert de 1, 2, 3 y 4; que corresponde a “Nunca o Raras veces”, “Algunas veces”, “Con frecuencia” y “Siempre o casi siempre”; respectivamente.
Baremos (niveles, grados) de la variable:	<ul style="list-style-type: none"> • Menor a 45% = Dentro de los límites normales o no hay ansiedad presente. • De 45% a 59% = Presencia de ansiedad mínima o moderada. • De 60% a 74% Presencia de ansiedad marcada o severa. • Mayor a 74% = Presencia de ansiedad en grado máximo.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos de los participantes se almacenaron en un banco de datos central y fue procesada mediante el software “IBM SPSS Statistics” versión 28.0. Para facilitar la interpretación de los resultados, se elaboraron gráficos unidimensionales y bidimensionales utilizando

“Microsoft Excel” 2023. El análisis de los datos se centró en el uso de estadísticas descriptivas a través de la distribución de frecuencias, permitiendo organizar y resumir la información recopilada.

Prosiguiendo, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para determinar la relación entre las variables. Según la distribución obtenida, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$ para la validación de los resultados y la posible refutación de la hipótesis nula.

3.9. Aspectos éticos

La información recopilada se utilizó exclusivamente con fines investigativos y estuvo restringida al acceso de los investigadores, en cumplimiento de regulaciones internacionales como la Declaración de Helsinki. El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, asegurando el cumplimiento de los protocolos legales y éticos. Asimismo, se implementaron medidas de bioseguridad y se garantizó la protección de los datos personales conforme a la Ley N° 29733.

Los principios bioéticos guiaron el desarrollo de la investigación, asegurando el respeto y la dignidad de los participantes. El principio de beneficencia estableció la obligación de evitar causar daño y, en su lugar, procurar el mayor beneficio posible. Cada participante fue informado sobre el objetivo del estudio y los beneficios directos e indirectos. En cuanto a la justicia, se garantizó la igualdad en el acceso a los bienes, evitando cualquier forma de discriminación y asegurando un trato equitativo para todos los involucrados.

El principio de no maleficencia, basado en el concepto “primum non nocere” o “primero, no hacer daño”, se aplicó a lo largo de toda la investigación. A los participantes se les explicó que su intervención en el análisis no implicaba riesgos para su bienestar. Finalmente, el principio de autonomía garantizó el derecho de cada persona a tomar decisiones libres sobre

su participación. La inclusión en el estudio fue completamente voluntaria, respetando la autodeterminación de cada individuo.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

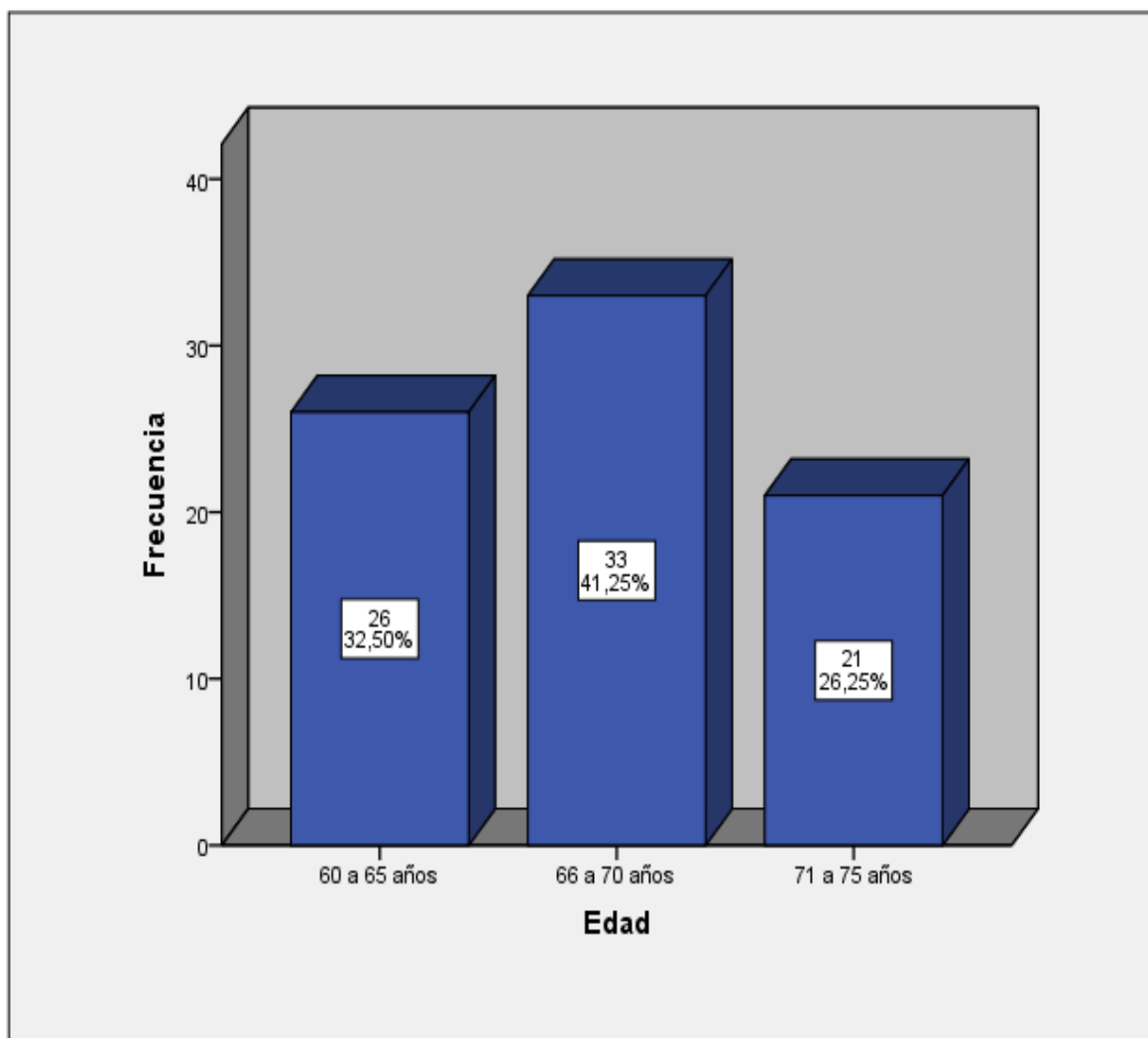
Durante el periodo 2025, un grupo de 80 pacientes de la tercera edad de Fisiofast Medic – tanto hombres como mujeres que cumplían con los criterios establecidos de inclusión y exclusión– formaron parte del estudio. Posteriormente, se detallan los hallazgos recopilados

4.1.1 Características sociodemográficas de la muestra

Tabla n.º1: Distribución por grupo etario.

Edad			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
60 a 65 años	26	32,5	32,5
66 a 70 años	33	41,3	73,8
71 a 75 años	21	26,3	100
Total	80	100	

Figura n.º1: Distribución por grupo etario.

