



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

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

Tesis

Capacidad funcional en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física
de Lima, periodo 2024

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

Presentado por:

Autora: Plácido Villalta, Violeta Isabel

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1797-001X>

Asesor: Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8822-3318>

Lima – Perú

2024

 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, Plácido Villalta Violeta Isabel, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024” Asesorado por el docente: Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud DNI 10697600 ORCID 0000-0002-8822-3318, tiene un índice de similitud de 14 (catorce) % con código 14912413362491, 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

Plácido Villalta Violeta Isabel

DNI: 45138068



.....
 Firma de asesor

Mg. Andy Freud Arrieta Córdova

DNI: 10697600

Lima, 24 de Septiembre del 2024

 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

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

En el reporte turnitin se ha excluido manualmente como se observa en la parte final del mismo lo que compone a la estructura del modelo de tesis de la universidad, como instrucciones o material de plantilla, redacción común o material citado, que no compromete la originalidad de la tesis.

Tesis

**“CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”**

Línea de Investigación

Salud y Bienestar – Estilos de Vida Saludable

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiar y bendecir mi camino.

A mis Maestros por toda su paciencia, recomendaciones y por compartir su conocimiento y experiencia sobre esta hermosa carrera.

A todas las personas que me motivaron en todo momento a seguir adelante para alcanzar mis metas.

DEDICATORIA

A mi amada madre por sus consejos, por ser mi motor y motivo para seguir adelante.

A mis queridos abuelitos por ser mi fuente de inspiración.

A mis tíos por su apoyo y por ser parte importante en mi crecimiento personal y profesional.

ÍNDICE

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

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.....	12
1.2 Formulación del problema.....	14
1.2.1 Problema general.....	14
1.2.2 Problema específico.....	14
1.3 Objetivos de la investigación.....	14
1.3.1 Objetivo general.....	14
1.3.2 Objetivos específicos.....	14
1.4 Justificación de la investigación.....	15
1.4.1 Justificación teórica.....	15
1.4.2 Justificación metodológica.....	15
1.4.3 Justificación practica.....	16
1.5 Limitaciones de la investigación.....	16

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.....	18
2.2 Base teórica.....	23

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación.....	27
3.2 Enfoque de la investigación	27
3.3 Tipo de investigación.....	27
3.4 Diseño de la investigación	28
3.5 Población, muestra y muestreo.....	28

3.6	Variables y operacionalización.....	30
3.7	Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	33
3.8	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	36
3.9	Aspectos éticos	36

CAPITULO IV PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

4.1	Análisis de los resultados.....	38
4.2	Discusión de los Resultados.....	50

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones	54
5.2	Recomendaciones.....	54

CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICOS

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Instrumento

Anexo 3: Validez del instrumento

Anexo 4: Formato de consentimiento informado

Anexo 5: Carta de solicitud a la institución

Anexo 6: Carta de aceptación para la recolección de datos

Anexo 7: Aprobación del comité de ética

ÍNDICE DE TABLAS

1.	Tabla No 1 Distribución por grupo etario de la muestra.	Pág. 37
2.	Tabla No 2 Distribución por sexo de la muestra.	Pág. 39
3.	Tabla No 3 Distribución por estado civil de la muestra.	Pág. 40
4.	Tabla No 4 Distribución por ocupación de la muestra.	Pág. 41
5.	Tabla No 5 Distribución por comorbilidad de la muestra.	Pág. 42
6.	Tabla No 6 Distribución del IMC de la muestra.	Pág. 43
7.	Tabla No 7 Distribución del nivel de capacidad funcional.	Pág. 44
8.	Tabla No 8 Distribución del nivel de capacidad funcional según la edad. .	Pág. 45
9.	Tabla No 9 Distribución del nivel de capacidad funcional según el sexo. .	Pág. 46
10.	Tabla No 10 Distribución del nivel de capacidad funcional según el estado civil.	Pág. 47
11.	Tabla No 11 Distribución del nivel de capacidad funcional según el IMC.	Pág. 48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. Figura No 1 Distribución por grupo etario de la muestra.Pág. 38
2. Figura No 2 Distribución por sexo de la muestra.Pág. 39
3. Figura No 3 Distribución por estado civil de la muestra.Pág. 40
4. Figura No 4 Distribución por ocupación de la muestra.Pág. 41
5. Figura No 5 Distribución por comorbilidad de la muestra.Pág. 42
6. Figura No 6 Distribución del IMC de la muestra.Pág. 43
7. Figura No 7 Distribución del nivel de capacidad funcional.Pág. 44
8. Figura No 8 Distribución del nivel de capacidad funcional según
la edad.Pág. 45
9. Figura No 9 Distribución del nivel de capacidad funcional según el sexo. .Pág. 46
10. Figura No 10 Distribución del nivel de capacidad funcional según el
estado civil.Pág. 47
11. Figura No 11 Distribución del nivel de capacidad funcional según el
IMC.Pág. 48

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de capacidad funcional en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. **Materiales y Métodos:** El estudio fue deductivo de diseño no experimental, la población estará conformada por todos los pacientes adultos mayores del GrupoFisio – salud y rehabilitación integral lo cual estuvo conformado por 145 pacientes de 60 años a más **Resultados:** Se evidencia una prevalencia del grupo de 70 a 79 años, siendo un 44.14% del total de la muestra, una ligera mayoría el género masculino, con un 53.79%, el 22.76% de los pacientes sufre de hipertensión arterial. El 21.38% de los pacientes sufre de diabetes mellitus. El 19.31% de los pacientes padece de enfermedad pulmonar crónica. El 18.62% de los pacientes padece de enfermedad coronaria. El 17.93% de los pacientes padece de artritis reumatoidea, el 25.52% de los pacientes se encuentran en niveles normales de peso. el 22.07% posee obesidad grado I. El 17.93% padece de sobrepeso, el 17.93% posee obesidad grado II. El 16.55% de los pacientes se encuentran con un nivel de peso bajo, el 28.97% de los pacientes evidencia una dependencia leve o escasa. El 23.45% de los pacientes evidencia una dependencia moderada, el 20% muestra un nivel de dependencia grave, el 15.17% tiene una dependencia total y el 12.41% de los pacientes son independientes. **Conclusiones:** En la muestra la mayoría de pacientes trabajan de manera independiente y también se encuentran en situación de desempleo, la mayoría de los pacientes sufre de hipertensión arterial, la gran mayoría de los pacientes adultos mayores se encuentran con sobre peso, la mayor parte de los pacientes evidencian una dependencia de moderada a severa.

Palabras Claves: Capacidad funcional, adulto mayor, comorbilidad, características sociodemográficas.

ABSTRAC

Objective: Determine the level of functional capacity in older adult patients from a physical therapy center in Lima, period 2024. **Materials and Methods:** The study was deductive with a non-experimental design, the population will be made up of all older adult patients from GrupoFisio – comprehensive health and rehabilitation which was made up of 145 patients aged 60 years or older. **Results:** A prevalence of the 70 to 79 year old group is evident, with 44.14% of the total sample, a slight majority being male, with 53.79%, 22.76% of patients suffer from high blood pressure. 21.38% of patients suffer from diabetes mellitus. 19.31% of patients suffer from chronic lung disease. 18.62% of patients suffer from coronary heart disease. 17.93% of patients suffer from rheumatoid arthritis, 25.52% of patients are at normal weight levels. 22.07% have grade I obesity. 17.93% are overweight, 17.93% have grade II obesity. 16.55% of patients are at a low weight level, 28.97% of patients show mild or little dependence. 23.45% of patients show moderate dependence, 20% show a severe level of dependence, 15.17% have total dependence and 12.41% of patients are independent. **Conclusions:** In the sample, the majority of patients work independently and are also unemployed, the majority of patients suffer from high blood pressure, the vast majority of older adult patients are overweight, the majority of Patients show moderate to severe dependence.

Keywords: Functional capacity, older adults, comorbidity, sociodemographic characteristics.

INTRODUCCIÓN

La tesis consta de cinco partes, el capítulo I presenta el problema de investigación, formulación del problema, objetivos, justificación y limitaciones. El Capítulo II presenta los antecedentes que sustentan la investigación, las teorías y conceptos desarrollados a partir de las variables investigadas, El Capítulo III describe el método de investigación, la selección de la muestra y las técnicas desarrolladas para obtener los datos necesarios para su posterior procesamiento y análisis. El Capítulo IV desarrolla los resultados de la investigación y el procesamiento de los resultados, y el Capítulo V presenta las conclusiones y recomendaciones, las cuales forman parte del análisis final de la investigación.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El incremento de la población adulta a nivel global es un fenómeno relevante en el ámbito de la salud y el bienestar. Con el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial, se observa una mayor presencia de enfermedades crónicas y discapacidades (1). Este incremento en la incidencia de enfermedades crónicas y discapacidades entre los adultos mayores ha generado una creciente inquietud sobre su capacidad funcional y autonomía para llevar a cabo las actividades esenciales de la vida cotidiana (2). La capacidad funcional en adultos mayores es una problemática que incluye diversos aspectos, como la necesidad de cuidados diarios debido a la dependencia funcional, la falta de cobertura y conocimientos adecuados, la necesidad de adaptación a los riesgos inevitables del envejecimiento, y la necesidad de servicios de salud, sociales y jurídicos (3).

En los países menos desarrollados, la proporción de personas mayores de 65 años era cerca del 4%, mientras que en los países desarrollados era alrededor del 20%, y en los países menos desarrollados, cerca del 9%. Sin embargo, existen variaciones regionales significativas, ya que en esos países de Asia-Pacífico que se encuentran en la fase media de transición registran en general proporciones más elevadas de personas mayores. Por ejemplo, las proporciones de población de edad avanzada en Bangladesh, Bhután, Camboya, Myanmar, Nepal, Timor-Leste y Tuvalu se sitúan entre el 5% y el 7% (4).

Algunas investigaciones han puesto de manifiesto el tema de la capacidad funcional en adultos mayores y su calidad de vida. Algunas como el de Meza et al. (5), tuvo resultados de mayor prevalencia en adultos mayores mujeres de 60 a 64 años (27,4 %) determinando que hubo una dependencia moderada para las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD). Otra investigación, demostró que en 113 adultos mayores institucionalizados presentó menor funcionalidad en las AVD en comparación de una población de 132 adultos mayores de 60 años que viven en su residencia habitual (6).

