



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

Tesis

Síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una
congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Presentado por:

Autora: Samamé Ipanaque, Jhomira Saraith

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0574-254X>

Asesora: Dra. Cruz Gonzales, Gloria Esperanza

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1937-5446>

Lima – Perú

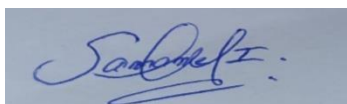
2026

 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, Samamé Ipanaque, Jhomira Saraith egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Enfermería** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **“Síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026”** Asesorado por el docente: Dra: Gloria Esperanza, Cruz Gonzales DNI **08466159**, ORCID **0009-0006-0574-254x**, tiene un índice de similitud de **18 (dieciocho) %** con código OID:**14912:594067908** 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

Nombres y apellidos del Egresado
Jhomira Saraith Samame Ipanaque
DNI: 72932210

Firma de autor 2

Nombres y apellidos del Egresado
DNI:



Firma

Nombres y apellidos del Asesor
Dra: Gloria Esperanza, Cruz Gonzales
DNI: 08466159

Lima, 30 de Junio de 2026

DEDICATORIA

En primer lugar, dedicó principalmente a Dios por la sabiduría y guía en cada paso de mi vida.

A mi papá que está en el cielo ayudándome y protegiéndome todos los días.

A mi mamá, ya que ella me ha impulsado a salir adelante, que ha sido mi soporte fundamental durante mi desarrollo como profesional y otorgarme su fe, sugerencia, oportunidades y herramienta para alcanzarlo.

A mi hermana mi futura colega por estar presente siempre y apoyándome en todo.

También dedico a todos miembros de mi familia y a las personitas especiales por estar conmigo en las buenas y en las malas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a toda mi familia por su apoyo incondicional, paciencia y la energía que me dan para no rendirme. Toda mi gratitud a todos los licenciados de teoría y práctica por su enseñanza, confianza, paciencia, experiencia que ha sido fundamentales en este camino académico y profesional.

Índice

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
Índice	v
Índice de tablas	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.2.1 Problema general	3
1.2.2 Problemas específicos.....	3
1.3 Objetivos de la investigación.....	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos.....	4
1.4. Justificación de la investigación	4
1.4.1 Teórico	4
1.4.2 Metodológico.....	5
1.4.3 Práctico	5
1.5 Limitaciones del estudio.....	6
Antecedentes de la investigación.....	6

Bases teóricas	11
Dimensiones de la variable 1	12
Instrumento para la variable 1	14
Variable 2: Grado de dependencia	14
Dimensiones de la variable 2.....	16
Teorías asociadas de la variable 2.....	18
Instrumento para la variable 2	19
Formulación de hipótesis.....	19
Hipótesis general	19
Hipótesis específicas.....	20
CAPITULO II: METODOLOGIA	20
2.1. Metodología de la investigación.....	20
2.2. Enfoque de la investigación.....	20
2.3. Tipo de la investigación.....	20
2.4. Diseño de la investigación.....	21
2.5. Población, muestra y muestreo	21
2.6. Variable y operacionalización.....	23
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
2.7.1. Técnica.....	24
2.7.2. Descripción del instrumento	24
2.7.3. Validación	25
2.7.4. Confiabilidad	26

2.8. Procesamiento y análisis de datos	26
2.9. Aspectos éticos	27
CAPITULO III: RESULTADOS	28
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	33
CAPITULO V: CONCLUSIONES	36
CAPITULO VI: RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
Anexos.....	51
Anexo 1: Matriz de consistencia	51
Anexo 2 Instrumentos.....	52
Anexo 3: Consentimiento informado	56
Anexo 4: Calculo de la muestra.....	58
Anexo 5: Panel fotográfico.....	59
Anexo 6: Carta de presentación.....	60
Anexo 7: Aprobación del proyecto de invesstigación	61
Anexo 8: Constancia de Autorización	62
Anexo 9: Informe del Turnitin.....	63

Índice de tablas

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra	28
Tabla 2 Prueba de normalidad	29
Tabla 3 Relación entre el síndrome de fragilidad y grado de dependencia de la muestra	30
Tabla 4 Relación entre la dimensión de fragilidad física y el grado de dependencia de la muestra	30
Tabla 5 Relación entre la dimensión de fragilidad cognitiva y el grado de dependencia en la muestra.....	31
Tabla 6 Relación entre la dimensión de fragilidad social y el grado de dependencia en la muestra	31

RESUMEN

El síndrome de fragilidad es un problema de salud común en la población adulta mayor y se caracteriza por la disminución de las reservas fisiológicas, lo que aumenta la vulnerabilidad ante diversos factores estresantes y favorece la aparición de dependencia funcional. La presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación que existe entre síndrome de fragilidad y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa de un distrito de Lima, 2026. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada y con diseño no experimental, transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 170 adultos mayores y la muestra fue de 119, a quienes se les seleccionó mediante muestreo aleatorio simple. Para la recolección de datos se utilizaron 2 instrumentos, el indicador de fragilidad de los criterios de Fried y la escala de Barthel para determinar el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. En los resultados se evidenció una correlación positiva y alta entre el síndrome de fragilidad y el grado de dependencia ($p = 0.714$; $p = 0.012$). Se puede concluir que existe una relación significativa entre las dos variables, indicando que, a mayor nivel de fragilidad, mayor será el grado de dependencia en los adultos mayores.

Palabras clave: Fragilidad, estado funcional, anciano.

ABSTRACT

Frailty syndrome is a common health problem in the elderly population and is characterized by a decline in physiological reserves, which increases vulnerability to various stressors and promotes the development of functional dependence. This research aimed to identify the relationship between frailty syndrome and the degree of dependence in older adults from a religious congregation in a district of Lima, 2026. The study employed a quantitative, basic, non-experimental, cross-sectional, and correlational design. The population consisted of 170 older adults, and the sample comprised 119, selected through simple random sampling. Two instruments were used for data collection: the Fried Frailty Criteria and the Barthel Index to determine the degree of dependence in applied activities of daily living positive correlation was found between frailty syndrome and the degree of dependency ($\rho = 0.714$; $p = 0.012$). It can be concluded that there is a significant relationship between the two variables, indicating that a higher level of frailty is associated with a greater degree of dependency in older adults.

Keywords: Frailty, functional status, elderly

INTRODUCCIÓN

La salud pública enfrenta nuevos problemas debido al aumento de la población progresiva del adulto mayor, fenómeno asociado al aumento de la esperanza de vida y a la transición demográfica global (1). Esta problemática ha generado a la aparición y mayor prevalencia de condiciones propias del envejecimiento, entre ellos el síndrome de fragilidad, el cual se distingue por la reducción de las reservas física y por la gran susceptibilidad ante situaciones frente a los factores estresantes, lo que aumenta la probabilidad de eventos negativos como caídas, ingresos hospitalario y muerte (2). Asimismo, esta situación está estrechamente vinculada con la disminución de la independencia, lo que conlleva a un mayor grado de dependencia en las actividades esenciales del día a día (3).

Diversos estudios evidenciaron que, en los adultos mayores con síndrome de fragilidad tienen mayor significancia con la pérdida de funcionalidad, ya que afecta no solo las dimensiones físicas, sino también cognitivas y sociales (4). Es por ello, que incrementa la necesidad de apoyo por parte de terceros, limitándose la independencia y la calidad de vida. De esta forma, el grado de dependencia se constituye como un indicador clave en la evaluación del estado de salud del adulto mayor, debido que refleja su capacidad para desenvolverse de manera autónoma dentro de su entorno (5). Dentro de las poblaciones institucionalizadas, como en los casos de adultos mayores en congregaciones religiosas o en centros de cuidado, estos problemas tienden a exacerbarse por la edad avanzada, la existencia de patología prolongada y la disminución de sistema de respaldo (6).

A nivel internacional, Villareal et al, reportaron que el 40% de los adultos mayores presentaron fragilidad y el 35% prefragilidad, evidenciando alta vulnerabilidad (15). De manera similar, Pérez et al, evidenciaron que el 52% presentaban fragilidad y el 47%

dependencia leve a moderada, evidenciando mayor probabilidad en dependencia en personas frágiles (16). Asimismo, Ugalde et al, evidenciaron un 43% de fragilidad, asociada a factores como la inactividad física (52%), malnutrición (48%), y enfermedades crónicas (45%) (17). Por otro lado, a nivel nacional, Marrufo evidenció que el 45.2% presentaba fragilidad moderada y el 38.7% dependencia leve (20). Mientras que, Merino reportó 42% de fragilidad moderado y 36% de prefragilidad, asociados como inactividad física 55% y enfermedades crónicas 48% (23).

En el Perú, esta problemática constituye un tema prioritario en la salud pública debido al incremento de enfermedades crónicas, polifarmacias y las limitaciones funcionales que afectan la calidad de vida del adulto mayor (12). En Lima, estas condiciones se ven intensificadas en poblaciones con características particulares como las congregaciones religiosas, donde el envejecimiento colectivo y las dinámicas de convivencia pueden influir en el desarrollo de fragilidad y dependencia (13).

Desde el enfoque teórico, el estudio se sustenta en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, la cual plantea que cuando el individuo presenta limitaciones para satisfacer sus necesidades básicas, requiere intervenciones de enfermería para mantener su bienestar. Asimismo, se fundamenta la Teoría de la Adaptación de Callista Roy, que explica como el adulto mayor responde a los cambios físicos, cognitivos y sociales, y como la disminución de su capacidad adaptativa incrementa la dependencia funcional.

No obstante, a pesar de la evidencia existente, se identifica un vacío de conocimiento respecto a la conexión concreta entre síndrome de fragilidad y grado de dependencia que reside en congregaciones religiosas, contexto poco estudiado en la literatura específica. Esta condición dificulta el diseño de intervenciones específicas orientadas a potenciar la independencia y el bienestar de este grupo poblacional.

Desde un enfoque práctico, la investigación se sostiene en la obtención de evidencia científica para el desarrollo de intervenciones que promuevan un envejecimiento más saludable y digno. Desde un enfoque metodológico y para el cumplimiento de los objetivos, la investigación se sostiene en una modalidad cuantitativa, en la que la recolección de datos no se realiza en un proceso lineal, sino que en un solo momento y en un solo lugar, y en la que las relaciones entre las variables se establecen con el carácter de correlación. Para el efecto, las variables se definen y operacionalizan en la fragilidad y el Índice de Barthel, respectivamente.

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo identificar la relación entre el síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El síndrome de fragilidad en la tercera edad se define por la disminución de reserva funcional y mayor vulnerabilidad a la agresión de los estresores, lo cual aumenta el riesgo de dependencia funcional. Además, este síndrome se asocia con una mayor incidencia de caídas, de hospitalizaciones y de muerte (1). La fragilidad es un síntoma multisistémico y se relaciona con la triada biopsicosocial del individuo en cuestión y el riesgo aumenta con la edad. Por su parte, la dependencia funcional implica la necesidad de un cuidador y es una señal de autonomía disminuida, así como un desmejoramiento del estado de salud. Ambas son condiciones sumamente desafiantes y de impacto negativo en la calidad de vida del adulto mayor más en el contexto de la salud pública (2).

Según la Organización Mundial de la Salud, había 1 mil millones de personas de 60 años o más en 2020 y se estima que ese número aumentará a 1.4 mil millones para 2030, una de cada seis personas en el mundo (3). Se aproxima que para el año 2050, el número de personas de 80 años a más, serán 426 millones, lo que será tres veces el número de personas de 80 años en ese momento. En este sentido, los trastornos de salud mental de los adultos mayores representaron el 10.6% de los años vividos con discapacidad para este grupo de edad, siendo la depresión y la ansiedad los trastornos más prevalentes, por mucho (4). También se ha reconocido que la prevalencia de la fragilidad en personas de 65 a 70 años es del 3% al 6%, mientras que en personas mayores de 80 años esta prevalencia aumenta al 16%. Esta fragilidad está asociada con la polifarmacia, múltiples enfermedades crónicas y la inactividad física (5).