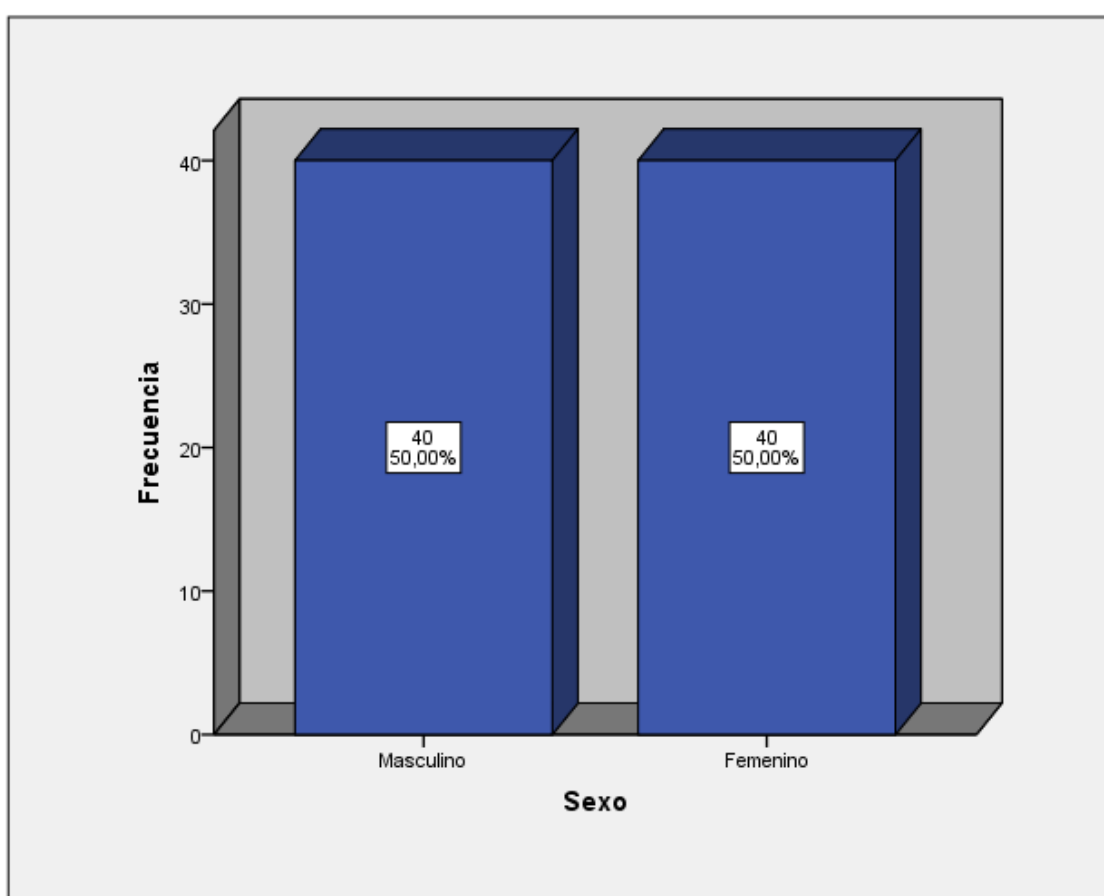


La Tabla n.º1 y la Figura n.º1 muestran la distribución de los participantes según su grupo etario. La mayoría pertenece al grupo de 66 a 70 años (41,3%), seguido del grupo de 60 a 65 años (32,5%). Los participantes de 71 a 75 años constituyen el 26,3% restante. Esto indica que más de dos tercios de la muestra se concentra en el rango de 60 a 70 años.

Tabla n.º2: Distribución por sexo.

Sexo			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	40	50	50
Femenino	40	50	100
Total	80	100	

Figura n.º2: Distribución por sexo.



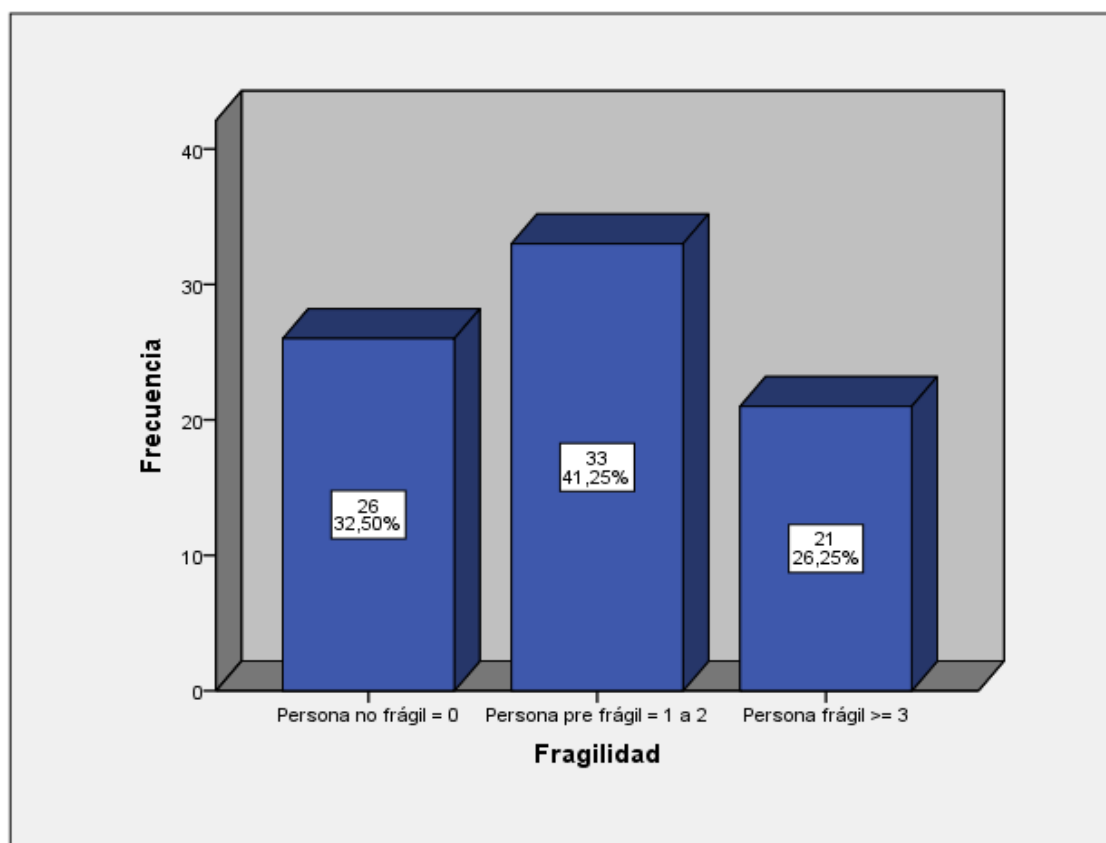
La Tabla n.º2 y la Figura n.º2 muestran la distribución de los participantes según su sexo. Se observa una proporción equitativa entre ambos géneros, con 50,0% de varones y 50,0% de mujeres.

4.1.2 Características clínicas de la muestra

Tabla n.º3: Distribución por nivel de fragilidad.

Fragilidad			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Persona no frágil = 0	26	32,5	32,5
Persona pre frágil = 1 a 2	33	41,3	73,8
Persona frágil \geq 3	21	26,3	100
Total	80	100	

Figura n.º3: Distribución por nivel de fragilidad.

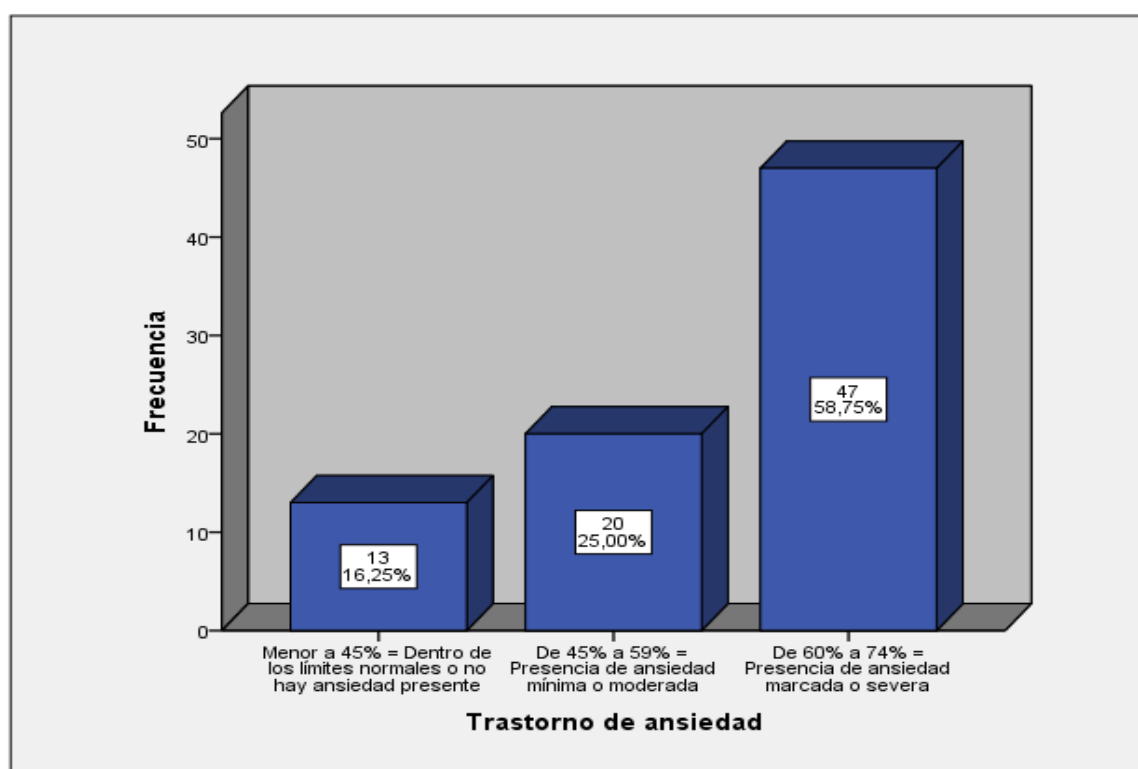


La Tabla n.º3 y la Figura n.º3 muestran la distribución de los participantes según su nivel de fragilidad. La mayoría se encuentra en el grupo de personas pre frágiles (41,3%), seguido de las personas no frágiles (32,5%). Por último, el 26,3% corresponde al grupo de personas frágiles.