En Perú, el envejecimiento de la población también plantea desafíos importantes en términos de salud y bienestar. El 12.7% de la población peruana (4 millones 140 mil adultos mayores) tiene 60 años o más, según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Se proyecta que esta cifra seguirá aumentando en los próximos años (7). En el año 2022, la enfermedad crónica afectó al 83% de mujeres y 75% de hombres de edad avanzada. La población más afectada fue la urbana, donde 78% de los adultos mayores no recibe tratamiento en centros de atención (8). La población adulta mayor enfrenta desafíos únicos en términos de capacidad funcional, un ejemplo es el estudio de López y Gonzales (9), que se encontró que el 55% de los adultos mayores del servicio de geriatría presentaron un nivel de dependencia de la capacidad funcional.

En un centro de terapia física de Lima, los pacientes adultos mayores reportan un gran avance con sus tratamientos en la recuperación de sus afecciones musculoesqueléticas; sin embargo, aun hay pacientes que perciben una baja función en la capacidad de sus actividades cotidianas. Por lo tanto, se plantea esta investigación con el fin de determinar el nivel de capacidad funcional en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de capacidad funcional en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024?
2. ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según la edad de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024?
3. ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según el sexo de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024?
4. ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según el estado civil de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024?
5. ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según la ocupación de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024?
6. ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según el Índice de masa corporal (IMC) de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de capacidad funcional en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

2. Determinar el nivel de capacidad funcional según la edad de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.
3. Determinar el nivel de capacidad funcional según el sexo de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.
4. Determinar el nivel de capacidad funcional según el estado civil de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.
5. Determinar el nivel de capacidad funcional según la ocupación de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.
6. Determinar el nivel de capacidad funcional según el Índice de masa corporal (IMC) de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

La justificación teórica de esta investigación sobre la capacidad funcional en adultos mayores radica en la necesidad de comprender el envejecimiento y las habilidades de los individuos para realizar actividades cotidianas; también, sobre los factores de riesgo asociados con la disminución de la funcionalidad, como enfermedades crónicas, estilo de vida, factores ambientales y sociales. Investigar sobre la capacidad funcional de los adultos mayores, contribuye a ampliar el conocimiento científico en el campo de la geriatría y la asistencia sanitaria.

Además, realizar esta investigación podrá abrir nuevos estudios como la relación entre la capacidad funcional y otros aspectos de la salud en adultos mayores, lo que podría proporcionar información crucial para el diseño de intervenciones efectivas destinadas a mejorar la calidad de vida, promover la independencia y prevenir la discapacidad.

1.4.2. Justificación Metodológica

La justificación metodológica de esta investigación radica en la utilización de un cuestionario ampliamente reconocido y aplicado, particularmente diseñado para la evaluación de pacientes adultos mayores. Dicho cuestionario se estructura en dos secciones: Información sobre las características sociodemográfica de los pacientes y el Índice de Barthel para evaluar la funcionalidad de las actividades cotidianas. La validez de este instrumento ha sido previamente establecida mediante la evaluación de jueces expertos, lo que confirma su idoneidad para la medición de la capacidad funcional en esta población.

1.4.3. Justificación Práctica

La justificación práctica de esta investigación radica en la necesidad de comprender la capacidad funcional de las personas mayores para planificar servicios sanitarios adaptados a sus necesidades específicas. Los resultados de la investigación pueden proporcionar una guía invaluable para la distribución eficiente de recursos destinados a apoyar a la población adulta mayor en la preservación de su autonomía funcional. Asimismo, estos resultados podrían servir como punto de partida para el diseño y la implementación de intervenciones personalizadas, así como para la adaptación de estrategias dirigidas a fortalecer las capacidades funcionales de los adultos mayores.

1.5. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones de la investigación fueron las siguientes:

- ✓ Limitantes en los tramites y gestiones administrativas, para la recolección de datos, relacionados a los permisos de la entidad.
- ✓ La organización de tiempo para la recolección de datos, organizando el tiempo adecuado para su ejecución.

- ✓ Los pacientes adultos mayores, debido a su condición, en algunos casos, presentaban inconveniente, como citas en otras especialidades o inasistencias por temas de salud, por lo que se debía de reprogramar sus terapias.
- ✓ Factor económico del investigador, dado que este trabajo fue autofinanciado.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Costa et al. (10) en su estudio tuvieron como objetivo “*Analizar la asociación entre datos sociodemográficos y de salud, deterioro cognitivo y riesgo de sarcopenia con la capacidad funcional en adultos mayores inscritos en las Estrategias de Salud de la Familia en el área rural del municipio de Picos, Piauí, Brasil*”. Este estudio fue de alcance correlacional, de diseño observacional y corte transversal. La muestra estaba conformada por 320 adultos mayores que asistieron a las Estrategias de Salud de la Familia ubicadas en la zona rural de Picos, los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: Perfil demográfico, Enfermedades auto informadas, Mini-Examen del Estado Mental, Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y SARC-F. Los resultados fueron: Se encontró que el 70% presentaba deterioro cognitivo, el 53,8% riesgo de sarcopenia, con una media de 93,72 (DE=11,84) puntos para las actividades básicas de la vida diaria, y el 77,8% con dependencia parcial para las actividades instrumentales de la vida diaria con una media de 16,79 (DE=3,79) puntos. En la regresión múltiple multivariante, se identificó que existía asociación entre las Actividades Básicas de la Vida Diaria y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria con la edad ($p<0,001$), el número de hijos ($p=0,025$), la educación ($p=0,003$), los ingresos mensuales ($p=0,018$), el número de enfermedades ($p<0,001$), la sarcopenia ($p<0,001$) y el estado

cognitivo ($p < 0,001$). Se concluyó que, hubo una alta prevalencia de discapacidad funcional en ancianos que viven en el área rural de Picos, Piauí, Brasil.

Caçador et al. (11) en su estudio tuvieron como objetivo “*Evaluar la relación entre el estado nutricional y el riesgo nutricional, la capacidad funcional y la cognición en adultos mayores portugueses institucionalizados mediante un estudio transversal en 15 instituciones*”. Este estudio fue de alcance correlacional, de diseño observacional y corte transversal. La muestra estaba conformada por 214 adultos mayores, los cuales se les evaluó el estado nutricional (índice de masa corporal [IMC], circunferencia de la cintura [CC]), el riesgo nutricional (mini evaluación nutricional [MNA]), el grado de independencia funcional (índice de Barthel [BI]) y la capacidad cognitiva (mini examen del estado mental [MMSE]). Los resultados fueron: El 28,0% presentaba riesgo de desnutrición, el 69,6% tenía dependencia funcional leve y el 39,3% presentaba deterioro cognitivo leve. El riesgo de desnutrición aumentaba la dependencia funcional y el deterioro cognitivo. La puntuación MNA, pero no el IMC o el CC, estaba relacionada con la discapacidad y los déficits cognitivos. Se encontró una interdependencia diferencial entre el estado nutricional, cognitivo y funcional.

Domínguez (12) en su estudio tuvo como objetivo “*Determinar el nivel de capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria y su relación con la satisfacción con la vida en adultos mayores usuarios de la UMF 1, Delegación Aguascalientes*”. Este estudio fue de alcance descriptivo-correlacional, de diseño observacional y transversal. La muestra poblacional estaba conformada por 302 pacientes adultos mayores, los cuales se les aplicó 2 cuestionarios: “el índice de Barthel” que evalúa 10 actividades básicas y “la escala de satisfacción con la vida” que evalúa la satisfacción vital general. Los resultados fueron: “Se obtuvo un mayor porcentaje de 55.3% en mujeres con edad media de 70 años, en su mayoría casados, con nivel de escolaridad primaria, cuyas comorbilidades principales fueron Hipertensión Arterial Sistémica (87.75) y Diabetes Mellitus tipo 2 (56.29%). Se obtuvo un

porcentaje de 95.36% del índice de Barthel para la capacidad funcional obteniendo una clasificación de incapacidad ligera en las actividades de la vida diaria y un porcentaje de 96.35% para la satisfacción con la vida obteniendo una clasificación de satisfacción moderado”. Se concluyó que, no hubo correlación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y la satisfacción por la vida de los adultos mayores de la UMF 1, “Delegación Aguascalientes”.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Rivera (13) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar la relación de la capacidad funcional con el riesgo de caída de los adultos mayores albergados en el Centro Geriátrico de la Beneficencia Pública San Vicente de Paul, Lima 2022”*. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, nivel correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 127 adultos mayores del Centro Geriátrico de la Sociedad Beneficencia Publica Lima Metropolitana “San Vicente de Paul”, los cuales se les aplicó el Índice de Barthel y la escala de Dawton. Los resultados fueron: Según la relación entre la dimensión actividades básicas y el riesgo de caída de los adultos mayores, el 62.5% obtuvo dependencia moderada y un riesgo alto de caídas; según la relación entre la capacidad funcional de los adultos mayores y la dimensión caídas previas y tratamiento farmacológico, el 45.7% obtuvo dependencia moderada y riesgo bajo de caídas; y según la relación entre la capacidad funcional de los adultos mayores y la dimensión déficit sensorial, estado mental y deambulación, el 67.7% obtuvo dependencia moderada y riesgo alto de caídas. Según la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caída de los adultos mayores, el 53.5% obtuvo dependencia moderada y riesgo alto de caídas. Además, hubo una relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caída en los adultos mayores, con un alfa de 0.002. Se concluyó que, hubo una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio.

Castro y Vega (14) en su estudio tuvieron como objetivo *“Determinar la relación entre la capacidad funcional y el estado nutricional del adulto mayor institucionalizado en la Provincia de Huancayo durante el periodo 2021”*. El estudio tuvo un nivel correlacional, de diseño no experimental, de corte transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores residentes en dos instituciones, los cuales se aplicó el “Índice de Barthel” y el test “Mini Nutritional Assessment”. Los resultados fueron: “El 50% de los participantes obtuvo un grado de dependencia leve y se evidenció un riesgo de desnutrición. La relación entre el grado de dependencia y el estado nutricional fue significativa positiva (valor $p < 0,001$ y $r = 0,537$). La relación entre capacidad funcional y el índice de masa corporal ($r = 0,335$), problemas neuropsicológicos ($r = 0,280$) y autopercepción del estado de salud ($r = 0,451$) tuvieron una asociación positiva. Sin embargo, la asociación entre capacidad funcional y la ingesta proteica ($r = -0,008$) no fue significativa”. Se concluyó que, hubo una relación significativa entre la capacidad funcional, el estado nutricional y los diferentes factores (el índice de masa corporal, los problemas neuropsicológicos y la autopercepción del estado de salud); sin embargo, no hubo relación entre la capacidad funcional y la ingesta proteica.