En un estudio efectuado por 2023, España mostró que el 30,5% de los suicidios consumados en el país fueron de personas de 65 años o más, resaltando la vulnerabilidad

de este grupo en comparación a los demás (6). En Chile, se especuló que para el 2020, la población mayor de 65 años constituyó el 20% del total del país, así como para 2026 se proyectó 103 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años (7). En el caso de Cuba, un estudio realizado en 2020 mostró que la prevalencia de la fragilidad en ancianos fue de 20.7% asociada con polifarmacia y dependencia funcional (8).

Por el contrario, para el caso de Perú, los estudios indican que la prevalencia del síndrome de fragilidad que se presenta en ancianos varía entre el 7.7% y el 27.8% de los adultos mayores que fueron enunciados como frágiles (9). En un estudio de 2020 en Lima, se estableció que el 7.7% de los adultos mayores eran frágiles, mientras que el 64.6% estaban en un estado de prefragilidad (10). Para esta población, la polifarmacia y las enfermedades crónicas fueron identificadas como factores que se relacionan y son determinantes de la fragilidad (11).

En Lima, la salud y bienestar de la población adulta mayor, de todos los problemas que podría tener, es uno de los más urgentes de atender (12). Según el Servicio de Geriátrica de uno de los hospitales nacionales, el 55% de los adultos mayores que asisten a dicho servicio geriátrico presenta dependencia funcional y, aunque el 45% son independientes, igual existe un gran número de personas que, pese a ser funcionales, tienen problemas en el bienestar, el 30% de las personas preguntadas indicaron tener mala calidad de vida y 45% señalaron su calidad de vida como regular (13). Esto demuestra que la población adulta mayor en Lima realmente enfrenta problemas que, no solo debieran, sino que necesita, ser atendidos (14).

En la institución religiosa ubicada en el distrito de La Victoria se constató que con anterioridad, varios ancianos cumplían las condiciones para el diagnóstico de fragilidad, presentándose signos relacionados con este síndrome de fragilidad como una debilidad muscular, una sensación de cansancio habitual, caídas en el tiempo para realizar una

movilización y pérdida de la resistencia, que algunos de ellos requerían la ayuda de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria (deambular, asearse, vestirse), mostrando diversos grados de dependencia. Este diagnóstico generó intranquilidad dentro de la propia institución, ya que puede poner en riesgo la autonomía, el bienestar y la calidad de vida de los ancianos; sin embargo, no existe información objetiva que permita conocer la relación entre el diagnóstico de fragilidad y el grado de dependencia de esta población, de ahí que surgiese la necesidad de realizar la presente investigación.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026?

1.2.2 Problemas específicos

- a) ¿Cuál es la relación entre la dimensión de fragilidad física y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026?
- b) ¿Cuál es la relación entre la dimensión de fragilidad cognitiva y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026?
- c) ¿Cuál es la relación entre la dimensión de fragilidad social y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Identificar la relación entre el síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Determinar la relación entre la dimensión de fragilidad física y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026.
- b) Determinar la relación entre la dimensión de fragilidad cognitiva y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026.
- c) Determinar la relación entre la dimensión de fragilidad social y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórico

La presente investigación se justifica, ya que, permitirá incrementar los conocimientos científicos en relación con el síndrome de fragilidad y el grado de dependencia en ancianos dado que dichas dos variables afectan directamente la autonomía, la funcionalidad y la calidad de vida de las personas de edad avanzada. Igualmente, contribuye a dar fuerza a los fundamentos teóricos vinculados con el cuidado integral del adulto mayor en el campo de la enfermería geriátrica. La variable síndrome de fragilidad queda sustentada bajo la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea

Orem que plantea que las personas son capaces de autocuidado requieren de apoyo cuando presentan limitaciones para la satisfacción de las necesidades de autocuidado. De igual forma la variable grado de dependencia se relaciona con la Teoría de la Adaptación de Callista Roy puesto que señala cómo las personas se adaptan frente a una variedad de cambios físicos, funcionales que se producen debido al envejecimiento. Por tanto, la investigación se convertirá en una base teórica que aportará información para la realización de futuras investigaciones sobre el adulto mayor y la salud específicamente.

1.4.2 Metodológico

La investigación posee relevancia metodológica por cuanto la desarrollaremos mediante el método científico, de enfoque cuantitativo, tipo aplicada, diseño no experimental de tipo transversal y correlacional; así, esta metodología permitirá analizar la relación entre el síndrome de fragilidad y el grado de dependencia que presentan los adultos mayores, sin que haya manipulación de las variables del estudio. Igualmente, se utilizarán instrumentos válidos y confiables como son el Indicador de Fragilidad de Tilburg, elaborado por Gobbens et al. en el año 2010, que permite evaluar las dimensiones física, psicológica y social de la fragilidad, además del Índice de Barthel, elaborado por Mahoney y Barthel en 1965, instrumento elaborado para medir el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. La aplicación de estos instrumentos permitirá conseguir resultados objetivos, precisos y confiables para la investigación.

1.4.3 Práctico

La justificación práctica radica en el hecho de que identificar la relación existente entre el síndrome de fragilidad y el grado de dependencia en los adultos mayores pertenecientes a una congregación religiosa localizada en La Victoria, permitirá identificar las principales necesidades de cuidado que tiene esta población con

características de vulnerabilidad. Por tanto, los resultados obtenidos en la presente investigación permitirán proponer estrategias ante la búsqueda de la prevención del deterioro funcional, la promoción del autocuidado, el fortalecimiento de la autonomía y la mejora de la calidad de la vida de los adultos mayores. Por último, además la investigación ayudará también a enfermeras y cuidadores, ya que proporciona información adecuada a la propuesta de intervenciones a tiempo, talleres de seguimiento y programas de atención integral dirigidos a disminuir los niveles de fragilidad y de dependencia en los adultos mayores.

1.5 Limitaciones del estudio

1.5.1. Temporal

Se realizará durante el año 2026.

1.5.2. Espacial

Se desarrollará en una congregación religiosa de un distrito de Lima.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La muestra de la presente investigación tiene un total de 119 adultos mayores de la presente congregación religiosa.

Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Villarreal et al. (15) en el año 2021, desarrollaron el estudio en cantón Montúfar, Ecuador, con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de fragilidad y sus factores asociados en adultos mayores. Fue de tipo descriptivo transversal, con enfoque cuantitativo, y se implementaron encuestas para medir las variables. El 40% de los

participantes presentaba fragilidad, el 35% prefragilidad y el 25% se mantenía robusto. Los factores al síndrome fueron la pérdida de fuerza muscular (48%) y la disminución de la velocidad de marcha (42%). Se observó una asociación significativa entre variables ($p < 0.05$). Se concluye que la fragilidad es relevante del deterioro funcional, por lo que sugieren la adopción de medidas preventivas y el seguimiento activo para disminuir el impacto del síndrome en la calidad de vida de las personas mayores.

En 2024, Pérez y colegas (16), se propusieron investigar cómo el síndrome de fragilidad se relaciona con la dependencia funcional entre pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Este estudio fue un estudio analítico transversal con un enfoque cuantitativo, se implementó la escala de fragilidad de Fried. El 52% de los pacientes presentaban alguna forma de fragilidad, mientras que el 47% mostraba dependencia leve a moderada en las actividades básicas de la vida diaria. El análisis inferencial mostró una correlación significativa ($p < 0.001$) por la cual los pacientes frágiles tenían 2.3 veces más probabilidades de presentar dependencia funcional. Los autores concluyeron que la fragilidad es un determinante en la pérdida de autonomía de los pacientes con diabetes.

Ugalde et al. (17) en 2020 en Costa Rica, menciona que el objetivo fue identificar posibles factores de riesgo asociados con el síndrome de fragilidad en adultos mayores. La investigación fue observacional, descriptiva y transversal, la población y muestra estuvo conformada por 80 adultos mayores. Se observó que el 43% de la población experimentaron algún grado de fragilidad, el 37% se encontraba en un estado de pre-fragilidad. Los factores de riesgo más relevantes fueron la inactividad física (52%), la malnutrición (48%) y la presencia de enfermedades crónicas (45%). Se concluye que la fragilidad en la vejez se encuentra relacionada en gran medida con factores modificables.

Guerrero et al. en el año 2021 (18), realizaron su investigación en Cartagena, Colombia. El propósito de esta investigación fue analizar, a través de una revisión

narrativa, la relación entre la fragilidad y la capacidad funcional de los adultos mayores diagnosticados con enfermedades cardiopulmonares crónicas. Comprendió una revisión de artículos científicos publicados entre 2015 y 2020 en las bases de datos Scielo, PubMed y Scopus. Los resultados descriptivos mostraron evidencia de que la prevalencia de la fragilidad en esta población está entre el 35% y el 60%, siendo más alta en pacientes con insuficiencia cardíaca o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). También mostraron una disminución significativa en la fuerza, resistencia y movilidad funcional, lo que aumenta el riesgo de dependencia y hospitalización. Los autores concluyeron que la fragilidad es un predictor clave del deterioro funcional en los adultos mayores con enfermedades cardiopulmonares.

En el año 2020, Hidalgo et al., (19), tuvo como propósito identificar la relación que el síndrome de fragilidad guarda con el riesgo de caída en adultos mayores de dicho centro gerontogeriátrico. La investigación se enfocó en la cuantificación de datos siguiendo un diseño no experimental, descriptivo y correlacional y tuvo como población muestra a 50 adultos mayores, se utilizaron el fenotipo de Fried para especificar el estado de fragilidad y la escala modificada de marcha y equilibrio de Tinetti para establecer el nivel de riesgo de caída. En los resultados descriptivos se señaló que el grupo etario con la mayor frecuencia era el de 85 a 95 años y que la población era mayoritariamente femenina (76%) No se encontró relación entre el síndrome de fragilidad y riesgo de caídas ($p>0.05$). El autor concluyó que, aunque ambos síndromes tienen un impacto en la funcionalidad del adulto mayor, su coexistencia no es determinante.

Antecedentes nacionales

El estudio realizado por Marrufo (20) en 2022, tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el síndrome de fragilidad y el grado de dependencia en la atención por parte del establecimiento de salud mencionado. Esta investigación tuvo un

enfoque dentro de la modalidad de estudios correlacionales, que a la vez se enmarca en el diseño de investigación no experimental transversal, para lo que se constituyó una población de mayores que eran asistentes frecuentes al centro. Los resultados del estudio indicaron que un 45.2% de la población para el estudio encuadraba dentro de un nivel de fragilidad moderado y que el 38.7%, dependencia leve en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Análisis de la investigación indicaron que había una correlación entre las variables estudiadas ($p < 0.05$), siendo de fragilidad y dependencia funcional. Finalmente, la autora indica que el síndrome de fragilidad afecta la autonomía y funcionalidad de las personas mayores, y la parte de la fragilidad pone en la necesidad de crear programas de rehabilitación y mantenimiento funcional y mejorar la vida y salud de la población adulta mayor.

Merino (21) en el año 2021, estableció que el objetivo principal de la investigación era averiguar la relación entre los factores de riesgo y la presencia del síndrome de fragilidad en adultos mayores tratados en ese hospital. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y correlacional, no experimental y transversal, y se aplicó a adultos mayores de 65 años. Los resultados descriptivos mostraron que el 42% de los participantes tenía un nivel moderado de fragilidad, mientras que el 36% se encontraba en condición de pre-fragilidad. Entre los factores de riesgo más frecuentes se identificaron la inactividad física (55%), la presencia de enfermedades crónicas (48%) y la desnutrición (44%). Los resultados inferenciales mostraron una relación estadísticamente significativa entre la fragilidad y los factores de riesgo mencionados ($p < 0.05$), particularmente con la inactividad física y la desnutrición. El autor señaló que la fragilidad en los adultos mayores está estrechamente relacionada con factores modificables, por lo tanto, el papel de la enfermera es esencial en la prevención, detección temprana y promoción de estilos de vida saludables para mantener la funcionalidad y autonomía en los ancianos.