Tabla n.º4: Distribución por nivel de trastorno de ansiedad.

Trastorno de ansiedad			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menor a 45% = Dentro de los límites normales o no hay ansiedad presente	13	16,3	16,3
De 45% a 59% = Presencia de ansiedad mínima o moderada	20	25,0	41,3
De 60% a 74% = Presencia de ansiedad marcada o severa	47	58,8	100
Total	80	100	

Figura n.º4: Distribución por nivel de trastorno de ansiedad.

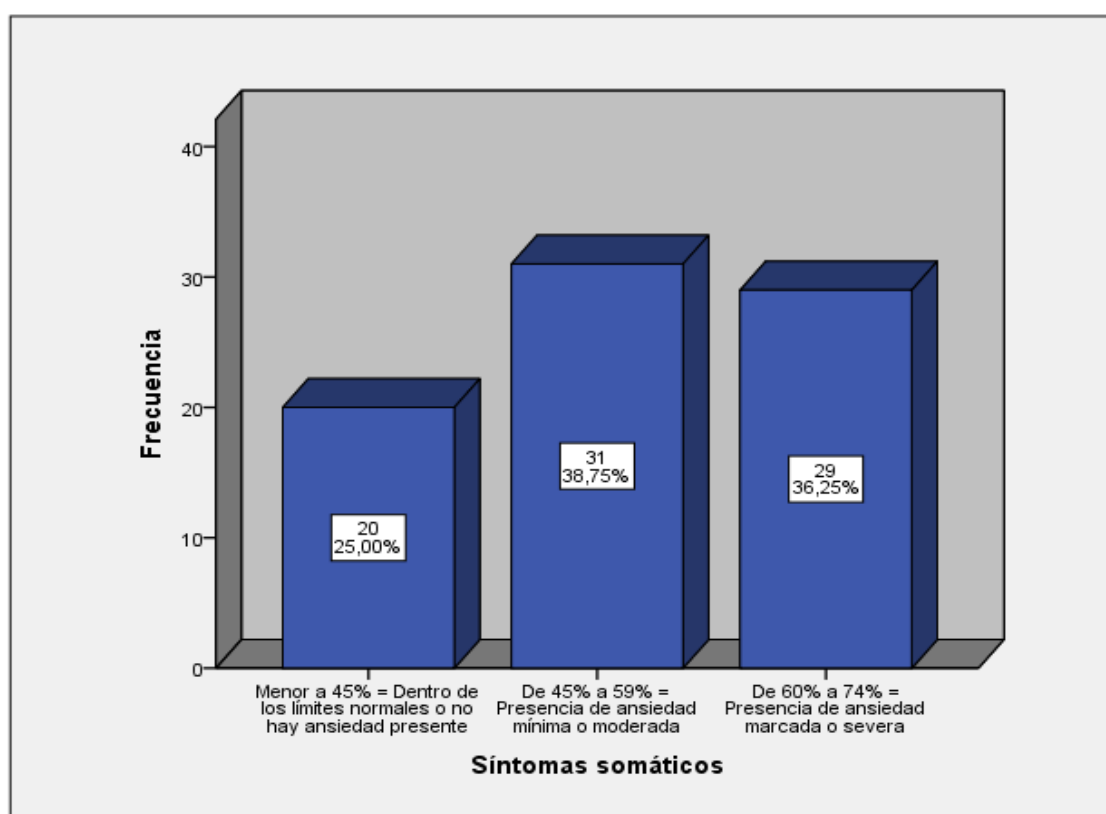


La Tabla n.º4 y la Figura n.º4 presentan la distribución de los participantes según su nivel de trastorno de ansiedad. La mayoría muestra presencia de ansiedad marcada o severa (58,8%), seguida del grupo con ansiedad mínima o moderada (25,0%). Solo el 16,3% de los adultos mayores evaluados se encuentra dentro de los límites normales o sin ansiedad. Estos resultados sugieren una alta prevalencia de ansiedad entre los participantes del estudio.

Tabla n.º5: Distribución de la dimensión síntomas somáticos del trastorno de ansiedad.

Síntomas somáticos			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menor a 45% = Dentro de los límites normales o no hay ansiedad presente	20	25,0	25,0
De 45% a 59% = Presencia de ansiedad mínima o moderada	31	38,8	63,8
De 60% a 74% = Presencia de ansiedad marcada o severa	29	36,3	100
Total	80	100	

Figura n.º5: Distribución de la dimensión síntomas somáticos del trastorno de ansiedad.

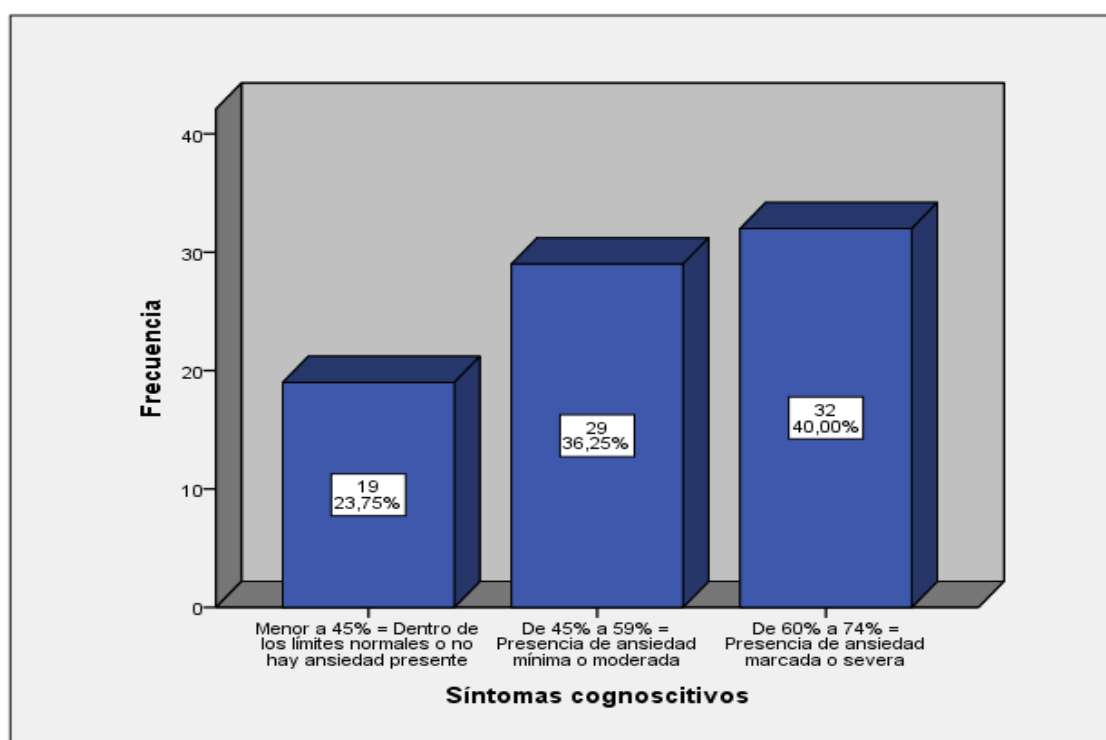


La Tabla n.º5 y la Figura n.º5 muestran la distribución de los participantes según la dimensión de síntomas somáticos del trastorno de ansiedad. La mayor proporción corresponde al grupo con presencia de ansiedad mínima o moderada (38,8%), seguido del grupo con ansiedad marcada o severa (36,3%). Por último, el 25,0% se encuentra dentro de los límites normales o sin ansiedad.