Hernández y Altamirano (15) en su estudio tuvieron como objetivo *“Determinar la capacidad funcional en adultos mayores de un albergue ubicado en Lima-Sur”*. Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 115 adultos mayores, los cuales se les aplicó el Índice de Barthel que evalúa las actividades de la vida cotidiana. Los resultados fueron: “La edad promedio fue de 79 años, el género predominante fue masculino con 55,7%. En cuanto a la capacidad funcional, predominó el valor independiente con 40,9%, seguido de la dependencia total en un 32,2%, dependencia escasa o leve con 10,4%, dependencia severa en un 8,7% y dependencia moderada con 7,8%. En relación a las dimensiones, en comer

predomino totalmente independiente con 87,7%, en lavarse y vestirse predomino independiente en un 60%, en arreglarse predomino dependiente con 61,7%, en deposiciones predomino continencia normal en un 63,5%, en micción predomino continencia normal con 55,7%, en uso de retrete y trasladarse predomino independiente en un 59,1%, en deambular predomino independiente en un 57,4%, finalmente en subir escaleras predomino independiente con 47,8%”. Se concluyó que, la capacidad funcional de los adultos mayores tuvo un nivel predominante independiente.

Bazalar (16) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y el desempeño de las actividades de vida diaria en adultos mayores asistentes al servicio de Terapia Ocupacional de la Clínica Bamboo Senior Health Services”*. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, nivel correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 usuarios del servicio de Terapia Ocupacional de la Clínica Bamboo Senior Health, los cuales se analizó las actividades básicas de vida diaria (ABVD) con el “Índice de Barthel” y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con la “Escala de Lawton y Brody” y el deterioro cognitivo con el “Mini Mental State Examination (MMSE)”. Los resultados fueron: “La población fue 40% masculino y 60% femenino, la edad promedio fue de 84,4 años. El 16% de la población presentó ausencia de deterioro cognitivo, el 6% es independiente en ABVD; sin embargo, el 100% presenta algún grado de dependencia en AIVD. Así mismo el 42% de la población cuenta con un cuidador entrenado y el 92% cuenta con personal de servicio para el hogar”. Se concluyó que, hubo una relación entre el deterioro cognitivo y el desempeño de las ABVD de los adultos mayores (p valor = 0.018); sin embargo, no hubo una relación entre el deterioro cognitivo y el desempeño de las AIVD de los adultos mayores.

Obregón y Rosas (17) en su estudio tuvieron como objetivo *“Determinar el grado de dependencia funcional en pacientes geriátricos atendidos en consultorio externo de un*

hospital de las Fuerzas Armadas del Perú”. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 306 pacientes geriátricos del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, los cuales se les aplicó el Índice de Barthel y un cuestionario desarrollado por las autoras. Los resultados fueron: “La muestra está conformada por el sexo femenino (67.65%). Asimismo, la mayor parte de los participantes (62.34%) que indicaron el tipo de cuidador que poseen, señaló que era informal. Adicionalmente, la mayor parte indicó no haber sufrido caídas (72.55%). Las mujeres presentaron un menor porcentaje de personas con independencia en su funcionalidad (6.28%). Al aplicar el Índice de Barthel se evidenció que la en su mayoría las personas obtuvieron grado de dependencia moderada (50.33%)”. Se concluyó que, el 88.56% de los adultos mayores tratados en consulta externa mostraron algún nivel de necesidad de asistencia funcional. Esta dependencia funcional fue más evidente entre las mujeres y se incrementó con el aumento de la edad.

2.2. Base teórica

2.2.1. Capacidad funcional

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la capacidad funcional comprende las “capacidades que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella, incluyendo satisfacer necesidades básicas, aprender, tener movilidad, establecer relaciones y contribuir a la sociedad”. La capacidad funcional de un individuo está determinada por su capacidad inherente, las condiciones ambientales en las que se desenvuelve y las interacciones entre el individuo y su entorno (18).

La capacidad funcional se define como la habilidad de un individuo para llevar a cabo actividades y cumplir roles en su rutina diaria. Este aspecto es fundamental para evaluar los efectos de distintas condiciones de salud, incluyendo enfermedades cardíacas, pulmonares y otras afecciones médicas (19). También, es considerado como la “habilidad del organismo

para llevar a cabo movimientos con libertad, un aspecto que no solo está determinado por la salud de las articulaciones, sino también por la presencia de dolor y el nivel de desarrollo cognitivo”. Por lo tanto, la capacidad funcional de una persona puede tener un impacto significativo en su calidad de vida al limitar su participación en diversas actividades y situaciones (20).

La capacidad funcional se mide por la capacidad de una persona para realizar las tareas rutinarias de la vida diaria. “Esta capacidad tiende a disminuir con el tiempo, siendo la tasa de disminución variable para cada persona. Esto es particularmente cierto para los adultos mayores de 60 años a más y para los mayores de 80 años, donde la incidencia es del 50%”. Una enfermedad sistemática puede influir en la capacidad de una persona, y su detección temprana permitiría abordarla para prevenir una disminución brusca de las habilidades funcionales mediante una intervención oportuna (21).

La capacidad funcional en la etapa de la vejez se define como la aptitud para llevar a cabo de manera autónoma las actividades esenciales y voluntarias de la vida cotidiana. Estas acciones abarcan desde las tareas básicas de alimentación y uso del baño hasta actividades más complejas como el aseo personal, la vestimenta y la movilidad. Estas habilidades, cruciales para la autonomía y el bienestar, contribuyen significativamente a mantener la independencia y la calidad de vida a medida que las personas envejecen, facilitando su interacción con el entorno familiar y social (22).

En la tercera edad, la evaluación cognitiva es crucial debido al riesgo constante de demencia. El declive cognitivo afecta la autonomía y la realización de tareas diarias, aumentando la probabilidad de confusión aguda y el uso frecuente de servicios de salud, lo que puede incrementar la morbimortalidad (21). “La evaluación emocional y social busca identificar problemas como la depresión, el abuso de alcohol y la falta de apoyo social y familiar. Tener

síntomas depresivos no es un signo de ancianidad. Estos problemas no solo son comunes, sino que también afectan la capacidad funcional de los ancianos y su salud física y mental” (23).

La valoración de la capacidad funcional mide la capacidad del adulto mayor para realizar sus actividades diarias y mantener su independencia. Estas actividades se dividen en básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD). “Las ABVD incluyen autocuidado como aseo, vestimenta y alimentación. Las AIVD implican interacción con el entorno, como compras, cocina y uso del teléfono. Las AAVD comprenden actividades sociales, recreativas, laborales, de viaje y ejercicio” (24). Las modificaciones derivadas del envejecimiento y las condiciones de salud desfavorables en los ancianos suelen resultar en reducciones en la capacidad funcional. La presencia de afecciones médicas crónicas puede dar lugar a una disminución significativa en la autonomía y aumentar la susceptibilidad a posibles efectos adversos derivados de los tratamientos médicos (25).

Al medir la capacidad funcionalidad, se utilizan diversos instrumentos y métodos que evalúan la capacidad de una persona para llevar a cabo actividades diarias. Algunas de las herramientas comunes incluyen cuestionarios, pruebas objetivas de desempeño físico y escalas de evaluación. Estos instrumentos abordan diferentes aspectos de la capacidad funcional, como la movilidad, el autocuidado, la capacidad cognitiva y la independencia en la vida diaria. Los cuestionarios suelen recopilar información sobre la percepción del individuo sobre su propia funcionalidad, mientras que las pruebas objetivas evalúan la capacidad real de realizar tareas específicas. Las escalas de evaluación proporcionan una medida cuantitativa de la capacidad funcional, permitiendo una comparación sistemática de los resultados a lo largo del tiempo o entre diferentes grupos de población (26).

La elección de la herramienta adecuada depende del propósito de la evaluación, las características del grupo de estudio y la disponibilidad de recursos. Es fundamental seleccionar un método de medición válido y confiable para obtener resultados precisos y significativos

sobre la capacidad funcional de los individuos evaluados. Por ejemplo, se pueden evaluar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria con cuestionarios autoaplicables sobre función física, pruebas de movilidad de extremidades inferiores como la batería SPPB, y escalas como el Índice de Katz, el Índice de Barthel y la Escala de Lawton-Brody (26).

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método de estudio será deductivo. Baena (27) define a este método como: “una manera de pensar lógica que comienza con principios generales o universales para derivar conclusiones particulares o específicas”.

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque de estudio será Cuantitativo. Baena (27) define a este enfoque como: “una manera de recolectar y analizar datos numéricos con el fin de entender fenómenos, establecer conexiones y hacer generalizaciones”.

3.3. Tipo y nivel de investigación

El tipo de estudio será Aplicada. Hernández, Fernández y Baptista (28) lo definen como: un tipo de investigación que aborda problemas o planteamientos específicos prácticos y concretos a través de la aplicación de teorías y conocimientos previos, para abordar una necesidad identificada que es práctica y específica, con el propósito de desarrollar soluciones concretas y beneficiosas”. El nivel de estudio será descriptivo. Hernández et al. (28) lo definen como: “una manera en describir y caracterizar fenómenos o situaciones sin intentar establecer relaciones causales o explicaciones detalladas”. Este nivel ofrece una descripción exhaustiva y completa de los aspectos observados, sin la influencia de otras variables.

3.4. Diseño de la investigación

Para esta investigación, se empleará de diseño No experimental. Hernández et al. (28) lo definen como: “una metodología en la que el investigador observa y registra el comportamiento, los eventos o fenómenos tal como se presentan en su entorno natural, sin intervenir ni manipular variables”.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población estará conformada por todos los pacientes adultos mayores del GrupoFisio – salud y rehabilitación integral; y se tomará de referencia a la población del periodo anterior, lo cual estuvo conformado por 145 pacientes adultos mayores. “La población incluye a todos los individuos, elementos o circunstancias que se quieren investigar, y esta muestra representativa refleja adecuadamente el conjunto relacionado con el tema de estudio” (29).

3.5.2. Muestra

La muestra estará conformada por todos los pacientes adultos mayores con respecto a los criterios de selección. “La muestra examinada es un grupo representativo seleccionado de una población más extensa, con la intención de investigar y deducir conclusiones sobre esa población” (29).

3.5.3. Muestreo

El muestreo será de manera no probabilístico de tipo censal; de acuerdo a esto, los participantes serán elegidos según los criterios de selección descritos a continuación.

Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión:**
 - ✓ Pacientes adultos mayores del GrupoFisio – salud y rehabilitación integral.
 - ✓ Pacientes de 60 años a más.
 - ✓ Pacientes de ambos sexos.