Francisco (22) en el 2022, se propuso establecer la asociación entre los estilos de vida y la fragilidad física en los adultos mayores que habitan en el condominio Los Parques de Carabayllo. La investigación se caracterizó por ser de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo correlacional y de corte transversal, desarrollada entre adultos mayores de 60 años de la población. Se indicó que el 46% de los investigados estaba en el leve, pero, casi la mitad (33%) en el moderado. Además, se señaló que el 52% de la muestra tuvo estilos de vida poco saludables, activamente inadecuados, mal alimentados, y, con escaso control médico. En el análisis inferencial, se determinó que entre estilos de vida y la fragilidad física existe una relación, la cual se determinó en $p < 0.05$. Esos datos se sustentaron en que los adultos mayores que fragilidad y fragilidad saludables hábitos fragilidad menor riesgo. El autor entiende que promover estilos de vida saludables, junto con la funcionalidad y los determinantes sociales, él puede ser clave para deterioro la calidad de vida de los adultos mayores.

Lama-Valdivia et al. (23), tenían como objetivo establecer la prevalencia y los factores asociados con el síndrome de fragilidad en personas mayores de Huánuco. El estudio fue analítico transversal y utilizó una muestra de personas mayores de 60 años. Los resultados mostraron que el síndrome de fragilidad presentó una prevalencia del 28.4%, con prefragilidad del 41.2% y el 30.4% de los ancianos eran robustos. Algunos de los factores asociados fueron mayor edad, polifarmacia, desnutrición e inactividad física, además, se observó que la fragilidad estaba asociada con la edad superior a 75 años $p < 0.001$, con baja masa muscular y enfermedad crónica $p < 0.05$. El deterioro funcional de estas comunidades rurales mostro que existe una necesidad de tener una detección temprana del síndrome.

Bases teóricas

Variable 1: Síndrome de fragilidad

El síndrome de fragilidad se describe como un estado clínico donde hay una disminución de las reservas fisiológicas y de la resistencia a factores estresantes, como resultado del envejecimiento y de la acumulación de déficits multisistémicos, lo cual provoca una mayor susceptibilidad a eventos negativos, como caídas, hospitalizaciones, también, la incomodidad, and hasta la muerte. La fragilidad también se asocia a una edad, a un deterioro de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales. Fried y colaboradores, proponen que la fragilidad se diagnostica mediante cinco criterios: pérdida de peso no intencionada, agotamiento, debilidad, lentitud en la marcha y poca actividad. Su diagnóstico y tratamiento se orientan a la prevención de la dependencia y un envejecimiento activo y saludable (24).

El término fragilidad se comenzó a utilizar desde la década de los 80 al intentar discernir lo que se conoce como "envejecimiento patológico" o "envejecimiento normal". En un principio, se consideraba únicamente como una disminución de la funcionalidad, pero luego fue incorporada a un modelo más amplio que comprende lo físico, lo cognitivo, lo psicológico y lo social. La teoría de Fried en el año 2001 consolidó la definición más aceptada, que se sigue centrando en el fenotipo físico, y luego fue complementada por otros modelos, como el Índice de Fragilidad de Rockwood, que integra la acumulación de déficits en salud. En la actualidad, la fragilidad se considera un síndrome geriátrico complejo, y que es un predictor independiente de morbilidad y mortalidad (25).

Las causas del síndrome de fragilidad son complejas y abarcan la interrelación de componentes biológicos, psicológicos y sociales. Entre los más destacados se encuentran

la sarcopenia, la pérdida de masa, fuerza muscular, la desnutrición, la inactividad física, la inflamación crónica de bajo grado, el estrés oxidativo y la coexistencia de hipotensión, diabetes o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. También, los factores psicosociales como el aislamiento social, la depresión y el escaso apoyo familiar, contribuyen de manera importante en el desarrollo y la progresión de la fragilidad. Todas estas causas interrelacionadas provocan un deterioro progresivo en la autonomía y funcionalidad del adulto mayor (26).

El síndrome de fragilidad implica un deterioro de la función física, psicológica y social que se desencadena negativamente en los adultos. Se presentan un mayor riesgo de caídas, re-hospitalizaciones, complicaciones post quirúrgicas, y hasta la institucionalización y la muerte. Pérdida de funcionalidad y aumento de dependencia en las actividades diarias y la instrumentación de la vida, y en un estado de la vida, la fragilidad se acompaña de depresión, deterioro cognitivo y en consonancia de calidad de vida (27).

Dimensiones de la variable 1

Física: La dimensión física de la fragilidad es la manifestación más visible de la vulnerabilidad biológica de los adultos mayores. La fragilidad se caracteriza por la morfología y la pérdida progresiva de fuerza y masa muscular, disminución en la marcha, la fatiga, la debilidad global y la pérdida de peso de forma no intencionada. Todo esto se relaciona con la disfunción de los procesos anabólicos y catabólicos en el organismo y, por consiguiente, la funcionalidad y el manejo de las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, se vuelven más complejas. Esto se traduce, en el ámbito clínico, a un mayor riesgo de caídas, fracturas, hospitalizaciones y mortalidad por el

deterioro de la condición física. La fragilidad física, además, está asociada a enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes y la hipertensión (28).

Cognitiva: La dimensión cognitiva de la fragilidad se refiere a los cambios en las funciones más complejas de la mente, como la memoria, la atención, el lenguaje, la orientación y el razonamiento, que vienen con la edad y pueden interactuar con los componentes físicos de la fragilidad. La presencia de un leve deterioro cognitivo junto con la fragilidad física se denomina fragilidad cognitiva, una condición clínica que presenta un mayor riesgo de desarrollar discapacidad funcional, caídas e incluso muerte. En estos escenarios, los adultos mayores luchan más con la toma de decisiones necesaria para gestionar su salud, adherirse a los planes de tratamiento y realizar rutinas de autocuidado. El deterioro cognitivo surge de una mala perfusión cerebral y también se entrelaza con la inflamación sistémica y el estrés oxidativo, todos los cuales son posibles mecanismos que impulsan la fragilidad (29).

Social: La dimensión social de la fragilidad incluye los factores relacionales, comunitarios y familiares que afectan el bienestar del adulto mayor. La falta de contacto social, la soledad, la pérdida de vínculos significativos y la falta de redes de apoyo aumentan la vulnerabilidad y, a su vez, la dependencia funcional. La literatura señala que el riesgo de fragilidad y los deterioros físicos y cognitivos, así como el bienestar psicológico, se ven afectados por la falta de contacto social y el escaso apoyo emocional. La fragilidad social también se puede expresar a través de la pérdida de rol en la comunidad, la inactividad cívico-espacial y el desinterés por las relaciones interpersonales, provocando dependencia progresiva (30).

Para la primera variable, se implementará la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem establece que las personas son capaces de llevar a cabo por sí solas las acciones necesarias para seguir viviendo, conservando la salud y el bienestar; pero, a la vez, se

consideran situaciones que limitan ese autocuidado, como la edad, la enfermedad o la discapacidad, y se presentan necesidad de cuidado enfermero, que son aquellas que se deben a un déficit de autocuidado. En el caso de los síndromes de fragilidad en los ancianos, de esta teoría se puede inferir que un envejecimiento fisiológico y funcional se va a perder la autonomía y se va a dificultar cada vez más el autocuidado, el cual va a satisfacer un rango de necesidades vitales, y de esta forma, se va a contribuir a la dependencia. La fragilidad, que puede definirse también como un síndrome que presenta debilidad, fatiga y restricciones del movimiento, también va a facilitar el autocuidado y el círculo de dependencia que se va a generar por el autocuidado va a fragilizar la autonomía (31).

Instrumento para la variable 1

Para evaluar la variable síndrome de fragilidad, se usará una herramienta estandarizada para medir el nivel de fragilidad en adultos mayores. Sánchez (16) en el año 2019, lo creó en función de los criterios de Fried, los cuales contemplan cinco componentes: pérdida de peso no intencionada, debilidad muscular, fatiga, lentitud en la marcha y actividad física baja. El cuestionario consta de 5 ítems que evalúan cada una de estas dimensiones. Responder la escala es una actividad dicotómica (Sí = 1 y No = 0) y el puntaje total se calcula sumando los ítems que fueron respondidos afirmativamente. Esta puntuación se clasifica en tres niveles: no frágil (0 puntos), prefrágil (1–2 puntos) y frágil (3 puntos o más) (16).

Variable 2: Grado de dependencia

El grado de dependencia se entiende como la situación en la que una persona requiere cierta asistencia o ayuda total por parte de un tercero para realizar las actividades diarias básicas o instrumentales como comer, limpiar, moverse, o vestirse. Este término

se utiliza principalmente en la geriatría, ya que la autonomía funcional se pierde debido al envejecimiento, enfermedades, o un deterioro cognitivo. La dependencia funcional se convierte en un indicador crítico de la situación de salud de un adulto mayor, ya que refleja su capacidad para vivir solo, y su participación en la vida social y la dinámica de la familia (32).

En las últimas décadas, el grado de dependencia se ha comenzado a estudiar más, como criterio para la evaluación de funcionalidad y calidad de vida en la gente mayor. En este sentido, uno de los instrumentos más usados ha sido el Índice de Barthel, que mide el nivel de independencia de una persona en el desempeño de actividades esenciales, junto a la Escala de Lawton y Brody, que mide las actividades instrumentales (36). Gracias a estas herramientas, es posible clasificar el grado de dependencia en leve, moderado, o severo, lo que a su vez, permite crear planes de atención para la autonomía y la prevención del deterioro funcional (33).

El grado de dependencia surge de un proceso de envejecimiento que es por sí mismo natural, que también abarca el envejecimiento de la reserva fisiológica, así como el efecto de ciertas enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión, la artrosis, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y algunas demencias. La fragilidad, el sedentarismo, la desnutrición y la falta de redes de apoyo social también son determinantes de la pérdida de funcionalidad (34).

La dependencia funcional se asocia de manera más frecuente por la acumulación de comorbilidades, el deterioro cognitivo, la depresión, y la discapacidad sensorial. Estos factores inciden de forma directa en el requerimiento de autonomía y en la pérdida, por el efecto de un sobrepeso, de una vulnerabilidad física y emocional. La dependencia también se ve aumentada por la institucionalización prolongada, los entornos pasivos, y la falta de actividades de rehabilitación y ejercicio (35).

A mayor grado de dependencia, mayores son las implicaciones para la persona dependiente y para quienes lo rodean. En el caso de las personas mayores, esto se traduce, además, en pérdida de la calidad de vida, riesgo de hospitalizaciones, y aumento de la mortalidad. La dependencia funcional, además, genera sobrecarga física y emocional en los cuidadores, en los sistemas de salud y en las familias por los costos sanitarios que esto representa. Desde la psicología, las personas dependientes sufren de inutilidad, soledad, baja autoestima y, en consecuencia, depresión y ansiedad (36).

Dimensiones de la variable 2

Comer: Capacidad del adulto mayor para llevar el alimento a la boca, masticar y tragar de forma segura y adecuada, usar utensilios y mantener un patrón de ingesta que cubra sus requerimientos energéticos y nutricionales sin ayuda física permanente. Incluye la habilidad para alimentarse en todos los momentos del día y la independencia en la preparación o el consumo según el nivel evaluado. La pérdida de esta capacidad indica dependencia para una actividad básica esencial y se asocia a riesgo de desnutrición y peor pronóstico funcional (37).

Aseo Personal: Conjunto de acciones orientadas al cuidado corporal (lavado de manos y rostro, cepillado dental, cuidado del cabello y las uñas, lavado parcial del cuerpo) que la persona puede ejecutar sin asistencia o con mínima ayuda. Esta dimensión evalúa la autonomía para mantener la limpieza e higiene cotidiana, factor clave para prevenir infecciones, úlceras por presión y deterioro psicosocial (38).