Tabla n.º6: Distribución de la dimensión síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad.

Síntomas cognoscitivos			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menor a 45% = Dentro de los límites normales o no hay ansiedad presente	19	23,8	23,8
De 45% a 59% = Presencia de ansiedad mínima o moderada	29	36,3	60
De 60% a 74% = Presencia de ansiedad marcada o severa	32	40	100
Total	80	100	

Figura n.º6: Distribución de la dimensión síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad.



La Tabla n.º6 y la Figura n.º6 muestran la distribución de los participantes según la dimensión de síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad. La mayor proporción corresponde al grupo con presencia de ansiedad marcada o severa (40,0%), seguido del grupo con ansiedad mínima o moderada (36,3%). Finalmente, el 23,8% de los adultos mayores evaluados se encuentra dentro de los límites normales o sin ansiedad.

4.1.3 Prueba de normalidad.

Tabla n.º7: Prueba de normalidad de las variables y dimensiones de estudio.

Pruebas de normalidad			
	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Fragilidad	,214	80	,000
Trastorno de ansiedad	,363	80	,000
Síntomas somáticos	,235	80	,000
Síntomas cognoscitivos	,256	80	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

La Tabla n.º7 muestra los resultados de la prueba de normalidad para las variables y dimensiones de estudio. Se observa que la variable fragilidad, el trastorno de ansiedad, así como sus dimensiones de síntomas somáticos y síntomas cognoscitivos, no presentan una distribución normal, ya que en todos los casos el valor de significancia es 0,000.

Estos resultados indican que la relación entre estas variables debe ser analizada mediante estadísticos no paramétricos, como el coeficiente de correlación de Spearman.

4.1.4 Prueba de hipótesis

4.1.4.1 Hipótesis General

H1: Existe relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

H0: No existe relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

Se utilizará el coeficiente de correlación de Spearman, dado que se analizarán variables cualitativas ordinales con distribución no normal.

Tabla n.º8: Relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad.

Correlaciones			
		Fragilidad	Trastorno de ansiedad
Fragilidad	Coeficiente de correlación	1,000	,301**
	Sig. (bilateral)	.	,007
	N	80	80
Trastorno de ansiedad	Coeficiente de correlación	,301**	1,000
	Sig. (bilateral)	,007	.
	N	80	80

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Conclusión: En la Tabla n.º8 se observa que la relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad es significativa ($p = 0.007 < 0.05$), con un coeficiente de Spearman de 0,301. Se concluye que estas dos variables presentan una relación positiva y débil.

4.1.4.2 Hipótesis Específica 1

H1: Existe relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas somáticos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

H0: No existe relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas somáticos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

Tabla n.º9: Relación entre la fragilidad y la dimensión síntomas somáticos del trastorno de ansiedad.

Correlaciones			
		Fragilidad	Síntomas somáticos
Fragilidad	Coeficiente de correlación	1,000	,172
	Sig. (bilateral)	.	,127
	N	80	80
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	,172	1,000
	Síntomas somáticos Sig. (bilateral)	,127	.
	N	80	80

Conclusión: En la Tabla n.º9 se observa que la relación entre la fragilidad y la dimensión síntomas somáticos del trastorno de ansiedad no es significativa ($p = 0.127 > 0.05$), con un coeficiente de Spearman de 0,172. Se concluye que no existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

4.1.4.3 Hipótesis Específica 2

H1: Existe relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

H0: No existe relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.

Tabla n.º10: Relación entre la fragilidad y la dimensión síntomas somáticos del trastorno de ansiedad.

Correlaciones			
		Fragilidad	Síntomas cognoscitivos
Fragilidad	Coeficiente de correlación	1,000	,264*
	Sig. (bilateral)	.	,018
	N	80	80
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	,264*	1,000
	Sig. (bilateral)	,018	.
	N	80	80

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Conclusión: En la Tabla n.º8 se observa que la relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad es significativa ($p = 0.018 < 0.05$), con un coeficiente de Spearman de 0,204. Se concluye que ambas variables presentan una relación positiva y débil.

4.2 Discusión de Resultados

- ✓ Respecto a la distribución por grupo etario, el presente estudio encontró que la mayoría de los participantes tiene entre 66 y 70 años (41,3%), seguido del grupo de 60 a 65 años (32,5%). Estos resultados difieren parcialmente del estudio de Navarra et al. (11), donde predominaron los adultos mayores entre 70 y 79 años, y del estudio de Barbosa da Silva et al. (13), cuya media fue de 70,4 años. Aunque en todos los casos se confirma que la población adulta mayor se concentra en la tercera edad, el grupo predominante varía entre estudios. En cuanto al sexo, se observó una

distribución equitativa, con un 50% de hombres y 50% de mujeres. Este hallazgo contrasta con los reportados por Bellota (14) y Requelme (17), donde se evidenció una mayor participación femenina (67% y 55%, respectivamente), así como con Lv et al. (12), quienes también reportaron una mayor afectación de fragilidad en mujeres.

- ✓ En relación con el nivel de fragilidad, se encontró que el 41,3% de los adultos mayores son pre frágiles, el 32,5% no frágiles y el 26,3% frágiles. Estos resultados coinciden parcialmente con los reportes de Lv et al. (12), quienes encontraron un 27,2% de fragilidad y un 58,9% de prefragilidad en una muestra mayor. Asimismo, concuerdan con Requelme (17), quien halló una prevalencia de fragilidad del 43,3% y de prefragilidad del 36,7%. Por tanto, se confirma que la fragilidad es un fenómeno prevalente en adultos mayores, aunque los porcentajes pueden variar según el contexto y la muestra.
- ✓ Respecto al trastorno de ansiedad, se encontró que el 58,8% de los adultos mayores presenta ansiedad marcada o severa, mientras que el 25,0% presenta ansiedad mínima o moderada. Estos resultados difieren de los reportes de García (15), quien halló que el nivel de ansiedad mínima o moderada predominó en el 58,7% de los participantes.
- ✓ En cuanto a la dimensión de síntomas somáticos del trastorno de ansiedad, se observó que el 38,8% de los participantes presenta ansiedad mínima o moderada y el 36,3% ansiedad marcada o severa. Este patrón sugiere una alta presencia de sintomatología física asociada a la ansiedad. Aunque Santos (18) identificó una relación significativa entre ansiedad y síntomas somáticos, en su estudio la mayoría de adultos mayores (51,7%) se ubicaba dentro de los límites normales de ansiedad, lo cual contrasta con nuestros hallazgos.

- ✓ En la dimensión de síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad, el 40,0% presentó ansiedad marcada o severa, mientras que el 36,3% mostró niveles mínimos o moderados. Estos resultados coinciden parcialmente con lo descrito por Santos (18), quien también identificó una relación significativa entre síntomas afectivos (cognoscitivos) y niveles de ansiedad, aunque con menor prevalencia.
- ✓ En cuanto a la relación entre fragilidad y trastorno de ansiedad, se encontró una correlación positiva y débil, pero significativa ($\rho = 0,301$). Este hallazgo coincide con lo reportado por Bellota (14), quien evidenció una relación entre fragilidad y deterioro cognitivo con afectación funcional, y con los resultados de Lv et al. (12), que mostraron que la fragilidad se asocia a mayor riesgo de resultados adversos en adultos mayores.
- ✓ Al analizar la dimensión de síntomas somáticos, se observó una correlación positiva pero no significativa con la fragilidad. Este resultado difiere de lo hallado por Santos (18), donde sí se reportó una relación significativa entre síntomas somáticos y trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión.
- ✓ Finalmente, la dimensión de síntomas cognoscitivos mostró una relación positiva y débil con la fragilidad ($\rho = 0,26$), lo cual concuerda parcialmente con los hallazgos de Bellota (14), quien evidenció una asociación entre deterioro cognitivo, fragilidad y reducción de la capacidad funcional.

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Distribución por grupo etario y sexo

- Se observa que la mayoría de los participantes se encuentra entre los 66 y 70 años (41,3%), lo que difiere de estudios previos que ubicaron el predominio en franjas etarias ligeramente mayores (por ejemplo, entre 70 y 79 años o con una media de 70,4 años). Esto apunta a posibles variaciones en las características muestrales y en los criterios de reclutamiento entre investigaciones. La distribución equitativa (50% hombres y 50% mujeres) contrasta con investigaciones previas donde se observó mayor participación femenina y, en algunos casos, una mayor afectación a la fragilidad en mujeres. Esto podría reflejar diferencias en las estrategias de muestreo o en las características específicas de la población estudiada.