- ✓ Pacientes en su último día de tratamiento
- **Criterios de exclusión:**
 - ✓ Pacientes totalmente dependientes de terceras personas.
 - ✓ Pacientes con dolor de intensidad 4 a más según EVA
 - ✓ Pacientes que no completen el cuestionario.
 - ✓ Pacientes con trastornos psicológicos o mentales.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Capacidad funcional

Definición Operacional: Evalúa la capacidad de realizar las actividades básicas para la subsistencia de una persona mayor; mediante el Índice de Barthel de tres y cuatro categorías de los ítems siguiendo el criterio de calificación de tipo Likert de 0, 5, 10 y 15. La clasificación final es Dependencia total (0-20 puntos), Dependencia grave (21-60 puntos), Dependencia moderada (61-90 puntos), Dependencia leve o escasa (91-99 puntos) e Independencia (100 puntos).

Matriz operacional de la variable:

<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
Capacidad funcional	Actividades de la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> • Comer • Bañarse • Arreglo personal • Vestuario • Control Intestinal • Control vesical • Transferencia retrete • Transferencia cama/silla • Deambulación • Subir/bajar escaleras 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total (0-20 puntos) • Dependencia grave (21-60 puntos) • Dependencia moderada (61-90 puntos) • Dependencia leve o escasa (91-99 puntos) • Independencia (100 puntos)

Variable control: Características sociodemográficas

Definición Operacional: Describe y analiza los diferentes aspectos de la población en estudios sociológicos, demográficos y de mercado, entre otros campos, divididos en Edad, Sexo, Estado civil, Ocupación, Comorbilidad, Peso, Estatura e Índice de masa corporal (IMC); mediante una ficha de dos, cuatro, cinco y seis categorías.

Matriz operacional de la variable control:

<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
Características sociodemográficas	Edad	Tiempo vivido de una persona desde su nacimiento.	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• 60 – 69 años• 70 – 79 años• 80 años a más
	Sexo	Conjunto de caracterizas de los individuos de una especie.	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino
	Estado civil	Situación determinada por la relación familiar, del matrimonio o parentesco	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Soltero• Casado• Conviviente• Divorciado• Separado
	Ocupación	Trabajo actual que ejerce el adulto mayor como medio de sustento económico	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Trabajador dependiente• Trabajador independiente• Dedicado a las tareas del hogar• Desempleado• Jubilado

Comorbilidad	Presencia de dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en una persona	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Diabetes mellitus • Enfermedad coronaria • Enfermedad pulmonar crónica • Artritis reumatoidea
Índice de masa corporal (IMC)	Relación entre el peso corporal y la estatura del individuo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso = < a 18,5 • Peso normal = 18,5 - 24,9 • Sobrepeso = 25,0 - 29,9 • Obesidad grado I = 30,0 - 34,9 • Obesidad grado II = 35,0 – 39,9 • Obesidad grado III = > a 40,0

3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica para esta investigación será la encuesta. La encuesta se emplea como una estrategia para reunir datos y percepciones de un grupo representativo de individuos, entidades o situaciones, generalmente mediante el uso de cuestionarios predefinidos o entrevistas. Su propósito radica en adquirir información detallada sobre actitudes, opiniones, creencias o atributos de la población objeto de estudio (30).

Las actividades para el recojo de datos serán:

- Se pedirá autorización al director del centro de terapia física de Lima para realizar este proyecto de investigación en el periodo de Mayo a Julio del año 2024, a través de una solicitud formal (Anexo 5).
- Se seleccionará con los “criterios de selección” del proyecto a los adultos mayores participantes para este estudio. Posteriormente, se les proporcionará el formulario de consentimiento informado (Anexo 4) para que lo firmen y den su aceptación para formar parte de la investigación.
- La recopilación de todos los datos requeridos se llevará a cabo de manera individual mediante un cuestionario, conocido como el Índice de Barthel, que incluirá las características sociodemográficas de los participantes. Este instrumento se completará en un lapso de entre 8 a 10 minutos por cada participante.
- Se implementarán todas las precauciones y medidas de bioseguridad requeridas durante la intervención, lo que incluirá la obligatoriedad de utilizar mascarillas KN95 durante la evaluación de los participantes.

3.7.2. Instrumentos de recolección de datos

3.7.3. El instrumento para esta investigación será el cuestionario (Anexo 2). El cuestionario se emplea como “una herramienta diseñada con el propósito de obtener información a través de una serie de preguntas establecidas de antemano” (30).

Índice de Barthel

El Índice de Barthel, concebido por el médico británico Florence Mahoney y la terapeuta ocupacional Dorothea Barthel en Maryland (1955), es una herramienta ampliamente empleada para evaluar la autonomía de un individuo en la ejecución de las actividades fundamentales para la vida cotidiana (31). Este instrumento ofrece una evaluación exhaustiva de la funcionalidad de un individuo en relación con las actividades diarias esenciales, siendo una herramienta frecuentemente empleada en contextos de rehabilitación y cuidado de personas de edad avanzada. Se compone de una serie de 10 o 12 ítems, variando según la versión aplicada, donde cada uno se puntúa según el nivel de asistencia necesaria por parte del individuo para llevar a cabo la actividad correspondiente (32). El Índice de Barthel evalúa la autonomía funcional de un individuo, otorgándole un puntaje total que varía entre 0 y 100 unidades, con incrementos de 5 puntos, donde una puntuación más alta indica un mayor grado de independencia. Cuanto más cercano a 0 sea el puntaje, mayor es la dependencia del sujeto; mientras que cuanto más cercano a 100, mayor es su independencia. Este índice está compuesto por una serie de ítems que abordan actividades cotidianas como “alimentarse, asearse, vestirse, usar el baño, movilidad, y control de funciones intestinales y vesicales, entre otros” (33).

En otros estudios, este cuestionario ha demostrado tener valides y fiabilidad por medio de investigadores. Por lo tanto, este proyecto se llevó a cabo la validación de los ítems por juicio de 3 jueces expertos (ver Anexo 3), con la prueba binomial, lo cual determinó que el cuestionario es aplicable para la población estudiada en el presente proyecto. Además, la

confiabilidad de dicho cuestionario se verificará a través de una prueba piloto con 20 pacientes adultos mayores.

Ficha técnica

Nombre:	Índice de Barthel
Autores:	Duarte Ayala RE y Velasco Rojano ÁE
Población:	En 476 adultos mayores
Tiempo:	No menciona
Momento:	No menciona
Lugar:	En espacios de libre, como parques y plazas.
Validez:	Por validez factorial
Confiabilidad:	La confiabilidad del instrumento es alta, con coeficientes de consistencia interna de 0.98 para Alpha ordinal y 0.99 para Omega ordinal, y un buen ajuste ($p=0.06$, CFI=0.99) (34).
Tiempo de llenado:	Entre 5 a 10 minutos
Número de ítems:	10 ítems
Dimensiones:	No presenta dimensiones
Alternativas de respuesta:	0, 5, 10 y 15
Baremos (niveles, grados) de la variable:	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total (0-20 puntos) • Dependencia grave (21-60 puntos) • Dependencia moderada (61-90 puntos) • Dependencia leve o escasa (91-99 puntos) • Independencia (100 puntos)

Prueba de confiabilidad

Se realizó el análisis de confiabilidad utilizando como estadístico el alfa de Cronbach entre las variables para una muestra piloto de 20 observaciones.

Se obtuvieron los siguientes resultados, al analizar las variables utilizadas en el estudio:

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,878	3

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de información de cada uno de los participantes se guardará en una base de datos con Microsoft Word. Se analizarán los datos con IBM SPSS Statistics versión 26.0 y se graficarán los resultados obtenidos con Microsoft Excel 2021. Se realizará un análisis descriptivo de las variables, presentando frecuencias para las cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Se emplearán gráficos para una mejor visualización de los resultados.

3.9. Aspectos éticos

Los principios éticos abarcan normas morales y valores que orientan acciones particulares para garantizar su responsabilidad y prevenir daños hacia individuos o la sociedad en general. A continuación, se detallarán algunos aspectos éticos relevantes para esta investigación:

- El proyecto de investigación será sometido al Comité de Ética de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia de la Universidad Norbert Wiener para obtener su aprobación antes de su realización.
- Cada participante será identificado mediante un código único, con el propósito de salvaguardar el anonimato tanto de su información personal como de las respuestas proporcionadas en el cuestionario.
- Durante la realización de este proyecto, se considerará primordial el bienestar de los participantes, garantizando que su involucramiento no conlleve ningún tipo de perjuicio físico o emocional, y se velará por respetar su autonomía y privacidad en todo momento.

- Es esencial honrar el derecho de los pacientes a tomar decisiones informadas y autónomas sobre su atención médica y los tratamientos que desean recibir.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

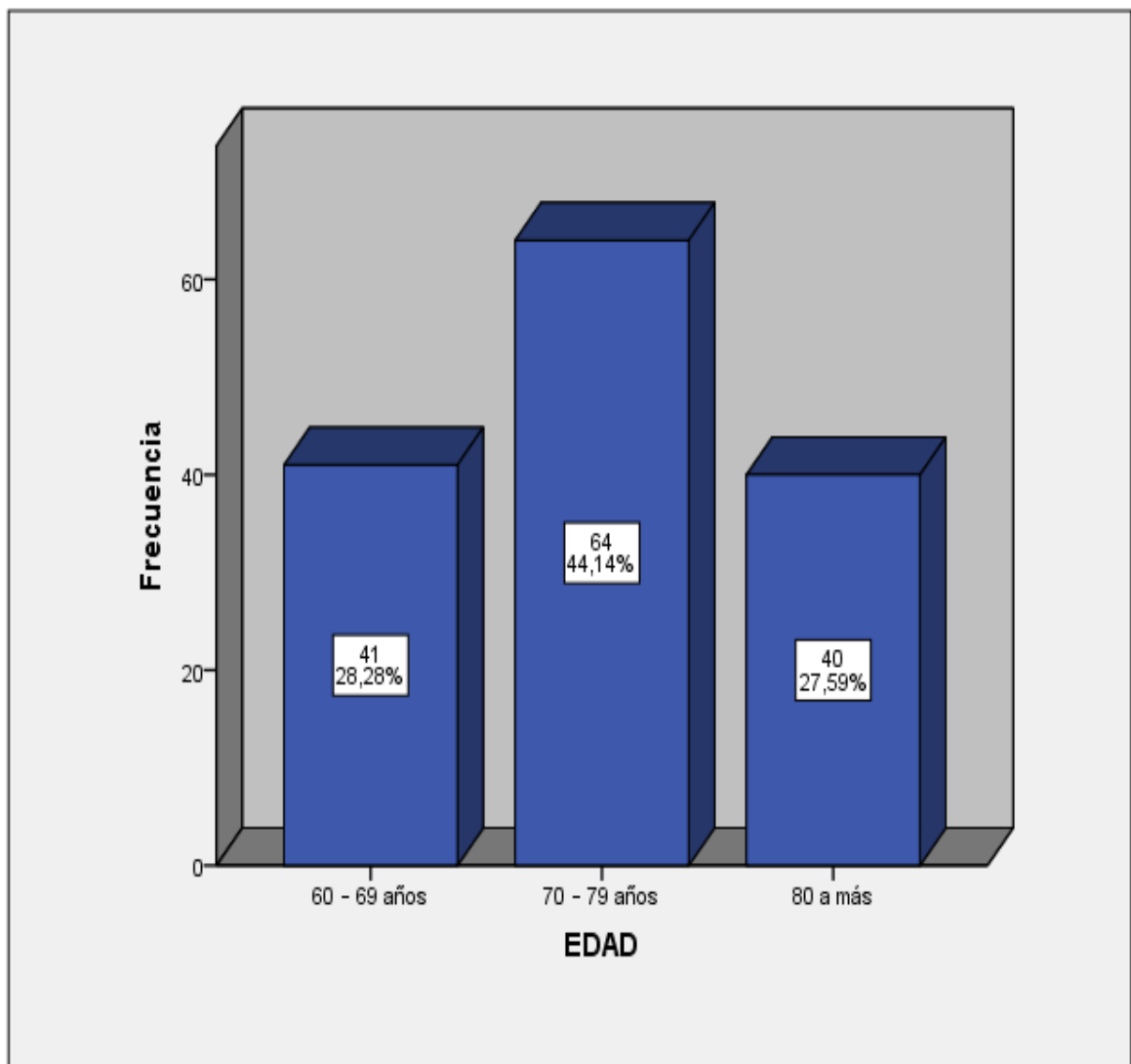
En este estudio participaron un total de 145 pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024; de ambos géneros, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