Vestido/Desvestido: Habilidad para seleccionar la ropa apropiada, manipular cierres y botones, ponerse y quitarse prendas (superiores e inferiores) y calzado, incluyendo la capacidad de adaptarse a condiciones climáticas y contexto, sin apoyo sostenido. Evaluar

esta acción evalúa el nivel de independencia funcional junto con las habilidades motoras finas y gruesas de los adultos mayores (39).

Baño: Capacidad para realizar el baño completo (ducha o bañera) o parcialmente, incluyendo entrar y salir de la ducha/bañera, enjabonarse, aclararse y secarse sin ayuda permanente. La ducha o el baño demuestra el uso de fuerza, equilibrio y coordinación. La pérdida de alguna de estas habilidades con el tiempo demuestra la necesidad de más supervisión o asistencia con la higiene corporal (40).

Control de heces: Capacidad para reconocer el momento de realizar la evacuación, llegar al retrete, controlar la evacuación y limpiarse sin fuga de heces. La incontinencia fecal en el adulto mayor es un marcador de fragilidad y se asocia con mayor mortalidad, el aislamiento social y la necesidad de cuidados asistenciales (41).

Control de esfínteres: Habilidad para mantener la orina hasta que se pueda acceder a un baño, y el autocuidado post-urinación, incluyendo la higiene y la disposición de orina, sin fuga. La pérdida de control de la orina, incontinencia, aumenta la dependencia, riesgo de dermatitis perineal, infecciones urinarias y carga para el cuidador (42).

Uso de retrete: Evaluar este tipo de actividades en la vida diaria, como el uso de destreza de tipo retrete, permite valorar la movilidad, el equilibrio y desempeño cognitivo de la persona usando el retrete. La persona puede hacerlo sin o con mínima asistencia, usando en el parte completa el retrete y volviendo a la cama o a la silla. Estas actividades permiten, engargolar, y evaluarlo que valoren (43).

Traslado silla / cama: Evaluar a la persona en la actividad de destreza de tipo de retrete, permite valorar el equilibrio y desempeño cognitivo de la persona usando el retrete. La persona puede hacerlo sin o con mínima asistencia, usando en el parte completa el retrete

y volviendo a la cama o a la silla. Estas actividades permiten, engargolar, y evaluarlo que valoren (44).

Desplazamiento: En la medición, evaluamos el movimiento, el ángulo de los movimientos y la caminata de la persona. El movimiento, la distancia y la cantidad de espacio que la persona recorre todo tiene que ser medible para evaluar la independencia de la persona. El movimiento debe ser apoyado en cada uno, y la persona necesita tener suficiente movilidad para desplazarse y abrir. La persona necesita ser capaz de caminar en diferentes superficies, y los obstáculos deben complicar más el movimiento al caminar en superficies que ayudan a la persona a estar segura en la distancia. La persona necesita ser capaz de caminar con los brazos (45).

Subida / bajada de escaleras: La habilidad para subir y bajar escaleras implica un control del equilibrio y una coordinación de las extremidades inferiores, y es una actividad que implica un mayor gasto físico que la simple marcha en plano, y que se pierde más lentamente que los demás ítems en caso de deterioro funcional. La incapacidad para realizar esta tarea indica un estado de dependencia instrumental significativo, y un elevado riesgo de tener una limitación en la autonomía dentro del hogar (46).

Teorías asociadas de la variable 2

La Teoría de la Adaptación de Callista Roy sostiene que el ser humano es un sistema biológico, psicológico y social que responde de manera adaptativa a los estímulos internos y externos, buscando mantener la integridad y el equilibrio. En el contexto del grado de dependencia del adulto mayor, esta teoría explica cómo el deterioro físico, cognitivo y social afecta la capacidad de adaptación del individuo frente a los cambios propios del envejecimiento y las enfermedades crónicas. Cuando los mecanismos adaptativos son insuficientes, el adulto mayor experimenta una disminución en su

autonomía funcional y requiere asistencia para realizar actividades básicas de la vida diaria, como alimentarse, asearse o desplazarse. Desde la perspectiva de Roy, la enfermería tiene un papel fundamental al facilitar respuestas adaptativas efectivas mediante intervenciones que fortalezcan la independencia, promuevan la autoeficacia y mejoren la calidad de vida (47).

Instrumento para la variable 2

Para evaluar la variable grado de dependencia, se usará el instrumento de Alor y Milla (15) creado en el año 2019, para su trabajo titulado “Grado de dependencia y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del Hospital Naval-Callao”. Este instrumento se elabora a partir de la Escala de Barthel, clásica en la medición de la capacidad funcional de los adultos mayores y en el análisis del grado de independencia en la ejecución de las ABVD (actividades básicas de la vida diaria). Esta escala se compone de 10 ítems. Cada ítem se puntúa de acuerdo con el nivel de ayuda requerida, sumando un total de 0 a 100, donde los valores altos indican mayor independencia funcional. Esta se clasifica en: dependencia total (0–20), dependencia grave (21–60), dependencia moderada (61–90) y dependencia leve (91–99) (15).

Formulación de hipótesis

Hipótesis general

H1. Existe relación entre el síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026.

H0. No existe relación entre el síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026.

Hipótesis específicas

HI 1. Existe relación entre la dimensión de fragilidad física y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026.

HI 2. Existe relación entre la dimensión de fragilidad cognitiva y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026.

HI 3. Existe relación entre la dimensión de fragilidad social y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026.

CAPITULO II: METODOLOGIA

2.1. Metodología de la investigación

Tiene un método hipotético-deductivo, que comienza con una observación general del fenómeno (en este caso, la relación del síndrome de fragilidad y el nivel de dependencia), y luego formula hipótesis que serán sometidas a pruebas empíricas, permitiendo llegar a conclusiones específicas basadas en los datos (48).

2.2. Enfoque de la investigación

El estudio empleará un enfoque cuantitativo que se centra en la recopilación y evaluación estadística de datos numéricos con el fin de identificar tendencias y correlaciones en torno a las variables de fragilidad y dependencia funcional (49).

2.3. Tipo de la investigación

La investigación la clasificamos como aplicada porque se orientó a generar conocimientos para llegar a comprender la relación existente entre el síndrome de fragilidad y el grado de dependencia con la finalidad de contribuir a la formulación de

estrategias de cuidado, prevención y mejora de la calidad de vida de los adultos mayores (50).

2.4. Diseño de la investigación

El diseño es no es experimental, ya que, se observa y se analiza las variables tal y como éstas contienen la realidad de la misma forma como se observan y se analizan en la realidad, sin manipular ni hacer nada con ellas para estudiar el comportamiento y la relación que tienen con un determinado contexto (51) y corte transversal, ya que los datos se recopilarán en un solo momento, sin manipulación de variables, la intención es determinar la relación de la fragilidad con la dependencia funcional en la población de estudio (52).

2.5. Población, muestra y muestreo

Población

La población de la investigación estará conformada por 170 adultos mayores de una congregación religiosa ubicada en el distrito de Lima durante el año 2026 (53).

Criterios de inclusión

- Mayores de 60 años y que residen permanentemente en el hogar de ancianos seleccionado.
- Individuos que aceptan participar de forma voluntaria y firman el formulario de consentimiento informado.
- Residentes que se encuentran en condiciones cognitivas adecuadas para responder a los instrumentos de evaluación, (o con el apoyo de un cuidador autorizado).
- Adultos mayores que no tienen ninguna enfermedad aguda o infecciosa en el momento de la recolección de datos.

- Participantes que han permanecido a la congregación religiosa al menos tres meses para asegurar su ajuste al entorno.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que tienen un diagnóstico médico de demencia avanzada o trastornos psiquiátricos severos que impiden la comunicación.
- Personas con una discapacidad física o sensorial severa que hace imposible el uso de los instrumentos.
- Residentes que están hospitalizados o en cuidados paliativos durante el período del estudio.
- Personas que se retiran de la participación después de que ha comenzado el estudio.
- Participantes que no cumplen con los criterios de edad o duración mínima de residencia incluidos en los criterios.

Muestra

La muestra es el subconjunto representativo de la población (54), para hallar la cantidad en la presente investigación, se implementará la fórmula de población finita (Ver anexo 4)

Muestreo

Se realizará un muestreo aleatorio simple para asegurar que todos los adultos mayores de una congregación religiosa, es decir, todos tienen la misma probabilidad de ser seleccionados para participar en la investigación (55).

2.6. Variable y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Síndrome de fragilidad	El síndrome de fragilidad es un síndrome clínico que se caracteriza por una disminución gradual de la reserva fisiológica y la resistencia ante factores estresantes, lo que, a su vez, aumenta la vulnerabilidad del anciano a problemas de salud adversos como caídas, hospitalizaciones, discapacidad, mortalidad, entre otros. Este estado se manifiesta a través de disfunciones físicas, cognitivas y sociales que limitan la autonomía y la calidad de vida de la persona (26).	La observación y medición del síndrome de fragilidad implica una herramienta de evaluación que incorpora tres dimensiones: física, cognitiva y social. Se documentarán indicadores como la pérdida de peso, dificultades para caminar, fatiga, depresión, problemas de memoria y falta de apoyo social.	Física	Físicamente sano Pérdida de peso Dificultad para caminar Dificultad para mantener el equilibrio Escucha con dificultad Observa con dificultad Pérdida de fuerza en las manos Cansancio físico	Ordinal	<5 Adulto no frágil >5 Adulto mayor frágil
			Cognitiva	Problemas de memoria Tristeza Ansiedad Capacidad de afrontamiento		
			Social	Vive solo Falta de tener gente a su alrededor Ayuda de otras personas		
Grado de dependencia	Se reconoce el grado de dependencia de un adulto mayor en función de su autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): la alimentación, la higiene, la vestimenta, los desplazamientos y el control de esfínteres. Este término, además, indica el apoyo que un adulto mayor solicita en el valor diario de su funcionamiento y su manejo independiente (34).	En este estudio, el grado de dependencia será medido mediante la Escala de Barthel, instrumento validado que evalúa diez actividades básicas de la vida diaria (comer, aseo personal, vestido, baño, control de esfínteres, uso del retrete, traslado, desplazamiento y escaleras).	Comer	Dependiente. Necesita ayuda para cortar los alimentos, pero come por sí solo. Independiente.	Ordinal	Dependencia Total 0 a 20 puntos Grave 21 a 60 puntos Moderada 61 a 90 puntos Leve 91-99 puntos Independiente 100 puntos.
			Aseo personal	Dependiente: Requiere cierta ayuda o supervisión. Independiente: Realiza sus actividades sin ningún tipo de ayuda.		
			Vestido/desvestido	Dependiente Necesita ayuda: Se viste/desviste más de la mitad en un tiempo razonable. Independiente.		
			Baño	Dependiente. Independiente.		
			Control de heces	Incontinente. Accidente ocasional: Necesita ayuda para colocar supositorios (-1 vez/semana) Incontinencia		
			Control de esfínteres	Incontinente. Accidente ocasional: Un incidente máximo en 24 horas. Además, requiere ayuda para manipular su dispositivo Continente.		
			Uso de retrete	Dependiente: Incapaz de ir solo al baño. Necesita ayuda: Para manejarse, se limpia solo. Independiente.		
			Traslado silla/ cama	Dependiente: necesita ayuda de 2 a más personas, no permanece sentado. Gran ayuda: De persona fuerte o entrenada, puede permanecer sentado. Ayuda mínima: Una supervisión o un pequeño apoyo físico Independiente.		
			Desplazamiento	Dependiente. Independiente: No requiere supervisión, en silla de ruedas Necesita ayuda: Requiere pequeño apoyo físico y utiliza bastón. Independiente: Puede caminar 50 metros, sin ayuda o supervisión		
			Subida/bajada de escaleras	Dependiente: Incapaz de subir o bajar escaleras. Necesita ayuda: Física o supervisión. Independiente: No requiere ningún tipo de apoyo.		