Relación entre fragilidad y trastorno de ansiedad

- Se halló una correlación positiva y débil, pero significativa ($\rho = 0,301$), entre la fragilidad y el trastorno de ansiedad. Este resultado apoya la existencia de una interrelación en la que, a mayor fragilidad, aumenta la probabilidad de presentar ansiedad, en consonancia con estudios previos

Relación entre síntomas somáticos y fragilidad

- La correlación positiva entre los síntomas somáticos y la fragilidad, a pesar de no ser estadísticamente significativa, sugiere la presencia de una tendencia que podría

ser relevante en determinados contextos. Esta discrepancia respecto a otros estudios

Relación entre síntomas cognoscitivos y fragilidad

Relación entre síntomas cognoscitivos y fragilidad

- La relación positiva y débil ($\rho = 0,26$) entre los síntomas cognoscitivos y la fragilidad respalda la hipótesis de que el deterioro de la función cognitiva está vinculado a una mayor fragilidad en adultos mayores, concuerdo parcialmente con hallazgos de investigaciones previas.

5.2 Recomendaciones

Distribución por grupo etario y sexo

- Es importante profundizar en el análisis estratificado por sexo para examinar si existen diferencias en la manifestación de la fragilidad o de otros desenlaces relacionados. Evaluar variables adicionales (como condiciones de salud, estilo de vida o factores socioeconómicos) contribuirá a comprender mejor la influencia del género en estos fenómenos. Se sugiere ampliar y diversificar la muestra, incorporando participantes de distintas franjas etarias. Además, realizar análisis comparativos y subanálisis por grupos de edad permitirá identificar si las diferencias responden a aspectos contextuales o metodológicos, lo cual facilitará la generalización de los resultados

Relación entre fragilidad y trastorno de ansiedad

- Se recomienda diseñar estudios que exploren los mecanismos subyacentes a esta relación, considerando factores mediadores o moderadores como el soporte social, el estado de salud general o el deterioro cognitivo. Asimismo, desarrollar estrategias de intervención integradas que aborden simultáneamente aspectos físicos y emocionales podría mejorar la calidad de vida de esta población.

Relación entre síntomas somáticos y fragilidad

- Ampliar la muestra y utilizar instrumentos de medición más sensibles podría ayudar a clarificar esta relación. También es recomendable incorporar análisis multifactoriales que incluyan otros determinantes de la fragilidad, de modo que se pueda comprender de forma integral la repercusión de los síntomas somáticos en la condición de fragilidad

Relación entre síntomas cognoscitivos y fragilidad

- Se sugiere profundizar en la evaluación de la capacidad cognitiva mediante herramientas neuropsicológicas especializadas y desarrollar programas de estimulación cognitiva. Intervenir en este ámbito podría contribuir a mitigar los procesos de fragilidad y a mantener la funcionalidad y calidad de vida de la población adulta mayor.

CAPITULO VI: . REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. United Nations. Envejecimiento | Naciones Unidas [Internet]. United Nations. 2019. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. www.who.int. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Organización Mundial de la Salud. La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2016. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/19-05-2016-life-expectancy-increased-by-5-years-since-2000-but-health-inequalities-persist?utm_source=chatgpt.com
4. Organización mundial de la salud. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. www.who.int. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
5. CEPAL. Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe [Internet]. www.cepal.org. 2023. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>

6. Cisneros GE, Ausín B. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* [Internet]. 2019; 54(1):34–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.009>
7. Minsa: Alerta con la fragilidad en el adulto mayor [Internet]. Gob.pe. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14834-minsa-alerta-con-la-fragilidad-en-el-adulto-mayor>
8. Auna. Salud mental en el adulto mayor: Importancia y principales cuidados [Internet]. Auna.pe. 2021. Disponible en: <https://blog.auna.pe/salud-mental-en-el-adulto-mayor-importancia-y-principales-cuidados>
9. Acosta-Illatopa E, Lama-Valdivia J, García-Solórzano F. Síndrome de fragilidad en adultos mayores de una comunidad rural de los andes peruanos. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* [Internet]. 2021; 21(2):309–15. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000200309
10. Mayhuasca MP, Muñoz MYJ. Prevalencia y factores asociados a ansiedad en adultos mayores del programa de atención domiciliaria de ESSALUD en Lima Metropolitana en el contexto de la pandemia por COVID-19, 2023. Universidad de San Martín de Porres; 2024.
11. Davis-Varona L. Evaluación del estado de fragilidad en adultos mayores aplicando la escala FRAIL. *Arch méd Camagüey* [Internet]. 2024; 28(0):10046. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/10046/4862> “F.ARRIETA.C”
12. Lv J, Li R, Yuan L, Yang X-L, Wang Y, Ye Z-W, et al. Research on the frailty status and adverse outcomes of elderly patients with multimorbidity. *BMC Geriatr* [Internet]. 2022; 22(1):560. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-022-03194-1>

13. Barbosa da Silva A, Queiroz de Souza I, da Silva IK, Borges Lopes Tavares da Silva M, Oliveira Dos Santos AC. Factors associated with frailty syndrome in older adults. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2020; 24(2):218–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-020-1310-y>
14. Bellota, JE. Deterioro cognitivo, fragilidad y capacidad funcional en la persona adulta mayor en un centro integral de atención Lima, 2024. Universidad Norbert Wiener; 2024.
15. García FL. Ansiedad en adultos mayores en el distrito de Aguas Verdes durante la Covid19 Tumbes, 2022. Universidad Nacional de Tumbes; 2024.
16. Casimiro G. Fragilidad y riesgo de caídas de adultos mayores en centros de atención de terapia física en el distrito de Surquillo, 2023. Universidad Norbert Wiener; 2024.
17. Requelme MR. Fragilidad en los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Carmen Alto de Comas, lima - 2020. Universidad Norbert Wiener; 2020.
18. Santos M. Depresión y ansiedad en los adultos mayores del Hogar San José, Chiclayo – 2019. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2020.
19. Adulto mayor [Internet]. Defensoria del Pueblo - Perú. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/grupos_de_proteccion/adultos-mayores/
20. Stefanacci RG. Cambios corporales relacionados con el envejecimiento [Internet]. Manual MSD versión para público general. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/cambios-corporales-relacionados-con-el-envejecimiento?ruleredirectid=758>
21. Cuellar EPMF. para el médico internista [Internet]. Net.pe. Disponible en: https://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/geriatria_para_el_internista.pdf
22. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Cambios psicosociales del envejecimiento [Internet]. gob.mx. Disponible en:

- <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cambios-psicosociales-del-envejecimiento?idiom=es>
23. Rodríguez Mañas L. La fragilidad, una perspectiva a lo largo del tiempo. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2021; 95:12. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/453>
 24. Santa Cruz LM, Sánchez A. COMPORTAMIENTO DE LA FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR. En: *Morfovirtual 2020* [Internet]. Morfovirtual2020.sld.cu. 2020. Disponible en: <http://www.morfovirtual2020.sld.cu/index.php/morfovirtual/morfovirtual2020/paper/view/605/532>
 25. Sist X. Prevenció de la fragilitat en ancians pre-fràgils: efectivitat d'una intervenció a l'atenció primària. *Handlenet* [Internet]. 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/393984>
 26. Solano JJ. Fragilidad: un concepto atractivo con necesidad de desarrollo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2006; 41:5-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13096071>
 27. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* [Internet]. 2001; 56(3):M146-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
 28. Síndrome de Fragilidad en Adultos Mayores. Criterios de Fried [Internet]. *Vejezplena.com*. Disponible en: <https://vejezplena.com/criterios-de-fried-sindrome-de-fragilidad-en-adultos-mayores/>
 29. Rubio I. Herramientas de valoración de la fragilidad en el adulto mayor. *Facultade de Enfermaría e Podoloxía, Universidad de Santiago de Compostela*; 2019.