4.1.1 Características sociodemográficas de la muestra

Tabla n.º1: Distribución por grupo etario de la muestra.

EDAD			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
60 – 69 años	41	28,3%	28,3%
70 – 79 años	64	44,1%	72,4%
80 a más	40	27,6%	100%
Total	145	100%	

Figura n.º1: Distribución por grupo etario de la muestra.

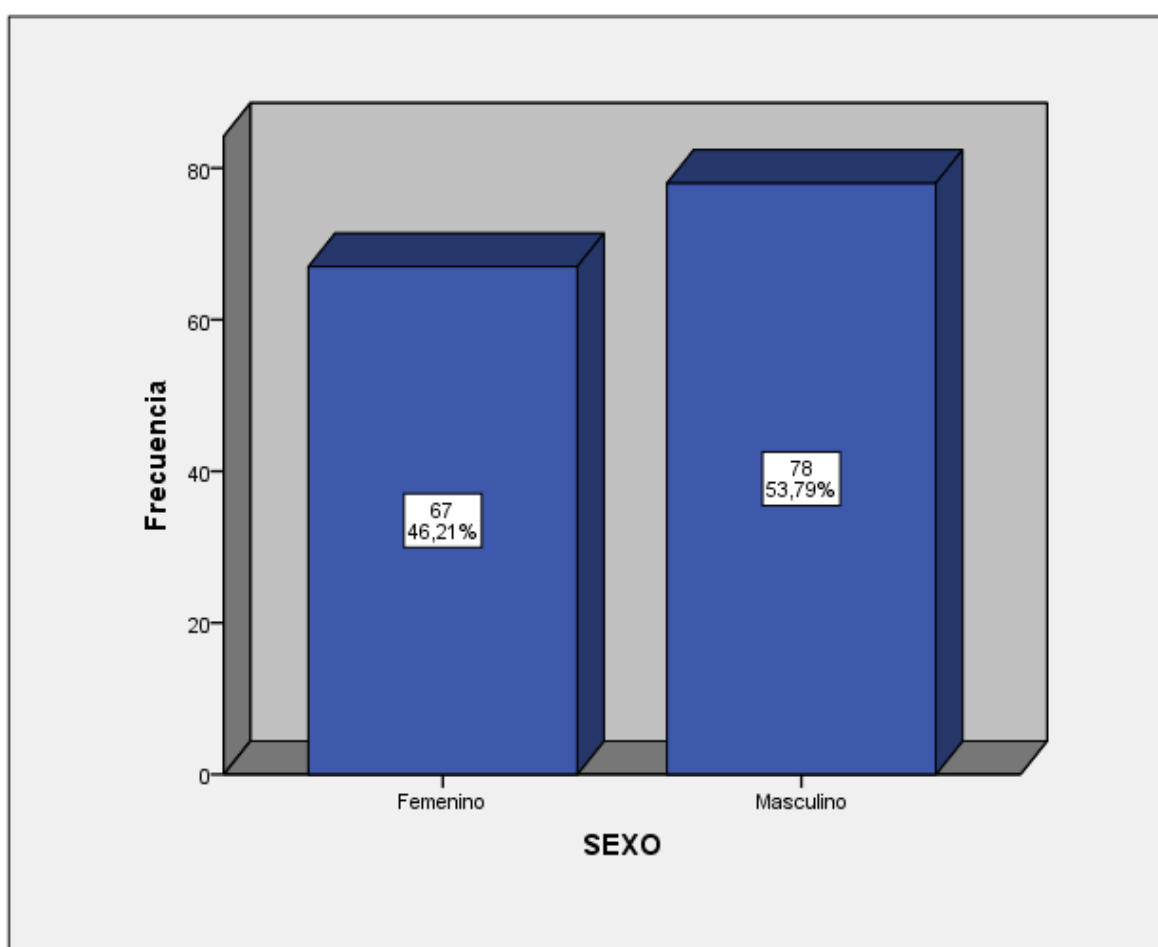


La Tabla n.º1 y la Figura n.º1 muestran la distribución por grupo etario, que va de los 60 años a más. Se evidencia una prevalencia del grupo de 70 a 79 años, siendo un 44.14% del total de la muestra. El grupo de edad de 60 a 69 años representa el 28.28% del total de la muestra. El grupo de pacientes de 80 años a más representa el 27.59% de la muestra.

Tabla n.º2: Distribución por sexo de la muestra.

SEXO			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	67	46,2%	46,2%
Masculino	78	53,8%	100%
Total	145	100%	

Figura n.º2: Distribución por sexo de la muestra.

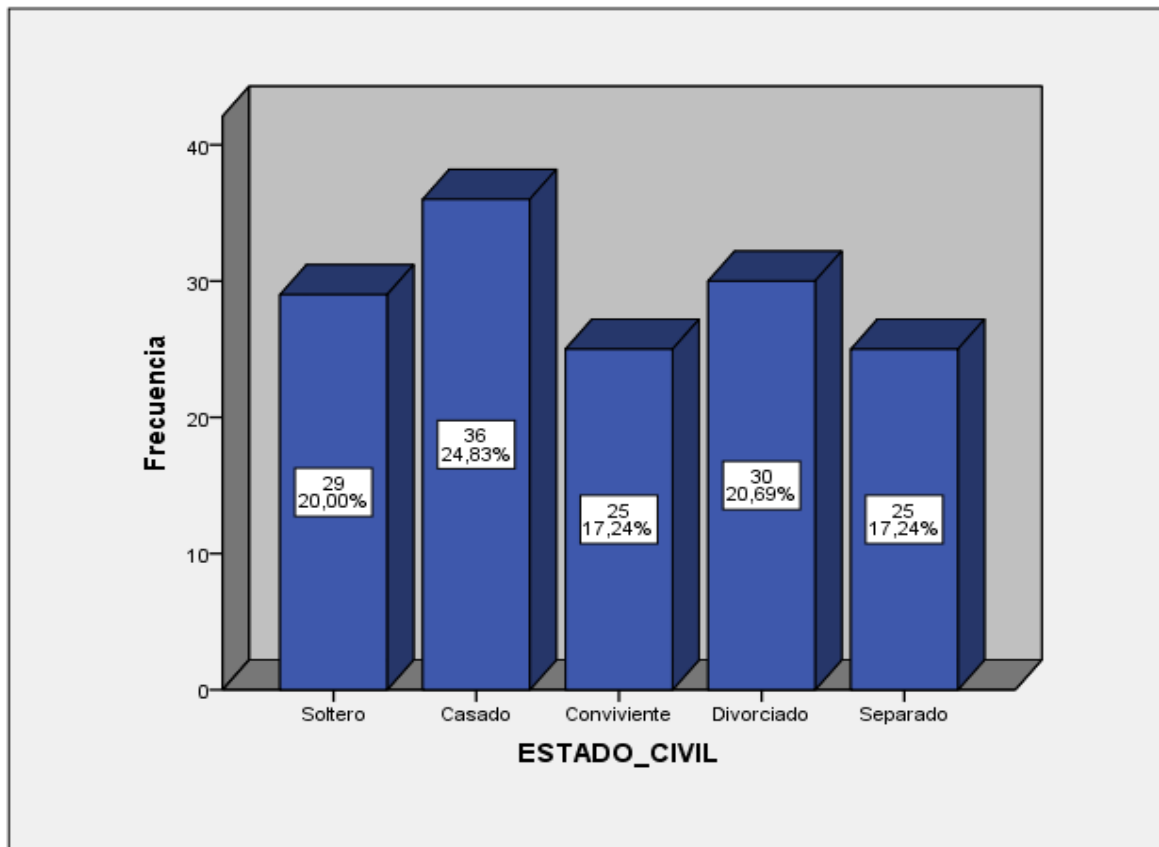


La Tabla n.º2 y la Figura n.º2 presentan la distribución por sexo de la muestra. La muestra está representada por una ligera mayoría el género masculino, con un 53.79%, mientras que el 46.21% está conformado por personas del género femenino.

Tabla n.º3: Distribución por estado civil de la muestra.

ESTADO CIVIL			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero	29	20%	20%
Casado	36	24,8%	44,8%
Conviviente	25	17,2%	62,1%
Divorciado	30	20,7%	82,8%
Separado	25	17,2%	100%
Total	145	100%	

Figura n.º3: Distribución por estado civil de la muestra.