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.7.1. Técnica

Se implementó como técnica encuesta, la aplicación de cuestionarios validados y estructurados. Esta aproximación permite la recolección de datos comparables, representativos y de alcance de las percepciones, condiciones y comportamientos de los participantes, además de asegurarlas de manera objetiva. La técnica es defendible para estudios de focalización cuantitativa, ya que permite la comprobación de relaciones de variables mediante datos empíricos lamentablemente obtenidos de los participantes (54).

2.7.2. Descripción del instrumento

Instrumento 1 – Síndrome de fragilidad

Para evaluar el síndrome de fragilidad, se usará una herramienta estandarizada para medir el nivel de fragilidad en adultos mayores. Sánchez (16) en el año 2019, lo creó en función de los criterios de Fried, los cuales contemplan cinco componentes: pérdida de peso no intencionada, debilidad muscular, fatiga, lentitud en la marcha y actividad física baja. El cuestionario consta de 5 ítems que evalúan cada una de estas dimensiones. Responder la escala es una actividad dicotómica (Sí = 1 y No = 0) y el puntaje total se calcula sumando los ítems que fueron respondidos afirmativamente. Esta puntuación se clasifica en tres niveles: no frágil (0 puntos), prefrágil (1–2 puntos) y frágil (3 puntos o más).

Instrumento 2 – Grado de dependencia

Para evaluar el grado de dependencia, se procederá a medir el consumo de alimentos con potencial inflamatorio a través del Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA) adaptado por Alor y Milla (15), en el año 2019, para la población adulta peruana. Este instrumento consta de 25 ítems distribuidos en tres dimensiones:

alimentos de alto potencial inflamatorio (10 ítems), alimentos con potencial inflamatorio moderado (8 ítems) y alimentos con bajo o nulo potencial inflamatorio (7 ítems). Las respuestas se registran a través de una escala tipo Likert de 5 puntos: 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (a veces), 4 (frecuentemente) y 5 (siempre). Los puntajes obtenidos permitirán clasificar el consumo en tres niveles: bajo, moderado y alto.

2.7.3. Validación

V1: Síndrome de fragilidad

La validez del instrumento para medir el síndrome de fragilidad fue realizada por Sánchez (16) en el año 2019, realizó un juicio de expertos de las áreas de gerontología y salud pública, quienes revisaron la relevancia de los ítems en relación con las dimensiones del síndrome en sus componentes: físico, cognitivo y social. Posteriormente, se realizó la V de Aiken obteniendo valores mayores a 0.80. Lo que valida y confirma que el instrumento es adaptado para medir la fragilidad en los adultos mayores que acuden al puesto de salud Alto Jesús, Arequipa.

V2: Grado de dependencia

Por otro lado, para evaluar la variable grado de dependencia, se usará el instrumento de Alor y Milla (15) creado en el año 2019, para su trabajo titulado “Grado de dependencia y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del Hospital Naval-Callao”. Este instrumento se elabora a partir de la Escala de Barthel, clásica en la medición de la capacidad funcional de los adultos mayores y en el análisis del grado de independencia en la ejecución de las ABVD (actividades básicas de la vida diaria). Esta escala se compone de 10 ítems. Cada ítem se puntúa de acuerdo con el nivel de ayuda requerida, sumando un total de 0 a 100, donde los valores altos indican mayor independencia funcional. Esta se clasifica en: dependencia total (0–20), dependencia

grave (21–60), dependencia moderada (61–90) y dependencia leve (91–99). Se realizó la validez del instrumento mediante un juicio de 4 expertos en el área.

2.7.4. Confiabilidad

V1: Síndrome de fragilidad

La confiabilidad del instrumento de Sánchez (16), se realizó mediante una prueba piloto de 20 participantes y calculada mediante el Alfa de Cronbach, resultando en un valor de coeficiente de 0.85, lo que demuestra que los ítems tienen una adecuada consistencia interna.

V2: Grado de dependencia

La confiabilidad del instrumento adaptado por Alor y Milla (15), para la presente variable fue evaluada con la aplicación de un estudio piloto a un grupo de adultos mayores fuera de la muestra final. Posteriormente, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach y se obtuvo un valor de 0.87, lo que indica una alta consistencia interna de los ítems.

2.8. Procesamiento y análisis de datos

Luego de la resolución de los cuestionarios, los datos se organizarán, en Microsoft Excel 2021, donde se codificarán y verificarán las respuestas. Luego, se llevará a cabo el análisis estadístico utilizando el software IBM SPSS Statistics versión 30.0. Inicialmente, se empleará un análisis descriptivo para resumir las características sociodemográficas y los niveles de fragilidad y dependencia en la población objeto de estudio. Luego se realizará un análisis inferencial utilizando la prueba de normalidad de Kolmogorov - Smirnov para evaluar la distribución de las variables y determinar la estadística apropiada para evaluar la relación entre el síndrome de fragilidad y el nivel de dependencia en los adultos mayores que residen en la casa de reposo. Los resultados, al final, se mostrarán

en tablas y gráficos que proporcionarán una visión interpretativa coherente y bien fundamentada de los hallazgos más relevantes del estudio.

2.9. Aspectos éticos

En la presente investigación se velará por la dignidad humana y los derechos fundamentales de los participantes adultos mayores serán cuidados y protegidos de acuerdo con los principios éticos que rigen la investigación biomédica.

Principio de Justicia. Cada participante recibirá una consideración equitativa y será tratado con respeto, asegurando la imparcialidad excluyendo todas las formas de discriminación o sesgo o preferencias personales.

Principio de Autonomía. Cada participante mostrará su acuerdo a través de la firma de un documento de consentimiento informado que contendrá toda la información necesaria sobre el objetivo, los procesos y el alcance del estudio para garantizar que la decisión se tome libre y voluntariamente.

Principio de Beneficencia. Con esta investigación, mi objetivo es mejorar la atención y la calidad de la atención que reciben los adultos mayores para promover su bienestar y la calidad de la atención que se les ofrece en la institución.

Principio de No Maleficencia. El estudio consistirá en una investigación puramente académica y respetará la integridad física, emocional y social de los participantes del estudio. La información recopilada se mantendrá confidencial, anónima y no se utilizará ninguna información personal identificable para vincular o identificar a un individuo con el estudio.

CAPITULO III: RESULTADOS

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra

Características sociodemográficas	Categorías	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Edad	60 a 64 años	17	14.29
	65 – 69 años	18	15.13
	70 a 74 años	39	32.77
	75 a 79 años	26	21.85
	80 a más años	19	15.97
Sexo	Masculino	64	53.78
	Femenino	55	46.22
Estado civil	Soltero(a)	18	15.13
	Casado(a) / conviviente	24	20.17
	Viudo(a)	49	41.18
	Divorciado(a) / separado(a)	28	23.53
Nivel de educación	Sin instrucción	34	28.57
	Primaria	15	12.61
	Secundaria	32	26.89
	Superior	38	31.93
Total		119	100.00

Nota. Elaboración propia

Interpretación: La tabla 1, muestra que la mayor parte de los participantes, 32.77% (n = 39), se encuentra en el grupo de los 70 a 74 años, y después, en el grupo de los 75 a 79 años, 21.85% (n = 26), demostrando que se tiene una predominante

concentración en edad intermedia. En cuanto a los sexos, existe una leve mayor repartición en la que se obtiene la cifra de hombres 53.78% (n = 64), mientras que en el grupo de las mujeres es 46.22 (n = 55). Con respecto a la clasificación de datos, en estado civil, la que más se destaca es la condición de viudez 41.18% (n = 49), después se tiene a la de divorciado a separado 23.53% (n = 28), a la de casado a conviviente 20.17% (n = 24), lo que da a entender que se tiene una fuerte proporción de adultos mayores que se encuentran solos. En cuanto al nivel de educación alcanzado, destaca la educación superior con una cantidad de 31.93% (n = 38), aunque aun así se tiene una cifra bastante elevada en la que se registra la falta de educación 28.57% (n = 34), y la que tuvo la secundaria 26.89% (n = 32).

Tabla 2 Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	Gl	Sig.
Síndrome de fragilidad	,742	119	,002
Grado de dependencia	,821	119	,010
Dimensión fragilidad física	,671	119	,007
Fragilidad cognitiva	,911	119	,018
Dimensión social	,712	119	,001

Nota. Elaboración propia

Interpretación: La tabla 2, muestra la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, muestra que las variables evaluadas no tienen distribución normal, ya que los valores de significancia obtenidos fueron inferiores a 0.05. Por esta razón, se utilizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman para mostrar la relación del síndrome de

fragilidad y sus dimensiones con el grado de dependencia, considerando que este método es adecuado ya que los datos no cumplen con los supuestos de normalidad.

Tabla 3 Relación entre el síndrome de fragilidad y grado de dependencia de la muestra

Síndrome de fragilidad		
Rho de	Grado de	Coefficiente de correlación
Spearman	dependencia	Sig. (bilateral)
		N

Nota. Elaboración propia

Interpretación: La tabla 3, muestra una correlación positiva y alta entre el síndrome de fragilidad y el grado de dependencia, con un coeficiente de correlación de 0,714 ($p = 0,012$), lo que indica que, a mayor fragilidad global, mayor es el grado de dependencia de los adultos mayores. Esto evidencia que, por cada caso de síndrome de fragilidad, se relaciona directamente con la pérdida de autonomía funcional en los sujetos evaluados.

Tabla 4 Relación entre la dimensión de fragilidad física y el grado de dependencia de la muestra

Fragilidad física		
Rho de	Grado de	Coefficiente de correlación
Spearman	dependencia	Sig. (bilateral)
		N

Nota. Elaboración propia

Interpretación: En la tabla 4, se muestra la relación entre la fragilidad física y el grado de dependencia se encontró una correlación positiva y muy alta, siendo esta 0,783 ($p = 0,003$). Esto significa que, en la población de adultos mayores, el que haya mayores

limitaciones físicas, conlleva que sean más dependientes en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, reiterando la importancia de la dimensión física en el síndrome de fragilidad.

Tabla 5 Relación entre la dimensión de fragilidad cognitiva y el grado de dependencia en la muestra

		Fragilidad cognitiva	
Rho de Spearman	Grado de dependencia	Coefficiente de correlación	,729**
		Sig. (bilateral)	,008
		N	119

Nota. Elaboración propia

Interpretación: La tabla 5, muestra una correlación positiva y alta entre la fragilidad cognitiva y el grado de dependencia, con un coeficiente de 0,729 ($p= 0,008$). Esto señala que los déficits cognitivos se asocian de manera significativa con un mayor nivel de dependencia, demostrando que la función cognitiva es un aspecto central en la problemática de los adultos mayores y la pérdida de la independencia.

Tabla 6 Relación entre la dimensión de fragilidad social y el grado de dependencia en la muestra

		Fragilidad social	
Rho de Spearman	Grado de dependencia	Coefficiente de correlación	,812**
		Sig. (bilateral)	,001
		N	119

Nota. Elaboración propia

Interpretación: La tabla 6, muestra un coeficiente de correlación de Spearman 0,812 entre fragilidad social y grado de dependencia es elevado y positivo, lo que da cuenta de que, conforme aumenta la fragilidad social, también tiende a incrementarse el

grado de dependencia funcional en los adultos mayores. Además, el valor de significancia bilateral ($p = 0,001$) es menor a 0,05, lo que permite afirmar que esta relación es estadísticamente significativa, por lo que no es debida al azar.