30. ANSIEDAD [Internet]. Etimologías de Chile - Diccionario que explica el origen de las palabras. Disponible en: <https://etimologias.dechile.net/?ansiedad>
31. Pichot P. The semantics of anxiety. Hum Psychopharmacol [Internet]. 1999; 14(S1):S22–8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1077\(199908\)14:1+<s22::aid-hup114>3.3.co;2-m](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1099-1077(199908)14:1+<s22::aid-hup114>3.3.co;2-m)
32. Sierra J. C, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade [Internet]. 2003; 3(1):10 - 59. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
33. Barnhill JW. Introducción a los trastornos de ansiedad [Internet]. Manual MSD versión para público general. Manuales MSD; 2020. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-ansiedad>
34. World Health Organization. Trastornos mentales [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-disorders>
35. Estadísticas de Ansiedad en 2023 | SingleCare [Internet]. www.singlecare.com. Disponible en: <https://www.singlecare.com/es/recursos/estadisticas-de-ansiedad>
36. Domínguez Domínguez JA, Expósito Duque V, Torres Tejera E. Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. Atención Primaria Práctica [Internet]. 2024; 6(2):100194. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appr.2024.100194>
37. Cardona-Arias JA, Perez-Restrepo D, Rivera-Ocampo S, Gómez-Martínez J. Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. Diversitas [Internet]. 2015; 11(1):79. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982015000100006

38. La pandemia de COVID-19 aumenta en un 25% la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
39. Rodríguez M. Lo que las experiencias traumáticas le hacen al cerebro y al cuerpo. BBC [Internet]. 2022; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-61045194>
40. Neurotransmisores y Ansiedad: Conexiones Esenciales - Terapia Online Presencial Madrid [Internet]. Mentessabiertaspsicologia.com. Terapia Online Presencial Madrid | Mentess Abiertas. Disponible en: <https://www.mentessabiertaspsicologia.com/blog-psicologia/neurotransmisores-y-ansiedad-conexiones-esenciales>
41. Expósito-Duque V, Torres-Tejera ME, Domínguez Domínguez JA. Determinantes sociales de la ansiedad en el siglo XXI. Atención Primaria Práctica [Internet]. 2024; 6(2):100192. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appr.2024.100192>
42. Nicolini H. Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. Cir Cir [Internet]. 2023; 88(5):542–7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2020000500542
43. Wright K, McKeown RM, editores. Essentials of mental health nursing. Christchurch, Nueva Zelanda: Sage Publications; 2018.
44. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2014; 62(110):62–9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/306536968_Los_Trastornos_de_Ansiedad_en_el_DSM-5_Cuadernos_de_medicina_psicosomatica_y_psiquiatria_de_enlace

45. Arrimada M. Los 12 instrumentos de evaluación de los trastornos de ansiedad [Internet]. pymOrganization. 2022. Disponible en: <https://psicologiamente.com/clinica/instrumentos-evaluacion-trastornos-ansiedad>
46. Arispe, C. Yangali, J. Guerrero, M., Rivera, O; Acuña, L; Arellano, C. La investigación Científica, una aproximación para los estudios de posgrado. Universidad Internacional del Ecuador, 2020. Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/4310/1/LA%20INVESTIGACION%20CIENTIFICA.pdf>
47. Hernández-Sampieri R. & Mendoza C. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: LAS RUTAS CUANTITATIVA, CUALITATIVA Y MIXTA. Duluth, MN, Estados Unidos de América: McGrawhill; 2018.
48. Ñaupas Paitán H, Valdivia Dueñas MR, Palacios Vilela JJ y Romero Delgado HE. Metodología de la investigación: cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. 2018.
49. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C y Baptista Lucio, P. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. McGraw-Hill Companies; 2014.
50. Cardiel J, Ruiz J, Benito-Ruiz E, Guerrero P, Lobera E, Fickinger A. Envejecimiento, fragilidad y escalas de medición. [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/envejecimiento-fragilidad-y-escalas-de-medicion/>
51. Olalla AB. Escala FRAIL [Internet]. Fisioterapia para fisioterapeutas y pacientes - lafisioterapia.net. 2022. Disponible en: <https://lafisioterapia.net/escala-frail/>
52. Síndrome de fragilidad y ejercicio físico. Consejos para pacientes [Internet]. Disponible en: <https://mailing.ordesalab.com/ordesa-academy-healthy-aging/materiales/sindrome-fragilidad-ejercicio-fisico.pdf>

53. Rosas-Carrasco O, Cruz-Arenas E, Parra-Rodríguez L, García-González AI, Contreras-González LH, Szlejf C. Cross-cultural adaptation and validation of the FRAIL scale to assess frailty in Mexican adults. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2016; 17(12):1094–8. Disponible en: <http://repositorio.inger.gob.mx/jspui/bitstream/20.500.12100/17335/1/Journal%20of%20the%20American%20Medical%20Directors%20Association%20%281525-8610%29%20Vol.%2017%20%282016%29.pdf>
54. Inventario de Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA) [Internet]. Unicesar.edu.co. 2025. Disponible en: <https://saeupc.unicesar.edu.co/index.php?sid=48322&lang=es>
55. Olivera Q. Test de Ansiedad de Zung [Internet]. Scribd. 2021. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/508920084/Test-de-ansiedad-de-zung>
56. De la Ossa S, Martínez Y, Herazo E, Campo A. Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad [Internet]. Org.br. 2009. Disponible en: <https://www.bioline.org.br/pdf?rc09009>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

“FRAGILIDAD Y TRASTORNO DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL FISIOFAST MEDIC, PERIODO 2025”

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Formulación de hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025? • ¿Cuál es la relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas somáticos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025? • ¿Cuál es la relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025? 	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025. • Identificar la relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas somáticos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025. • Identificar la relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025. 	<p>Hipótesis general: Hi: Existe relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025. Ho: No existe relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.</p> <p>Hipótesis específicas: Hi1: Existe relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas somáticos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025. Ho1: No existe relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas somáticos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025. Hi2: Existe relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025. Ho2: No existe relación entre la fragilidad y la dimensión Síntomas cognoscitivos del trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025.</p>	<p>Variable 1: Fragilidad</p> <p>Variable 2: Trastorno de ansiedad</p> <p>Variable control: Características sociodemográficas</p>	<p>Método de la investigación: Hipotético - Deductivo</p> <p>Enfoque de la investigación: Cuantitativo</p> <p>Tipo y nivel de investigación: Tipo aplicado y de nivel correlacional</p> <p>Diseño de la investigación: No experimental, prospectivo y de corte transversal</p> <p>Población: Estará conformada por todos los adultos mayores atendidos en el centro de terapia física Fisiofast Medic, de referencia a 94 personas del centro Fisiofast Medic.</p> <p>Muestra: Serán 94 personas del centro Fisiofast Medic.</p> <p>Muestreo: Será de tipo no probabilístico y por conveniencia.</p>

Anexo 2: Instrumento

ESCALA FRAIL

Código: _____

FATIGABILIDAD
¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas se sintió cansado/a?
1 = Todo el tiempo 2 = La mayoría de las veces 3 = Parte del tiempo 4 = Un poco del tiempo 5 = En ningún momento
Las respuestas de «1» o «2» se califican con 1 punto y todas las demás con 0 puntos.
RESISTENCIA
¿Tiene alguna dificultad para subir 10 escalones sin descansar por usted mismo/a, sin ningún tipo de ayuda?
Sí = 1 punto No = 0 puntos
DEAMBULACIÓN
Por sí mismo/a y sin el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?
Sí = 1 punto No = 0 puntos
COMORBILIDAD
Para 11 enfermedades, se pregunta: ¿Alguna vez un/a médico/a le dijo que usted tiene (cada una de las 11 enfermedades)? Las enfermedades son:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión 2. Diabetes 3. Cáncer (que no sea un cáncer de piel de menor importancia) 4. Enfermedad pulmonar crónica 5. Ataque cardíaco 6. Insuficiencia cardíaca congestiva 7. Angina de pecho 8. Asma 9. Artritis 10. Ictus 11. Enfermedad renal
De 5 a 11 enfermedades = 1 punto De 0 a 4 enfermedades = 0 puntos
PÉRDIDA DE PESO
¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? (Peso actual) Y hace un año en, ¿cuánto pesaba con la ropa puesta, pero sin zapatos? (Peso hace 1 año)
El porcentaje de cambio de peso se calcula así:
$\% = \frac{\text{Peso hace 1 año} - \text{Peso actual}}{\text{Peso hace 1 año}} \times 100$
Si el resultado es > 5, indica una pérdida de peso > 5% = 1 punto Si el resultado es < 5 = 0 puntos