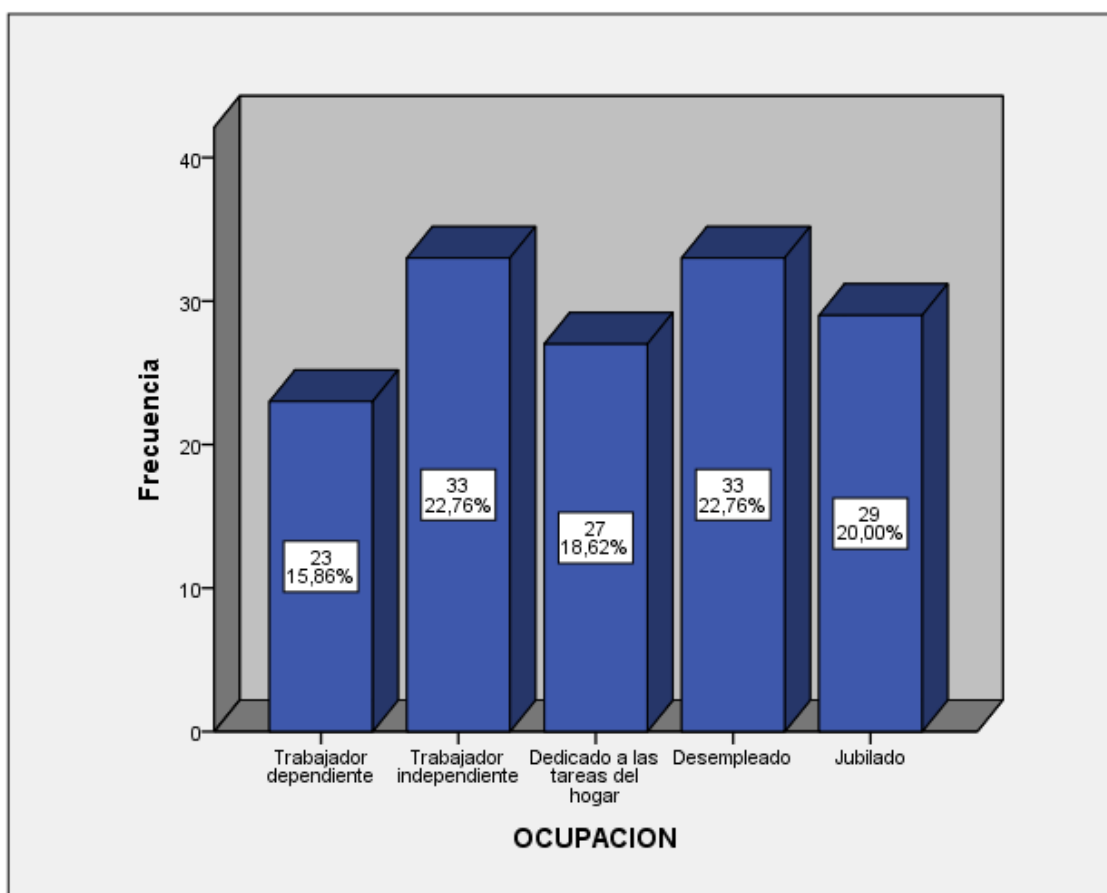


La Tabla n.º3 y la Figura n.º3 presentan la distribución por estado civil de la muestra. La mayoría de los pacientes se encuentran en situación de casado con un 24.83%. Los pacientes divorciados representan el 20.69% del total de la muestra. El 20% de los pacientes son solteros. El 17.24% se encuentra en situación de conviviente, al igual que el grupo de pacientes separados también con un 17.24% del total.

Tabla n.º4: Distribución por ocupación de la muestra.

OCUPACION			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trabajador dependiente	23	15,9%	15,9%
Trabajador independiente	33	22,8%	38,6%
Dedicado a las tareas del hogar	27	18,6%	57,2%
Desempleado	33	22,8%	80%
Jubilado	29	20%	100%
Total	145	100%	

Figura n.º4: Distribución por ocupación de la muestra.

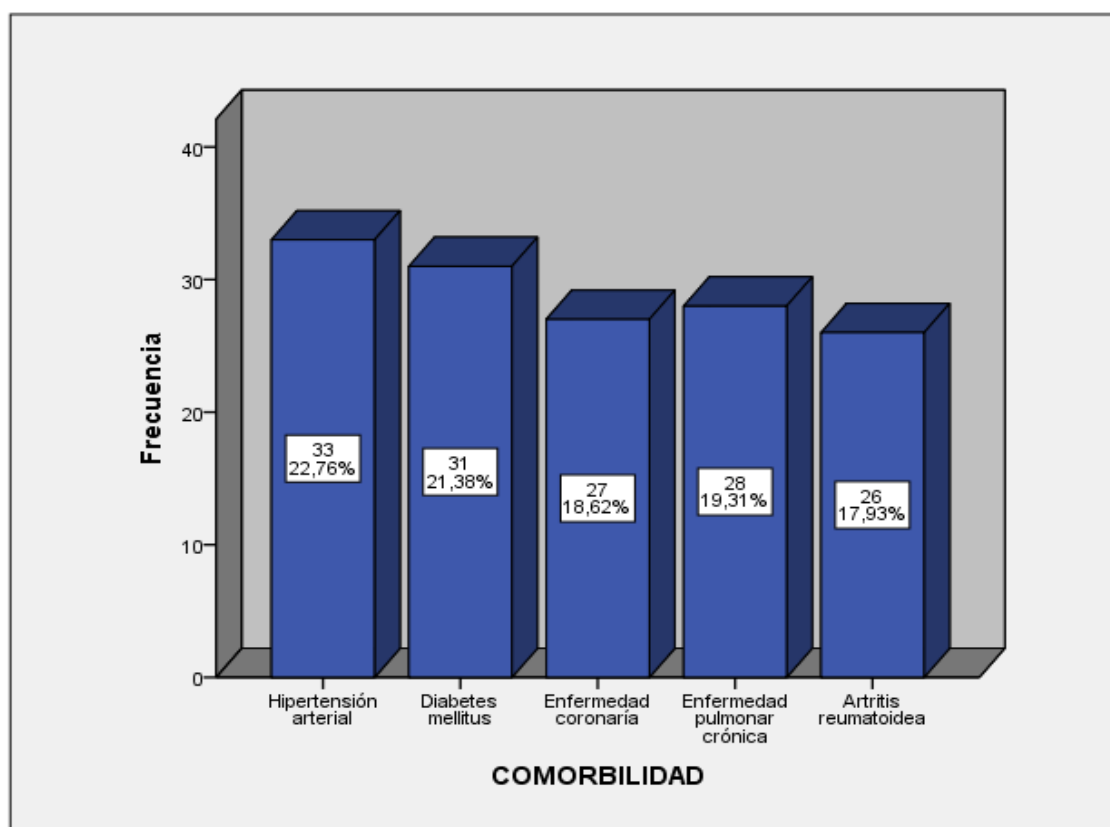


La Tabla n.º4 y la Figura n.º4 presentan la distribución por ocupación de la muestra. El 22.76% de los pacientes trabajan de manera independiente. El 22.76% se encuentra en situación de desempleo. El 20% de los pacientes son jubilados. El 18.62% de los pacientes se dedican a tareas del hogar. El 15.86% son trabajadores dependientes.

Tabla n.º5: Distribución por comorbilidad de la muestra.

COMORBILIDAD			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hipertensión arterial	33	22,8%	22,8%
Diabetes mellitus	31	21,4%	44,1%
Enfermedad coronaria	27	18,6%	62,8%
Enfermedad pulmonar crónica	28	19,3%	82,1%
Artritis reumatoidea	26	17,9%	100%
Total	145	100%	

Figura n.º5: Distribución por comorbilidad de la muestra.

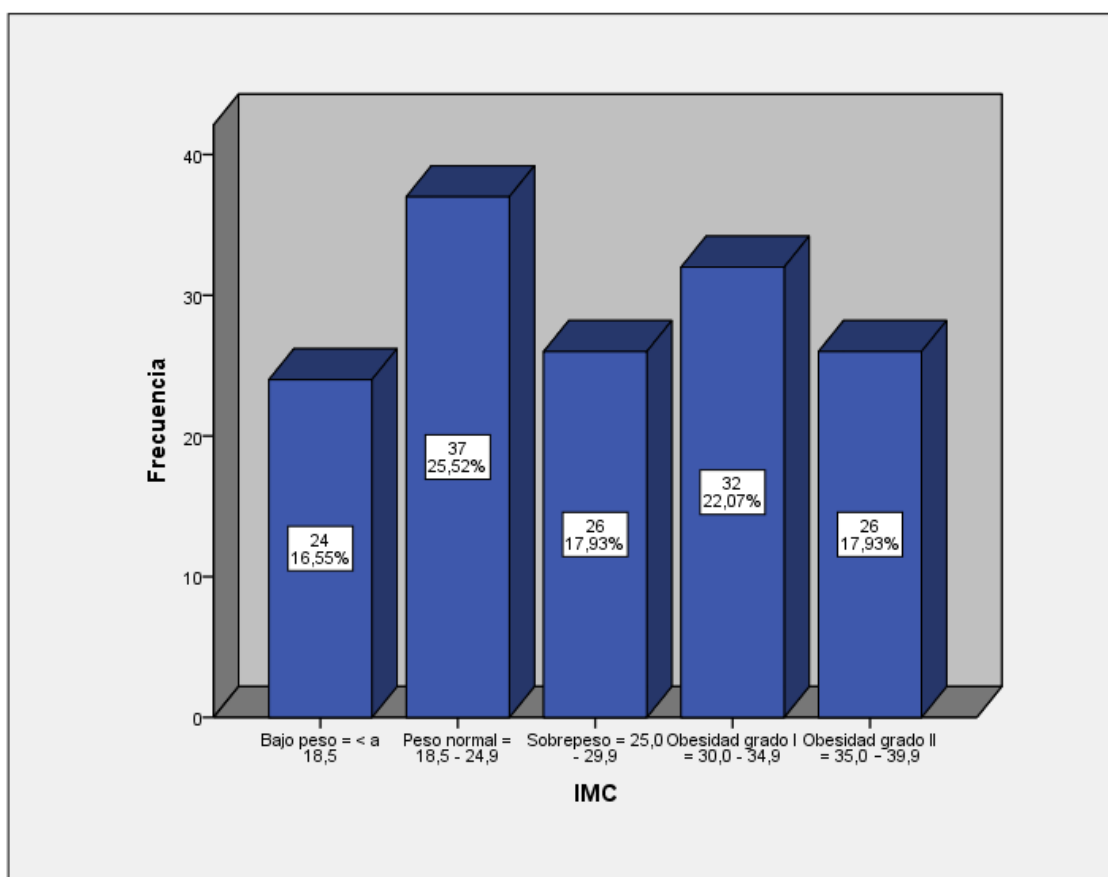


La Tabla n.º5 y la Figura n.º5 presentan la distribución por comorbilidad de la muestra. El 22.76% de los pacientes sufre de hipertensión arterial. El 21.38% de los pacientes sufre de diabetes mellitus. El 19.31% de los pacientes padece de enfermedad pulmonar crónica. El 18.62% de los pacientes padece de enfermedad coronaria. El 17.93% de los pacientes padece de artritis reumatoidea

Tabla n.º6: Distribución del IMC de la muestra.