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

El presente trabajo busca investigar la relación que guarda el síndrome de fragilidad y el grado de dependencia de adultos mayores pertenecientes a una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026. La presente investigación muestra una relación positiva y considerada alta entre las variables, obteniendo un (Rho de Spearman = 0,714; $p = 0,012$), lo que significa que los adultos mayores que presentan un alto grado de fragilidad son los que mayores dependencias funcionales tienen. Desde la perspectiva de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem, esto se debe a que la pérdida de autonomía, y a la limitación de la capacidad de autocuidado, se incrementa la asistencia que se requiere para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Entre los antecedentes que se relacionan a estos resultados tenemos a Villarreal et al. 2021, dijo que la fragilidad se relaciona de manera significativa con el deterioro funcional y dependencia (40% frágiles), y Pérez et al. 2024, menciona que los pacientes frágiles con diabetes tenían 2,3 veces más probabilidades de tener dependencia funcional, corroborando la relación positiva. Por otro lado, Hidalgo (19) señaló que el riesgo de fragilidad y caídas no mostró una correlación significativa ($p > 0.05$) y Guerrero et al. (18) afirmaron que la fragilidad no siempre se traduce en pérdida de capacidad funcional, sugiriendo que otras variables pueden influir en la independencia. En el caso del síndrome de fragilidad, es un determinante clave del nivel de dependencia de los adultos mayores, evidenciando la necesidad de estrategias de cuidado que promuevan la independencia y el autocuidado.

Para el primer objetivo específico, se propuso establecer la relación entre la dimensión de la fragilidad física y el grado de dependencia. Los resultados indican una correlación positiva y muy alta entre la fragilidad física y el grado de dependencia. (Rho de Spearman = 0,783; $p = 0,003$), quedando claro que las limitaciones físicas afectan de manera significativa la independencia funcional. Basándose en la Teoría del Déficit de

Autocuidado de Orem, la disminución de la fuerza, movilidad y resistencia compromete la capacidad de autocuidado y aumenta la dependencia. Los respaldos a favor están en el estudio de Pérez et al. (16), reportando que la fragilidad física se asocia de manera significativa con la dependencia funcional ($r = 0,75$; $p < 0,001$), y Ugalde et al. (17), que reportaron $r = 0,72$ ($p < 0,01$) vinculando la inactividad física y mayor dependencia. Por otro lado, Hidalgo (19) y Guerrero et al. (18) estudiaron que algunos adultos mayores con limitaciones físicas se mantuvieron independientes, lo que indica que la dependencia no es algo universal. En síntesis, la dimensión física de la fragilidad es un predictor relevante de dependencia, lo que refuerza la importancia de implementar programas de fortalecimiento físico y de movilidad que permitan conservar la autonomía.

Los resultados evidencian una correlación positiva y alta entre la fragilidad cognitiva y el grado de dependencia (Rho de Spearman = 0,729; $p = 0,008$), mostrando que los déficits cognitivos aumentan la necesidad de asistencia en las actividades diarias. De acuerdo a la teoría de la adaptación de Roy, si los mecanismos adaptativos son insuficientes, la autonomía funcional se reduce. Apoyando esta afirmación se tiene a Villarreal et al. (2021), donde se indica una correlación significativa entre el deterioro cognitivo y dependencia funcional ($p < 0.05$) y a Pérez et al. (16), donde se reporta $r = 0.70$ ($p < 0.001$) vinculando fragilidad cognitiva y pérdida de autonomía. En el otro extremo, Hidalgo (19) y Guerrero et al. (18) reportaron que algunas personas de la tercera edad que presentaban fragilidad cognitiva aún mantenían cierta independencia, apuntando que la pérdida cognitiva no suele corresponder a la dependencia total. En definitiva, la fragilidad cognitiva es un factor que se relaciona con la pérdida de autonomía, lo que indica la necesidad de que se implementen estrategias de estimulación cognitiva, además del apoyo integral.

Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto la existencia de una relación positiva y elevada entre la dimensión de la fragilidad social y el grado de la dependencia funcional, observándose un Rho de Spearman de 0,812 y un nivel de significación de $p = 0,001$. Estos resultados muestran que, a mayor fragilidad social, mayor es el grado de dependencia en la muestra de adultos mayores entrevistados. Este resultado permite observar que la debilitación de las redes de apoyo, el aislamiento y la escasa participación social inciden en el deterioro de la autonomía para llevar a cabo y ejecutar las actividades de la vida diaria. Aplicando el concepto de la fragilidad como un síndrome multidimensional, la dimensión social desempeña un papel clave para poder mantener la funcionalidad, ya que la interacción social funciona como una variable de protección frente al deterioro y el descenso de la funcionalidad. De ahí que, Villarreal et al. (15) pusieron de manifiesto que los factores sociales guardan una relación significativa con el deterioro funcional en los adultos mayores ($p < 0.05$), así como Pérez et al. (16) señalaron que la fragilidad también está entrelazada con la dependencia funcional, siendo que los adultos mayores frágiles tienen una mayor pérdida de autonomía ($p < 0.001$). Al mismo tiempo, Ugalde et al. (17) y Merino (21) manifestaron que la inactividad social y la carencia de redes de apoyo son factores de riesgo importantes para la fragilidad y la dependencia. En resumen, la fragilidad social guarda una relación significativa con el grado de dependencia, lo cual subraya la relevancia de fortalecer el soporte social y comunitario de la población de personas adultas mayores.

CAPITULO V: CONCLUSIONES

Con relación al objetivo general, la relación entre el síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores se evidenció una correlación positiva y alta ($Rho = 0,714$; $p = 0,012$).

Como primer objetivo específico, se evidenció una correlación positiva y alta entre la fragilidad y el grado de dependencia en los adultos mayores, obteniéndose un coeficiente de correlación de $Rho = 0,783$ y un nivel de significancia de $p = 0,003$.

Como segundo objetivo específico, se identificó una correlación positiva y alta entre el grado de dependencia y el síndrome de fragilidad, con un coeficiente de correlación de $Rho = 0,729$ y un valor de significancia de $p = 0,008$.

Como tercer objetivo específico, se identificó una correlación positiva y alta entre la fragilidad social y el grado de dependencia, con un coeficiente de correlación de $Rho = 0,812$ y un valor de significancia de $p = 0,001$, lo que evidencia una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

CAPITULO VI: RECOMENDACIONES

Se recomienda implementar un programa estructurado de interconsulta trimestral, con seguimiento a través de escalas validadas para la determinación del Síndrome de fragilidad (por ejemplo, índice de Fried) y del grado de dependencia (por ejemplo, el índice de Barthel), por parte del personal de salud del grupo religioso ubicado en el distrito de Lima, para la detección precoz de adultos mayores frágiles y para generar intervenciones individualizadas que promuevan el mantenimiento o la mejora de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Se recomienda a los cuidadores y familiares de los adultos mayores estimular un plan semanal de actividades físicas supervisadas consistes en caminatas por 30 minutos como mínimo, ejercicios físicos para movilidad articular y rutinas básicas de fortalecimiento leve a moderado dependiendo la condición física general del adulto mayor, con la finalidad de disminuir los niveles de fragilidad física e incrementar los niveles funcionales en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Se recomienda al coordinador general del grupo religioso organizar e implementar talleres prácticos mensuales para el entrenamiento en actividades básicas instrumentales de la vida diaria (ABVD) tales como alimentación, aseo personales y vestido, dirigido a todos los adultos mayores que presenten dependencia moderada o severa. Se sugiere que se cuente con los recursos materiales y humanos necesarios para realizar dichas intervenciones prácticas.

Se sugiere al personal encargado de las intervenciones rehabilitadoras diseñar e implementar programas individualizados, con una frecuencia mínima tres veces por semana en sesiones continuadas con ejercicios para fortalecimiento físico, equilibrios y coordinación, con seguimiento periódico para determinar avances, con la finalidad de

disminuir los niveles físicos asociados a fragilidad y mejorar los niveles funcionales en ABVD

Se recomienda desarrollar e implementar talleres semanales orientados desde el apoyo psicológico para el profesional responsable que incluyan ejercicios prácticos y dinámicas utilizando memoria y atención (orientación), juegos adaptados para estimulación cognitiva junto con evaluaciones periódicas individuales, con la finalidad de prevenir deterioro cognitivo, mejorar fragilidad cognitiva e incrementar autonomía en las actividades diarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. 1 Octubre 2025 [citado 17 de Octubre del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental de los adultos mayores. [Internet]. 20 Octubre 2023 [citado 17 de Octubre del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
3. Cadena SER. Las alarmantes cifras del suicidio entre las personas mayores. [Internet]. 13 Octubre 2025 [citado 17 de Octubre del 2025]. Disponible en: <https://cadenaser.com/comunitat-valenciana/2025/10/13/las-alarmanentes-cifras-del-suicidio-entre-las-personas-mayores-radio-valencia/>
4. Cinco Días. El deterioro cognitivo afecta al 45,3% de los españoles con 85 años o más. [Internet]. 19 Julio 2025 [citado 17 de Octubre del 2025]. Disponible en: <https://cincodias.elpais.com/extras/ciencia-salud/2025-07-19/el-deterioro-cognitivo-afecta-al-453-de-los-espanoles-con-85-anos-o-mas.html>
5. El País. Cuba envejece: la isla reporta su tasa de natalidad más baja desde la Revolución. [Internet]. 2 Marzo 2025 [citado 17 de Octubre del 2025]. Disponible en: <https://elpais.com/us/2025-03-02/cuba-es-un-pais-de-viejos-la-isla-reporta-su-tasa-de-natalidad-mas-baja-desde-la-revolucion.html>
6. El País. Un 32,4% de las personas mayores de 65 años en Chile presenta riesgo de desnutrición. [Internet]. 16 Diciembre 2024 [citado 17 Octubre del 2025]. Disponible en: <https://elpais.com/chile/2024-12-16/un-324-de-las-personas-mayores-de-65-anos-en-chile-presenta-riesgo-de-desnutricion.html>
7. Cadena SER. Los fisioterapeutas riojanos abogan por el ejercicio físico como mejor receta para un envejecimiento saludable. [Internet]. 14 Septiembre 2025 [citado 17

de Octubre del 2025]. Disponible en: <https://cadenaser.com/rioja/2025/09/14/los-fisioterapeutas-riojanos-abogan-por-el-ejercicio-fisico-como-mejor-receta-para-un-envejecimiento-saludable-radio-rioja/>

8. Corral-Pérez, J., Ávila-Cabeza-de-Vaca, L., González-Mariscal, A., Espinar-Toledo, M., Ponce-González, J., Casals C y Vázquez-Sánchez M. Risk and Protective Factors for Frailty in Pre-Frail and Frail Older Adults. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2023 [cited 28 de October del 2025];20(4):3123. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043123>
9. Cajusol, G y Contreras, A. Fragilidad en adultos mayores del centro geriátrico Geriatrics Perú, Lima 2021 [tesis para obtener el título profesional de enfermería]. Lima: Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/70442>
10. Casca, L. Relación entre fragilidad y riesgo de caídas en el adulto mayor del comedor solidario de la Basílica de San Francisco, Lima 2021 [tesis para optar el título profesional de Licenciado en Tecnología Médica en la Especialidad en Terapia Física y Rehabilitación]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5606>
11. Orcotorio, Y. Fragilidad en adultos mayores con síndrome metabólico atendidos en un Hospital General, Lima – Perú [proyecto de investigación para optar por el título de segunda especialidad profesional en geriatría]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/16700>
12. El 78,9% de la población adulta mayor presenta algún problema de salud de manera crónica [Internet]. Gob.pe. [citado el 15 de septiembre de 2025]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/926048-el-78-9-de-la-poblacion-adulta-mayor-presenta-algun-problema-de-salud-de-manera-cronica>

13. Paz, C., Ledezma, B., Rivera, D., Salazar, M., Torres, M., Patiño, F y Mera – Mamian, A. Association between functional capacity and family functionality with frailty in older adults with cardiovascular risk in southwestern Colombia. Scielo. 2024; 44 (4): 461 – 491. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572024000400537
14. Acosta-Illatopa E, Lama-Valdivia J, García-Solórzano F. Fragility syndrome in older adults in a rural community in the Peruvian Andes. Rev Fac Med Humana. 2021;21(2):309–315. Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/3268>
15. Villarreal, M y Pozo, C. Síndrome de fragilidad en adultos mayores de la Asociación Jesús el Buen Pastor en San Gabriel, cantón Montúfar, Ecuador. Universidad Regional Autónoma de Los Andes; 2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202022000400609
16. Pérez, V., López, M y López, M. Asociación de síndrome de fragilidad con dependencia funcional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Terapéutico Salud. 2024;49(70):1–10. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/asociacion-de-sindrome-de-fragilidad-con-dependencia-funcional-en-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2/>
17. Ugalde, F y Mora, A. Factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad de la persona adulta mayor: programas de cuidado de la población adulta mayor a cargo de la Asociación Moraviana. An Gerontol. 2020;12(1):1–28. Disponible en: <https://archivo.revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/45171>