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD DE ZUNG (EAA)

Código: _____

Lea atentamente las siguientes frases y marque en la columna, la frecuencia que según usted refleje mejor cómo se sintió durante la última semana

		Nunca o raras veces	Algunas veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento más intranquilo(a) y nervioso(a) que de costumbre.	1	2	3	4
2	Me siento atemorizado(a) sin motivo.	1	2	3	4
3	Me irrito fácilmente o he sentido pánico	1	2	3	4
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	1	2	3	4
5	Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.	4	3	2	1
6	Me tiemblan las manos, los brazos y las piernas.	1	2	3	4
7	Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda.	1	2	3	4
8	Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4
9	Me siento tranquilo(a) y me es fácil estar quieto(a).	4	3	2	1
10	Siento que el corazón me late muy rápido.	1	2	3	4
11	Sufro de mareos (vértigos).	1	2	3	4
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar	1	2	3	4
13	Puedo respirar fácilmente.	4	3	2	1
14	Se me adormecen, hormiguean o hincan los dedos de las manos y pies.	1	2	3	4
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.	1	2	3	4
16	He orinado con mayor frecuencia de lo normal.	1	2	3	4
17	Generalmente mis manos están secas y calientes	4	3	2	1
18	La cara se me pone caliente y roja.	1	2	3	4
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso bien por las noches.	4	3	2	1
20	He tenido pesadillas.	1	2	3	4

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código: _____

Fecha: _____

Edad: _____ (años)

Sexo:

Femenino

Masculino

Clasificación de la fragilidad

PUNTAJE	NIVEL DE FRAGILIDAD	
0 puntos	Persona no frágil	
De 1 a 2 puntos	Persona pre frágil	
≥3 puntos	Persona frágil	

Clasificación del trastorno de ansiedad

PUNTAJE	GRADO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	
Menor a 45%	Dentro de los límites normales o no hay ansiedad presente	
De 45% a 59%	Presencia de ansiedad mínima o moderada	
De 60% a 74%	Presencia de ansiedad marcada o severa	
Mayor a 74%	Presencia de ansiedad en grado máximo	

Anexo 3: Validez del instrumento

“FRAGILIDAD Y TRASTORNO DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL FISIOFAST MEDIC, PERIODO 2025”

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Fragilidad							
1	¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas se sintió cansado/a?	X		X		X		
2	¿Tiene alguna dificultad para subir 10 escalones sin descansar por usted mismo/a, sin ningún tipo de ayuda?	X		X		X		
3	Por sí mismo/a y sin el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?	X		X		X		
4	Para 11 enfermedades, se pregunta: ¿Alguna vez un/a médico/a le dijo que usted tiene (cada una de las 11 enfermedades)?	X		X		X		
5	¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? (Peso actual). Y hace un año en, ¿cuánto pesaba con la ropa puesta, pero sin zapatos? (Peso hace 1 año)	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Trastorno de ansiedad							
	DIMENSIÓN: Síntomas somáticos							
1	Me tiemblan las manos, los brazos y las piernas.	X		X		X		
2	Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda.	X		X		X		
3	Me siento débil y me canso fácilmente.	X		X		X		

4	Me siento tranquilo(a) y me es fácil estarme quieto(a).	X		X		X		
5	Siento que el corazón me late muy rápido.	X		X		X		
6	Sufro de mareos (vértigos).	X		X		X		
7	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar	X		X		X		
8	Puedo respirar fácilmente.	X		X		X		
9	Se me adormecen, hormigean o hincan los dedos de las manos y pies.	X		X		X		
10	Sufro de molestias estomacales o indigestión.	X		X		X		
11	He orinado con mayor frecuencia de lo normal.	X		X		X		
12	Generalmente mis manos están secas y calientes	X		X		X		
13	La cara se me pone caliente y roja.	X		X		X		
14	Me quedo dormido con facilidad y descanso bien por las noches.	X		X		X		
15	He tenido pesadillas.	X		X		X		
	DIMENSIÓN: Síntomas cognoscitivos	Si	No	Si	No	Si	No	
16	Me siento más intranquilo(a) y nervioso(a) que de costumbre.	X		X		X		
17	Me siento atemorizado(a) sin motivo.	X		X		X		
18	Me irrito fácilmente o he sentido pánico	X		X		X		
19	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	X		X		X		
20	Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.	X		X		X		

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____


Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: José Melgarejo Valverde

DNI: 06230600

Especialidad del validador: Docencia universitaria y gestión universitaria

05 de Febrero del 2025



Firma del Experto Informante

“FRAGILIDAD Y TRASTORNO DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL FISIOFAST MEDIC, PERIODO 2025”

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Fragilidad							
1	¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas se sintió cansado/a?	X		X		X		
2	¿Tiene alguna dificultad para subir 10 escalones sin descansar por usted mismo/a, sin ningún tipo de ayuda?	X		X		X		
3	Por sí mismo/a y sin el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?	X		X		X		
4	Para 11 enfermedades, se pregunta: ¿Alguna vez un/a médico/a le dijo que usted tiene (cada una de las 11 enfermedades)?	X		X		X		
5	¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? (Peso actual). Y hace un año en, ¿cuánto pesaba con la ropa puesta, pero sin zapatos? (Peso hace 1 año)	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Trastorno de ansiedad							
	DIMENSIÓN: Síntomas somáticos							
1	Me tiemblan las manos, los brazos y las piernas.	X		X		X		
2	Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda.	X		X		X		
3	Me siento débil y me canso fácilmente.	X		X		X		
4	Me siento tranquilo(a) y me es fácil estarme quieto(a).	X		X		X		

5	Siento que el corazón me late muy rápido.	X		X		X		
6	Sufro de mareos (vértigos).	X		X		X		
7	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar	X		X		X		
8	Puedo respirar fácilmente.	X		X		X		
9	Se me adormecen, hormigean o hincan los dedos de las manos y pies.	X		X		X		
10	Sufro de molestias estomacales o indigestión.	X		X		X		
11	He orinado con mayor frecuencia de lo normal.	X		X		X		
12	Generalmente mis manos están secas y calientes	X		X		X		
13	La cara se me pone caliente y roja.	X		X		X		
14	Me quedo dormido con facilidad y descanso bien por las noches.	X		X		X		
15	He tenido pesadillas.	X		X		X		
	DIMENSIÓN: Síntomas cognoscitivos	Si	No	Si	No	Si	No	
16	Me siento más intranquilo(a) y nervioso(a) que de costumbre.	X		X		X		
17	Me siento atemorizado(a) sin motivo.	X		X		X		
18	Me irrito fácilmente o he sentido pánico	X		X		X		
19	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	X		X		X		
20	Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.	X		X		X		

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: Jorge Eloy Puma Chombo

DNI: 42717285

Especialidad del validador: Gestión de los servicios de la salud

05 de Febrero del 2025



Handwritten signature of Jorge Eloy Puma Chombo, written in black ink on a white background. The signature is cursive and appears to read 'Jorge Eloy Puma Chombo'. It is positioned above a horizontal dashed line.