IMC			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo peso = < a 18,5	24	16,6%	16,6%
Peso normal = 18,5 - 24,9	37	25,5%	42,1%
Sobrepeso = 25,0 - 29,9	26	17,9%	60%
Obesidad grado I = 30,0 - 34,9	32	22,1%	82,1%
Obesidad grado II = 35,0 - 39,9	26	17,9%	100%
Total	145	100%	

Figura n.º6: Distribución del IMC de la muestra.



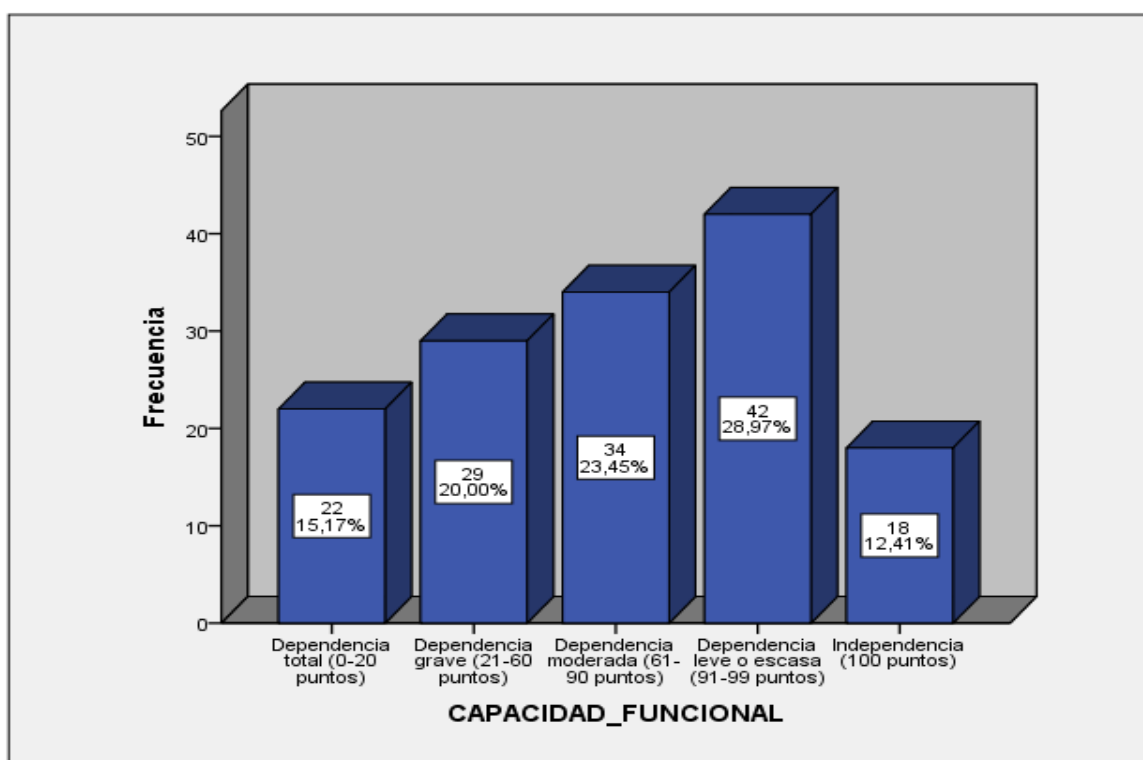
La Tabla n.º6 y la Figura n.º6 presentan la distribución del IMC de la muestra. El 25.52% de los pacientes se encuentre en niveles normales de peso. El 22.07% posee obesidad grado I. El 17.93% padece de sobrepeso. El 17.93% posee obesidad grado II. El 16.55% de los pacientes se encuentran con un nivel de peso bajo.

4.1.2 Características clínicas de la muestra

Tabla n.º7: Distribución del nivel de capacidad funcional.

CAPACIDAD FUNCIONAL			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependencia total (0-20 puntos)	22	15,2%	15,2%
Dependencia grave (21-60 puntos)	29	20%	35,2%
Dependencia moderada (61-90 puntos)	34	23,4%	58,6%
Dependencia leve o escasa (91-99 puntos)	42	29%	87,6%
Independencia (100 puntos)	18	12,4%	100%
Total	145	100%	

Figura n.º7: Distribución del nivel de capacidad funcional.

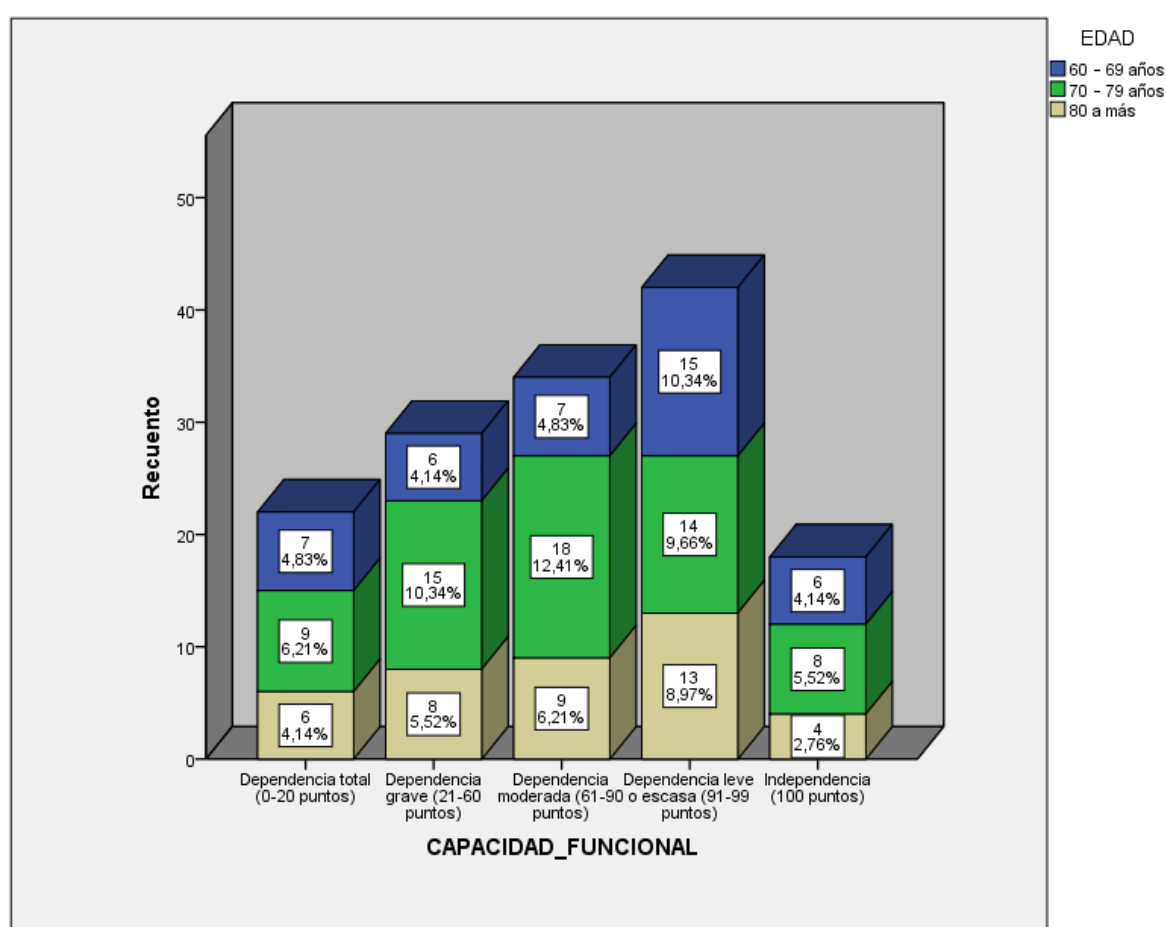


La Figura n.º7 y Tabla n.º7 muestran la prevalencia del nivel de capacidad funcional. El 28.97% de los pacientes evidencia una dependencia leve o escasa. El 23.45% de los pacientes evidencia una dependencia moderada. El 20% muestra un nivel de dependencia grave. El 15.17% tiene una dependencia total. El 12.41% de los pacientes son independientes.

Tabla n.º8: Distribución del nivel de capacidad funcional según la edad.

EDAD	CAPACIDAD FUNCIONAL									
	Dependencia total		Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia leve o escasa		Independencia	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
60-69 años	7	17,1%	6	14,6%	7	17,1%	15	36,6%	6	14,6%
70-79 años	9	14,1%	15	23,4%	18	28,1%	14	21,9%	8	12,5%
80 a más	6	15,0%	8	20,0%	9	22,5%	13	32,5%	4	10,0%

Figura n.º8: Distribución del nivel de capacidad funcional según la edad.