18. Guerrero, N., Batista, Y., Mendoza, Y. Fragilidad y capacidad funcional en el adulto mayor con enfermedades crónicas cardiopulmonares: revisión narrativa [trabajo de grado en Fisioterapia]. Cartagena de Indias: Universidad de San Buenaventura; 2021. Disponible en: <https://bibliotecadigital.usb.edu.co/server/api/core/bitstreams/a235e1bd-adbe-4faa-8d2e-caa7434f533d/content>
19. Hidalgo, A. Relación del síndrome de fragilidad y riesgo de caídas en adultos mayores del Centro Gerontogeriatrico del Hospital Militar [tesis de licenciatura en Terapia Física Médica]. Quito: Universidad Técnica del Norte; 2020. Disponible en: <https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10625>
20. Marrufo, R. Síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores que acuden al centro de salud de Llama, Chota – 2021 [tesis de licenciatura en Enfermería]. Chota: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/items/f2046fbd-b13d-43af-a214-aad576537c8c>
21. Merino, P. Factores de riesgo y su relación con la fragilidad en los adultos mayores de 65 años en el Hospital Sergio Bernales de Comas, 2021 [trabajo académico de especialidad en Cuidado Enfermero en Geriatria y Gerontología]. Lima: Universidad Nobert Wiener; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/629f4f48-ed71-47f9-b138-de4326773e07/content>
22. Francisco, M. Estilos de vida y fragilidad física de la población adulto mayor del condominio Los Parques de Carabayllo, Lima – 2021 [tesis desarrollada para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2022. Disponible

en:<https://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/1816/3/4211.pdf>

23. Lyu H, Wang C, Jiang H, et al. Prevalence and determinants of frailty in older adult patients with chronic coronary syndrome: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2021 [citado 2025 octubre 18];21:519. Disponible en : <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-021-02426-0>
24. Herrera-Perez, D., Soriano-Moreno, A., Rodrigo-Gallardo, P y Toro-Huamanchumo, C. Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 08];36(2):1-17. e1098. Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1098>
25. Rockwood, K, Theou, O., Using the Clinical Frailty Scale in allocating scarce health care resources. *Can Geriatr J*. 2020;23(3):210–215. Disponible en: <https://doi.org/10.5770/cgj.23.463>
26. Paredes-Arturo, Y., Aguirre-Acevedo, D y Martínez-Torres, J. Síndrome de fragilidad y factores asociados en adulto mayor indígena de Nariño, Colombia. *Med Fam SEMERGEN* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 08];46(3):153-160. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-sindrome-fragilidad-factores-asociados-adulto-S1138359319302357>
27. Hoogendijk, E., Afilalo, J., Ensrud, K., Kowal, P., Onder, G y Fried, L. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet*. 2020;394(10206):1365–1375. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)
28. Dent, E., Martin, F., Bergman, H, Woo, J., Romero-Ortuno, R y Walston, J. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet*.

2019;394(10206):1376–1386. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31785-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31785-4)

29. Kelaiditi E., Cesari, M., Canevelli, M., Abellan, K., Ousset, P y Gillette-Guyonnet S, et al. Cognitive frailty: rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(9):882–890. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24154642/>
30. Sato, M., Hoshi-Harada, M., Takeuchi, K., Kusama, T., Ikeda, T., Kiuchi, S., Saito, M., Nakaya, N y Osaka K. Combined association of social isolation and loneliness with frailty onset among independent older adults: A JAGES cohort study. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2025 [citado 2025 el 04 de octubre];136:105914. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494325001712?via%3Dihub>
31. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001. Disponible en : <https://archive.org/details/nursingconceptso00dort>
32. López, L Gonzales, S. Capacidad funcional y calidad de vida del adulto mayor que asiste al Servicio de Geriátrica en un hospital nacional de Lima, 2023. *Investigación e Innovación*. 2023;3(3):44-55. Disponible en: <https://www.revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1858>
33. Díaz, Y. Evaluación de la funcionalidad y el grado de dependencia de adultos mayores de una Fundación para la Inclusión Social. *Revista Cubana de Enfermería*. 2020;36(3): e3100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000300005
34. Chipana, I. Grado de dependencia funcional del adulto mayor de la casa de reposo Madre Josefina Vannini, Surco-2020. [Tesis desarrollada para optar el Título

- Profesional]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2020. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/e12c4897-320b-4c73-9c9e-5dd7c628162a>
35. Pineda, J., Tenezaca, K y Vaca, A. Calidad de vida en el adulto mayor con dependencia funcional y neurocognitiva en la institución Santa Rosa. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2025;6(2):2184-2190. Disponible en: <http://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/3760>
36. Lojano, R y Sánchez, S. Dependencia funcional en el adulto mayor de la Parroquia Guasuntos, Cantón Alausí. *Facultad de Ciencias de la Salud UNEMI*. 2025. Disponible en: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/2217>
37. Sánchez-Garrido, N., Aguilar-Navarro, S., Ávila-Funes, J., Theou, O., Andrew, M y Pérez-Zepeda, M. The Social Vulnerability Index, Mortality and Disability in Mexican Middle-Aged and Older Adults. *Geriatrics* [Internet]. 2021 [citado el 26 de octubre del 2025];6(1):24. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2308-3417/6/1/24>
38. Khalandi, F., Yoldashkhan, M., Bana, H y Nasiri, M. Assessment of Activities of Daily Living in Post-cardiac Care Unit Using Barthel and Katz Indexes: A Cross-sectional Study. *J Caring Sci* [Internet]. 2022 [cited 2025 octubre 08];11(1):36–39. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35603089/>
39. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: Baseline report. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
40. Júnior, W., Ferreira, L., Molina-Bastos, C., Bispo, J y Garcia-Goulart, B. Prevalence of functional dependence and chronic diseases in community-dwelling Brazilian older adults: an analysis by dependence severity and multimorbidity pattern. *BMC*

- Public Health [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 08];24:140. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-023-17564-w>
41. Park H-J, Thapa N, Bae S, Yang J-G, Choi J, Noh E-S, Park H. Association between physical function, mental function and frailty in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. J Clin Med [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 08];13(11):3207. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/13/11/3207>
42. Silva, J., Ramos, L., Silva, H., Andrade, C., Souza, G., Santos, T., Santiago, L y Roriz, A. Physical frailty, cognitive and functional status in institutionalized older adults. Res Soc Dev [Internet]. 2022 [citado 2025 el 25 de octubre] ;11(12):e34469. Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34469>
43. Ye L, Elstgeest LEM, Zhang X, et al. Factors associated with physical, psychological and social frailty among community-dwelling older persons in Europe: a cross-sectional study of Urban Health Centres Europe (UHCE). BMC Geriatr [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 08];21:422. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02364-x>
44. Plotnikov, G., Waizman, E., Tzur, I., Plotnikov, I., Kaplan, L., Treister, R., Noyman, I., Kurnik, D y Safadi, E. The prognostic role of functional dependency in older inpatients with COVID-19. BMC Geriatr [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 08];21:219. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-021-02158-1>
45. Doroszkiewicz H. How the cognitive status of older people affects their care dependency level and needs: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [citado 2025 el 20 de octubre];19(16):10257. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph191610257>
46. Daley S, Hebditch M, Jones C, Bremner S, Feeney Y, Towson G, Wright J, Banerjee S. Time for Dementia: Quantitative evaluation of a dementia education programme

- for healthcare students. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2023 [citado 2025 octubre 27];38(5):e5922. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.5922>
47. Frederickson, K. Callista Roy's adaptation model. Nurs Sci Q. 2011 Oct;24(4):301-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21975474/>
48. Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C y Gottdiener, J. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11253156/>
49. Bandeen-Roche, K., Xue, Q., Ferrucci, L., Walston, J., Guralnik, J y Chaves, P. Phenotype of frailty: characterization in the Women's Health and Aging Studies. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2006;61(3):262-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16567375/>
50. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
51. Taş, Ü., Verhagen, A., Bierma-Zeinstra, S., Odding, E y Koes, B. Prognostic factors of disability in older people: a systematic review. Br J Gen Pract. 2007 Apr 1;57(537):319–323. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17394736/>
52. Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B y Jaffe, M. Studies of illness in the aged. The Index of Activities of Daily Living. JAMA. 1963;185:914-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14044222/>
53. Lawton, M y Brody, E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5349366/>

54. Cruz-Jentoft, A., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O y Cederholm, T.
Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing.
2019;48(1):16-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30312372/>
55. Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A y Garmen A
Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev.
2011;10(4):430-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21402176/>
56. Verbrugge, L y Jette, A. The disablement process. Soc Sci Med. 1994;38(1):1-14.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8146699/>
57. Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M y Rockwood, K. Frailty in elderly people.
Lancet. 2013;381(9868):752-62. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23395245>
58. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: a
review of the literature. Maturitas. 2013 May;75(1):51–61. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23523272/>
59. Stuck, A., Siu, A., Wieland, G., Adams, J y Rubenstein, L. Comprehensive geriatric
assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet. 1993;342(8878):1032-6.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8105269/>
60. Gill TM, Robinson JT, Tinetti ME. Difficulty and dependence: two components of
the disability continuum among community-living older persons. Ann Intern Med.
1998 Jan 15;128(2):96–101. Disponible en:
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-128-2-199801150-00004>
61. Rockwood, K y Mitnitski, A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. J
Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007;62(7):722-7. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17634318/>

62. Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2010 [citado 2025 noviembre 18];11(5):344–355. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20511102/>
63. Sánchez, A y Murillo, A. Enfoques metodológicos en la investigación histórica. Rev Mex Hist. 2021;12(2):147-162. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2594-29562021000200147&script=sci_arttext
64. Rojas, W. Blog educativo en el proceso enseñanza-aprendizaje para promover competencias sobre Metodología de la Investigación. I+D Revista de Investigaciones [Internet]. 2024;19(2):63–71. Disponible en: <https://sievi.udi.edu.co/ojs/index.php/ID/article/view/489>
65. Manterola, C., Hernández, M., Otzen, T., Espinoza, M y Grande, L. Estudios de corte transversal. Un diseño de investigación observacional. Rev Med Chile. 2023;151(1):146-152. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022023000100146&script=sci_arttext
66. Otzen, T y Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Rev Latinoam Salud Pública. 2017;29(1):37-44. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022017000100037&script=sci_arttext&utm
67. Tavares J, Sa-Couto P, Reis JD, Boltz M, Capezuti E. The role of frailty in predicting 3 and 6 months functional decline in hospitalized older adults: findings from a secondary analysis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [cited 2025 octubre 08];18(13):7126. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34281063/>

68. Foong, K., Pei-Lee, T y Wen, S. Cognitive frailty and functional disability among community-dwelling older adults: a systematic review. *Age Ageing*. 2023;52(3):afad020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36908650/>

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general ¿Cuál es la relación entre el síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026? Problemas específicos ¿Cuál es la relación entre la dimensión de fragilidad física y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026? ¿Cuál es la relación entre la dimensión de fragilidad cognitiva y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026? ¿Cuál es la relación entre la dimensión de fragilidad social y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026?	Objetivo general Identificar la relación entre el síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026. Objetivos específicos Determinar la relación entre la dimensión de fragilidad física y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026. Determinar la relación entre la dimensión de fragilidad cognitiva y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026. Determinar la relación entre la dimensión de fragilidad social y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026.	Hipótesis general H1. Existe relación entre el síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026. H0. No existe relación entre el síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026. Hipótesis específicas HI 1. Existe relación entre la dimensión de fragilidad física y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026. HI 2. Existe relación entre la dimensión de fragilidad cognitiva y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026. HI 3. Existe relación entre la dimensión de fragilidad social y el grado de dependencia en los adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026.	Variable 1 Fragilidad en el adulto mayor Dimensiones: - Física - Cognitiva - Social Variable 2 Grados de dependencia Dimensiones: Autonomía - Comer - Aseo personal - Vestido/ Desvestido - Baño - Control de heces - Control de esfínteres - Uso de retrete - Traslado/ silla/ cama - Desplazamiento - Subida/bajada de escaleras	Tipo de investigación Cuantitativo Método y diseño de investigación Correlacional - Descriptivo Diseño No experimental, de corte transversal Población Técnica Encuesta Instrumento Cuestionario

Anexo 2 Instrumentos

INDICADOR DE FRAGILIDAD DE TILBURG

(Martí J, et al. 2017)

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es confidencial y será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincero(a) en sus respuestas. Muchas gracias por su participación.