Firma del Experto Informante

“FRAGILIDAD Y TRASTORNO DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL FISIOFAST MEDIC, PERIODO 2025”

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Fragilidad							
1	¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas se sintió cansado/a?	X		X		X		
2	¿Tiene alguna dificultad para subir 10 escalones sin descansar por usted mismo/a, sin ningún tipo de ayuda?	X		X		X		
3	Por sí mismo/a y sin el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?	X		X		X		
4	Para 11 enfermedades, se pregunta: ¿Alguna vez un/a médico/a le dijo que usted tiene (cada una de las 11 enfermedades)?	X		X		X		
5	¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? (Peso actual). Y hace un año en, ¿cuánto pesaba con la ropa puesta, pero sin zapatos? (Peso hace 1 año)	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Trastorno de ansiedad							
	DIMENSIÓN: Síntomas somáticos							
1	Me tiemblan las manos, los brazos y las piernas.	X		X		X		
2	Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda.	X		X		X		
3	Me siento débil y me canso fácilmente.	X		X		X		
4	Me siento tranquilo(a) y me es fácil estarme quieto(a).	X		X		X		

5	Siento que el corazón me late muy rápido.	X		X		X		
6	Sufro de mareos (vértigos).	X		X		X		
7	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar	X		X		X		
8	Puedo respirar fácilmente.	X		X		X		
9	Se me adormecen, hormigean o hincan los dedos de las manos y pies.	X		X		X		
10	Sufro de molestias estomacales o indigestión.	X		X		X		
11	He orinado con mayor frecuencia de lo normal.	X		X		X		
12	Generalmente mis manos están secas y calientes	X		X		X		
13	La cara se me pone caliente y roja.	X		X		X		
14	Me quedo dormido con facilidad y descanso bien por las noches.	X		X		X		
15	He tenido pesadillas.	X		X		X		
	DIMENSIÓN: Síntomas cognoscitivos	Si	No	Si	No	Si	No	
16	Me siento más intranquilo(a) y nervioso(a) que de costumbre.	X		X		X		
17	Me siento atemorizado(a) sin motivo.	X		X		X		
18	Me irrito fácilmente o he sentido pánico	X		X		X		
19	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	X		X		X		
20	Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.	X		X		X		

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

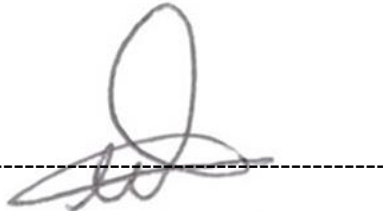
Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: Raymundo Chafloque Tullume

DNI: 08671855

Especialidad del validador: Docencia universitaria y gestión universitaria

07 de Febrero del 2025

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'R. Chafloque Tullume', written over a horizontal dashed line.

Firma del Experto Informante

Anexo 4: Formato de consentimiento informado

Formulario de Consentimiento Informado (FCI) en un estudio de investigación del CIE-VRI

Título del proyecto : “Fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025”
Investigador : Carmen Rosa Corilla Huamán
Institución : Universidad Norbert Wiener

Estoy invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025”, de fecha __/__/2025 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por un investigador de la Universidad Norbert Wiener.

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025. Su ejecución ayudará/permitirá a conocer la relación entre las variables de estudio.

Duración del estudio (meses): De Enero a Agosto del 2025

Nº esperado de participantes: 94 personas del centro Fisiofast Medic.

Criterios de Inclusión y exclusión: Los criterios de inclusión serán: Personas del Fisiofast Medic, de ambos sexos, de 60 años de edad a más, adultas mayores, que piensen con claridad o que estén en estado lucido, que realicen actividades con normalidad y que firmen el consentimiento informado. Los criterios de exclusión serán: Personas que no completen el cuestionario, que presenten demencia, con trastornos mentales severos, con deficiencia visual y/o auditiva, con discapacidad física y/o postrados en cama y que no quieran colaborar en el estudio.

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le pedirá resolver 2 cuestionarios de forma voluntaria. Los cuestionarios están conformados por ítems de la “Escala FRAIL”, la “Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)” y una ficha de recolección de datos para recopilar información sobre sus datos personales, como la edad y sexo. Completar los cuestionarios puede demorar entre 15 minutos, y los resultados se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato. Todos los resultados de los cuestionarios estarán almacenados en la Ficha de recolección de datos.

Riesgos: Su participación en el estudio no presenta ningún tipo de riesgo severo para Usted, con respecto a su estado físico, mental y de bienestar; ya que, este estudio solo se limita a resolver 2 cuestionarios sobre sus datos personales. La participación en el estudio implica el riesgo de prolongar el tiempo de atención en fisioterapia debido al tiempo adicional requerido para completar las encuestas, lo cual se coordinará previamente con el fisioterapeuta responsable para evitar inconvenientes en su atención. Los resultados que aparezcan en el desarrollo de las encuestas, no le causarán dificultades en su honor, situación económica, y ocupación laboral. Si usted siente alguna incomodidad al resolver alguna de las interrogantes de la encuesta, al seguir con la evaluación o por alguna razón específica no desea continuar, usted es libre de no continuar en el estudio en el momento que usted lo considere necesario. Si usted siente algún problema por no entender las preguntas de los

cuestionarios, puede consultar directamente al investigador a cargo de este estudio, quien estará disponible para aclarar sus dudas y brindarle orientación.

Beneficios: Usted no obtendrá algún beneficio por participar en este estudio, tampoco recibirá alguna compensación económica. Así mismo, determinar la relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en adultos mayores, ayudará a los profesionales de la salud en diseñar programas de tratamiento más efectivos y personalizados para sus pacientes; usted conocerá el nivel de fragilidad y la presencia de ansiedad que posea en ese momento; y a mejorar los conocimientos en el campo de la salud. De manera que, con su participación en esta investigación, al ser desarrollado la encuesta permitirá obtener nueva información para aportar a futuras investigaciones.

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Se guardará la información recolectada en una base de datos segura, protegida mediante el Advanced Encryption Standard (AES) y códigos únicos, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el investigador Carmen Rosa Corilla Huamán, al número de celular 951149436 o al correo carmencorilla05@gmail.com. Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dr. Raúl Antonio Rojas Ortega, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: comite.etica@uwiener.edu.pe.

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Firma del participante

Nombre:

DNI:

Fecha: ___/___/2025

Nombre: Carmen Rosa Corilla Huamán

DNI: 47158907

Fecha: ___/___/2025

Firma del investigador

Firma del testigo o representante legal

Nombre:

DNI:

Fecha: ___/___/2025

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

Anexo 5: Carta de solicitud a la institución

Lima, 17 de Febrero del 2025

Solicito: Ingreso a la institución para recolectar datos para tesis de pregrado

Sr:

Lic. Oscar Jhon Ingaruca Garcia

Representante a cargo

Fisiofast Medic

Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, Carmen Rosa Corilla Huamán, alumna de la E.A.P. de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Norbert Wiener, con código n° a2015100688, solicito que me permita recolectar datos en su institución como parte de mi proyecto de tesis para obtener el título de “Licenciado en Terapia física y rehabilitación” cuyo objetivo general es determinar la relación entre la fragilidad y trastorno de ansiedad en pacientes adultos mayores del Fisiofast Medic, periodo 2025; asimismo, solicito la presentación de los resultados en formato de tesis y artículo científico. La mencionada recolección de datos consiste en obtener datos personales de los participantes como la edad y el género.

Los resultados del estudio se almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Atentamente,

Carmen Rosa Corilla Huamán
Universidad Norbert Wiener
E.A.P. de Tecnología Médica

Anexo 6: Carta de aceptación para la recolección de datos



AUTORIZACIÓN

El que suscribe;

Gerente General

AUTORIZA :

A la Bach. Carmen Rosa Corilla Huamán con código 2015100668 de la carrera profesional de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación realizar su trabajo denominado "FRAGILIDAD Y TRASTORNO DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES" para optar el Título de licenciado Tecnólogo Médico en Terapia Física.

Atentamente

Lima 25 Febrero del 2025

OSCAR JHON INGARUCA GARCIA

CTMP 8664

Página Web: www.fisiofast.pe
Teléfono: 960766961
Correo: fisio.fast513@gmail.com

Anexo N° 7: Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 07 de abril de 2025

Investigador(a)
Carmen Rosa Corilla Huaman
Exp. N°:0569-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: “FRAGILIDAD Y TRASTORNO DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL FISIOFAST MEDIC, PERIODO 2025” con **fecha 25/03/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Carmen Rosa Corilla Huaman

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Anexo 8: Informe del porcentaje del Turnitin

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

TESIS

AUTOR

Bach. Carmen Corilla Huaman

RECUENTO DE PALABRAS

11046 Words

RECUENTO DE CARACTERES

62211 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

51 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

244.4KB

FECHA DE ENTREGA

May 22, 2025 10:38 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 22, 2025 10:39 PM GMT-5

● 19% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

● 19% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	4%
2	repositorio.uladech.edu.pe Internet	1%
3	repositorio.ucv.edu.pe Internet	1%
4	repositorio.unfv.edu.pe Internet	1%
5	alicia.concytec.gob.pe Internet	<1%
6	hdl.handle.net Internet	<1%
7	Universidad Católica de Santa María on 2024-01-30 Submitted works	<1%
8	Universidad Wiener on 2025-02-11 Submitted works	<1%