A. Datos generales:

1. Sexo

- a) Mujer
- b) Hombre

2. Edad _____

3. Estado civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Conviviente
- d) Viudo
- e) Divorciado

4. Nivel de educación

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

DIMENSIONES		PREGUNTAS	SI	NO
Componentes físicos	5.	¿Se siente físicamente sano?		
	6.	¿Ha perdido peso recientemente de forma involuntaria?		
	7.	¿Dificultad para caminar?		
	8.	¿Dificultad para mantener el equilibrio?		
	9.	¿Siente que cada vez escucha con dificultad?		
	10.	¿Siente que cada vez observa con dificultad?		
	11.	¿Pérdida de fuerza de las manos?		
	12.	¿Cansancio?		
	13.	¿Ha tenido problemas de memoria?		
	14.	¿Se ha sentido triste en el último mes?		

Componentes Cognitivos	15.	¿Es capaz de enfrentarse a los problemas?		
Componentes sociales	16.	¿Vive solo?		
	17.	¿Le hace falta tener gente a su alrededor?		
	18.	¿Recibe suficiente ayuda de otras personas?		

Gracias por su participación.

ESCALA DE ÍNDICE DE BARTHEL

(Alor y Milla, 2019)

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es confidencial y será utilizado sólo para fines de investigación científica. Marque en la casilla que corresponda al enunciado que más se ajuste a usted. Se recomienda que sea sincero(a) en sus respuestas. Muchas gracias por su participación.

1. Comer

10	Independiente: Come por sí solo en un tiempo razonable. Servida o cocinada por otra persona.	
5	Necesita ayuda: Para cortar los alimentos. Pero come por sí solo.	
0	Dependiente: Necesita ayuda de otra persona para comer.	

2. Aseo personal

5	Independiente: Realiza sus actividades sin ningún tipo de ayuda.	
0	Dependiente: Requiere cierta ayuda o supervisión	

3. Vestido

10	Independiente: Capaz de vestirse/desvestirse por sí solo.	
5	Necesita ayuda: Se viste/desviste más de la mitad en un tiempo razonable.	
0	Dependiente: Requiere ayuda para vestirse/desvestirse.	

4. Baño

5	Independiente: Se baña sin ayuda alguna, si es adicional puede ser provisto por otra persona.	
0	Dependiente: Necesita cierta ayuda para bañarse.	

5. Control de heces

10	Incontinencia: No presenta ningún episodio semanal.	
5	Accidente ocasional: Necesita ayuda para colocar supositorios (-1 vez/semana).	
0	Incontinente: Mas de un incidente semanal.	

6. Control de esfínteres

10	Incontinencia: No presenta ningún episodio, capaz de utilizar por sí solo su dispositivo.	
5	Accidente ocasional: Un incidente máximo en 24 horas. Además, requiere ayuda para la manipulación de dispositivo	
0	Incontinente: Mas un incidente en 24 horas	

7. Uso del retrete

10	Independiente: No necesita ayuda para ir al baño/letrina	
5	Necesita ayuda: Para manejarse, se limpia solo.	

0	Dependiente: Incapaz de ir solo al baño.	
---	--	--

8. Traslado cama/sillón

15	Independiente: No requiere ningún tipo de apoyo.	
10	Ayuda mínima: Una supervisión o un pequeño apoyo físico.	
5	Gran ayuda: De persona fuerte y entrenada, puede permanecer sentado.	
0	Dependiente: Necesita ayuda de 2 a más personas, no permanece sentado.	

9. Desplazamiento

15	Independiente: Puede caminar 50 metros, sin ayuda o supervisión.	
10	Necesita ayuda: Requiere pequeño apoyo físico y utiliza bastón.	
5	Independiente en silla de ruedas: No requiere supervisión en silla de ruedas.	
0	Dependiente.	

10. Subir y bajar escaleras

10	Dependiente: No requieren ningún tipo de apoyo.	
5	Necesita ayuda: Física o supervisión.	
0	Dependiente: Incapaz de subir o bajar escaleras.	

Gracias por su participación.

Anexo 3: Consentimiento informado

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Samamé Ipanaque Jhomira Saraith

Título: “Síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de lima, 2026”

Propósito del estudio:

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de Lima, 2026”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, [Jhomira Saraith, Samamé Ipanaque].

El propósito de este estudio es determinar la relación entre el “Síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de lima, 2026”. Su ejecución permitirá conocer la condición funcional y el nivel de fragilidad de los adultos mayores, contribuyendo a mejorar la atención integral y la calidad de vida de esta población.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, realizará lo siguiente:

Se le aplicará un cuestionario estructurado y una escala de valoración funcional. El tiempo estimado para responder es de aproximadamente 15 a 20 minutos. Los resultados se almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Su participación en el estudio no implica ningún riesgo significativo. Solo deberá responder los instrumentos aplicados, los cuales no generan daño físico ni psicológico.

Beneficios

Usted se beneficiará al participar en un estudio que contribuirá al mejor conocimiento del estado de salud y funcionalidad de los adultos mayores, además de generar información útil para futuras intervenciones geriátricas y el desarrollo de políticas de cuidado.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por su participación. Asimismo, no recibirá ningún incentivo económico por formar parte del estudio.

Confidencialidad

Toda la información obtenida será tratada de forma confidencial y se registrará mediante códigos, no con nombres. Si los resultados del estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos del estudio no serán compartidos con personas ajenas a la investigación.

Derechos del participante

Su participación es voluntaria. Si en algún momento se siente incómodo o decide no continuar, puede retirarse sin ningún perjuicio. Si tiene dudas o molestias, puede comunicarlas al personal del estudio.

Puede comunicarse con Jhomira Saraith Samamé Ipanaque, tel. 981511556, o al comité que validó el presente estudio: comite.etica@uwiener.edu.pe

Consentimiento

Declaro haber leído y comprendido el contenido de este Formulario de Consentimiento Informado. He recibido una explicación clara sobre el objetivo, procedimiento y finalidad del estudio, así como respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que mi participación es voluntaria y tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este Formulario.

Participante

Nombre:

DNI:

Investigadora

Nombre: Jhomira Saraith Samamé Ipanaque

DNI: 72932210

Anexo 4: Calculo de la muestra

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot (p \cdot q)}{(N - 1)E^2 + Z^2 \cdot (p \cdot q)}$$

Donde:

N = 170 (población total)

Z = 1.96 (nivel de confianza 95%)

p = 0.5 (probabilidad de éxito)

q = 0.5 (probabilidad de fracaso)

E = 0.05 (error estándar)

Reemplazando

$$n = \frac{170 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.5 \cdot 0.5)}{(170 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2 \cdot (0.5 \cdot 0.5)}$$

$$\mathbf{n= 119}$$

Anexo 5: Panel fotográfico



Anexo 6: Carta de presentación



"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la
Democracia"



Lima, 12 de Febrero de 2026

CARTA N°0373-2026-SG-UPNW-CP

Madre Verónica Esther Vargas Mayo
Superiora de la congregación Hijas de nuestra Señora de la Piedad
Congregación Religiosa
Alberto Montellanos 112 Apolo, La Victoria-Lima- Lima
ASUNTO: Autorización para aplicación de estudio de campo

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez presentar a la estudiante del Programa Académico de **Enfermería; Jhomira Saraith Samame Ipanaque**, con código de matrícula **2020102695** con la finalidad de solicitar se brinde todas las facilidades pertinentes para que pueda aplicar los instrumentos de recolección de datos a 119 adultos mayores que acuden en la congregación religiosa Hijas de nuestra Señora de la Piedad.

Toda la información que solicita a la tesista **Jhomira Saraith Samame Ipanaque**, para la elaboración de su proyecto de investigación denominado: "**Síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores de una congregación religiosa en un distrito de lima, 2026.**" dirigido por la asesora de tesis Mg. Gloria Esperanza Cruz Gonzáles, para la obtención del Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Agradeciendo por anticipado su autorización a la tesista para que logre su propósito, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
Khristian Vigil Vega
DN: 44-025157
RUC: 20-8862-88370
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/02/2026 Hora: 14:48:15



Khristian Vigil Vega
Secretario General
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

Anexo 7: Aprobación del proyecto de investigación



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 31 de enero del 2026.

Autor Responsable:

JHOMIRA SARAITH SAMAME IPANAQUE

Exp. Nº: 0204-2026

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: **"SÍNDROME DE FRAGILIDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES DE UNA CONGREGACIÓN RELIGIOSA EN UN DISTRITO DE LIMA, 2026"**

Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 14/01/ 2026.

El cual tiene como Autor(es) a:

JHOMIRA SARAITH SAMAME IPANAQUE

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la aceptación por parte de las instituciones en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

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

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Maza Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Avenida Anáhuca 448 / Teléfono: 89913820 (Atención: lunes a viernes de 8:00 a 16:30 horas) / Correo: comite.etica@upnwiener.edu.pe

Anexo 8: Constancia de Autorización

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN

Yo Madre Apolonia Pompeya Molina Sigueñas, identificado(a) con D.N.I. N° 31662858 en mi calidad de Superiora Regional y Representante Legal de la Congregación de las Hijas de Nuestra Señora de la Piedad ubicado en Alberto Montellanos 112 Apolo La Victoria, provincia Lima y departamento- Lima.

Otorgo EN UN la AUTORIZACIÓN, a la Bachiller Jhomira Saraith Samamé Ipanaque, identificada con D.N.I.: 72932210, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A, para que ejecute su investigación titulada " SINDROME DE FRAGILIDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES DE UNA CONGREGACIÓN RELIGIOSA EN UN DISTRITO DE LIMA, 2026", dentro de las instalaciones o utilice la información de nuestra institución "Congregación de las Hijas de Nuestra Señora de la Piedad".

Asimismo, autorizo expresamente el uso de la información con fines académicos, contribuyendo con la comunidad educativa.

Finalmente, respecto al uso del nombre y/o cualquier distintivo de la institución "Congregación de las Hijas de Nuestra Señora de la Piedad", se determina:

(X) Mantener en **RESERVA** el nombre y/o información sensible y/o cualquier distintivo de institución "Congregación de las Hijas de Nuestra Señora de la Piedad".

Lima, 13 de febrero 2026



Madre Verónica Vargas Mayo

Superiora local de la Congregación

De las Hijas de Nuestra Señora de la Piedad

DNI 06526868

18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 14%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 14% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
2	Internet	repositorio.unach.edu.pe	1%
3	Internet	repositorio.utc.edu.ec	<1%
4	Internet	cybertesis.unmsm.edu.pe	<1%
5	Internet	repositorio.uancv.edu.pe	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-11-13	<1%
7	Internet	srjournalcidi.org	<1%
8	Internet	issuu.com	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-10-29	<1%
10	Internet	repositorioinstitucional.uabc.mx	<1%
11	Internet	hdl.handle.net	<1%