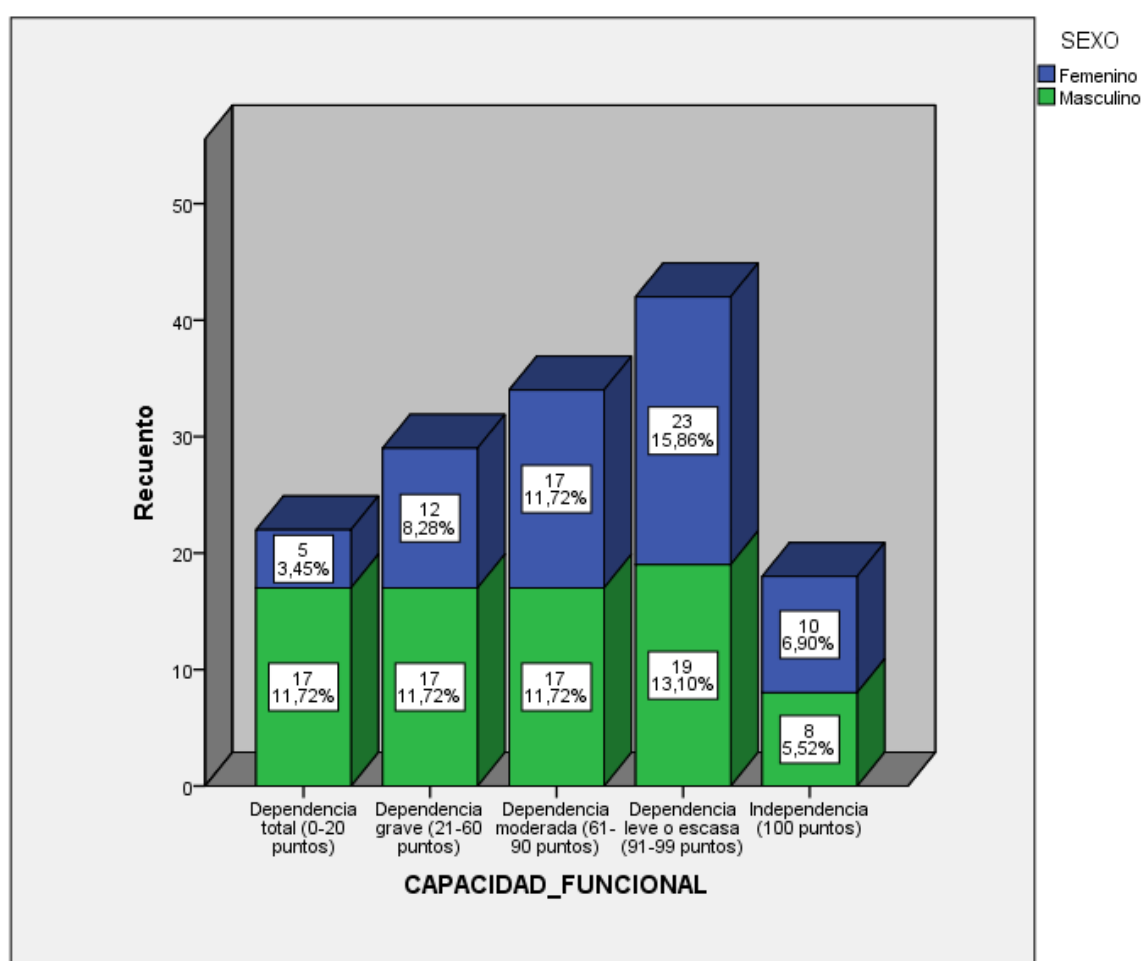


La Figura n.º8 y Tabla n.º8 muestran la distribución del nivel de capacidad funcional según la edad de los pacientes. El 36.6% de los pacientes con edades entre 60 y 69 años poseen una dependencia leve o escasa. El 28.1% de los pacientes con edades entre 70 y 79 años posee una dependencia moderada. El 32.5% de los pacientes con edades de 80 a más años padecen de una dependencia leve o escasa.

Tabla n.º9: Distribución del nivel de capacidad funcional según el sexo.

SEXO	CAPACIDAD FUNCIONAL									
	Dependencia total		Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia leve o escasa		Independencia	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	5	7,5%	12	17,9%	17	25,4%	23	34,3%	10	14,9%
Masculino	17	21,8%	17	21,8%	17	21,8%	19	24,4%	8	10,3%

Figura n.º9: Distribución del nivel de capacidad funcional según el sexo.

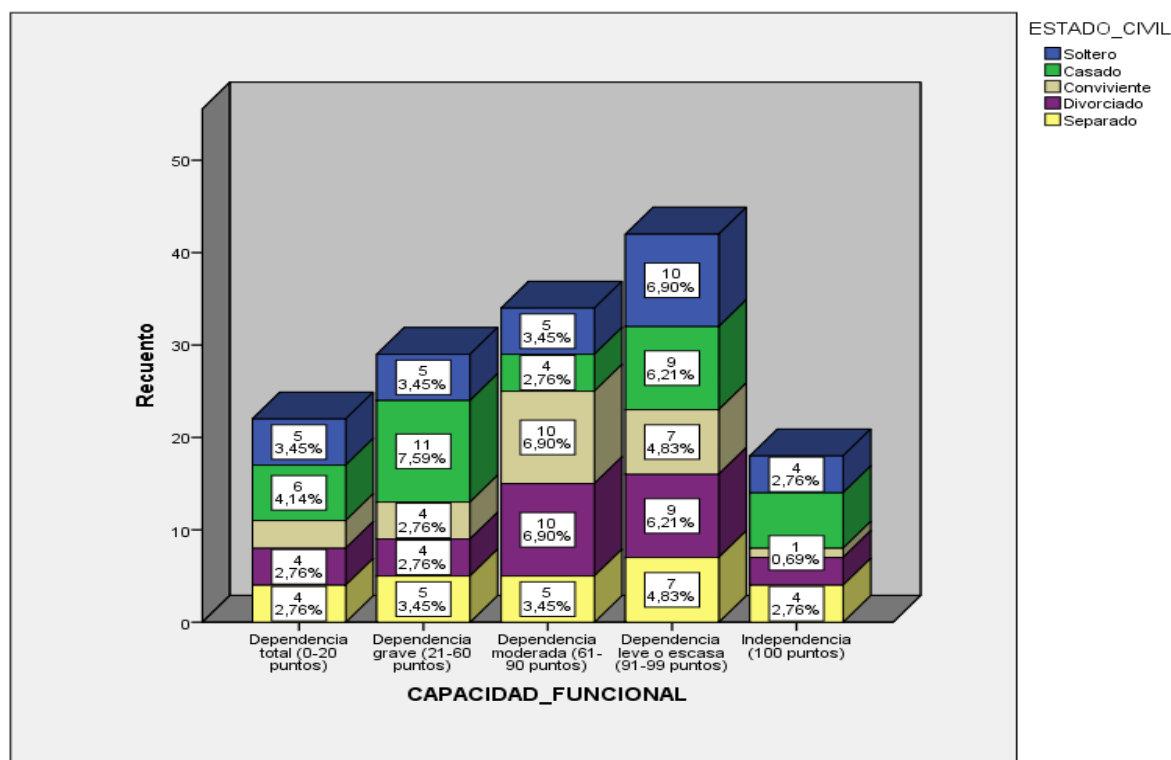


La Figura n.º9 y Tabla n.º9 muestran la distribución del nivel de capacidad funcional según el sexo de los pacientes. El 34.3% de los pacientes del sexo femenino posee un nivel de dependencia leve o escasa. El 24.4% de los pacientes del sexo masculino posee un nivel de dependencia leve o escasa.

Tabla n.º10: Distribución del nivel de capacidad funcional según el estado civil.

ESTADO CIVIL	CAPACIDAD FUNCIONAL									
	Dependencia total		Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia leve o escasa		Independencia	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Soltero	5	17,2%	5	17,2%	5	17,2%	10	34,5%	4	13,8%
Casado	6	16,7%	11	30,6%	4	11,1%	9	25,0%	6	16,7%
Conviviente	3	12,0%	4	16,0%	10	40,0%	7	28,0%	1	4,0%
Divorciado	4	13,3%	4	13,3%	10	33,3%	9	30,0%	3	10,0%
Separado	4	16,0%	5	20,0%	5	20,0%	7	28,0%	4	16,0%

Figura n.º10: Distribución del nivel de capacidad funcional según el estado civil.

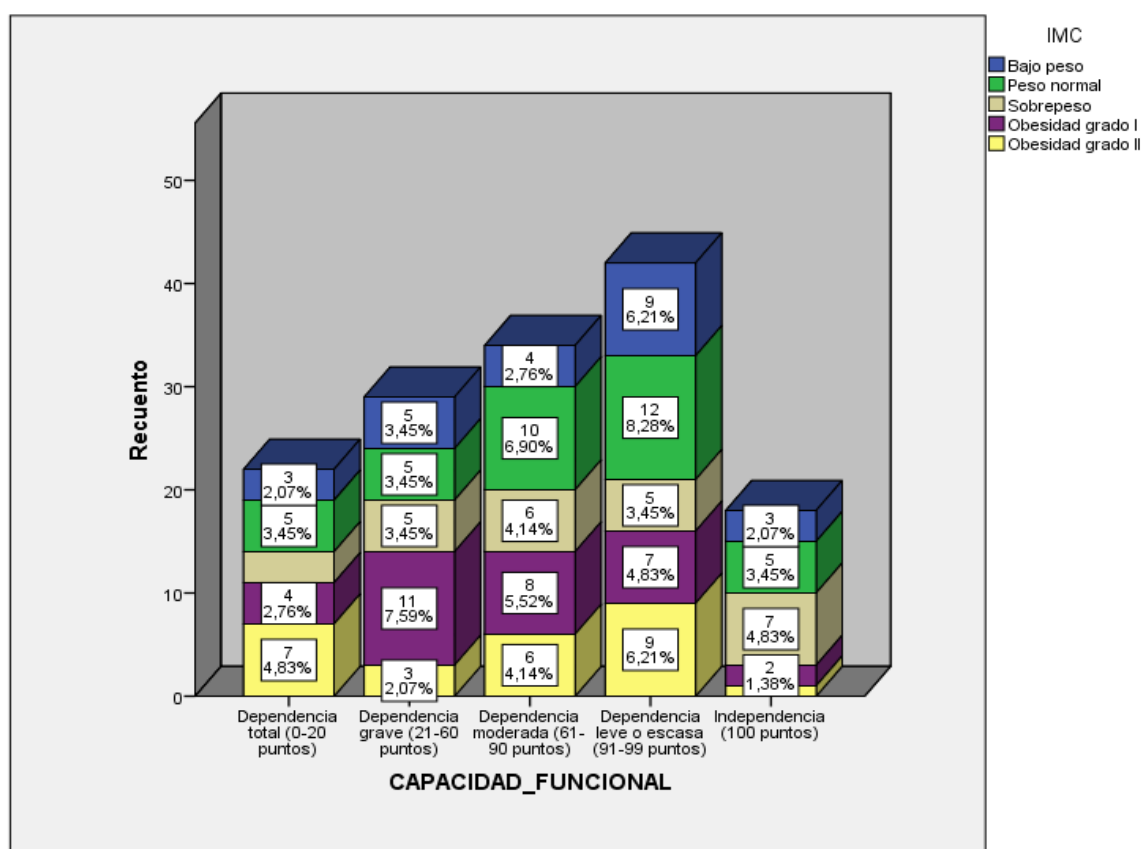


La Figura n.º10 y Tabla n.º10 muestran la distribución del nivel de capacidad funcional según el estado civil de los pacientes. Respecto a los pacientes solteros, el 34.5% poseen una dependencia leve o escasa. El 30.6% de los pacientes casados tienen una dependencia grave. El 40% de los pacientes convivientes posee un nivel de dependencia moderada. EL 33.3% de los pacientes divorciados evidencian una dependencia moderada. El 28% de los pacientes separados poseen un nivel de dependencia leve o escasa.

Tabla n.º11: Distribución del nivel de capacidad funcional según el IMC.

IMC	CAPACIDAD FUNCIONAL									
	Dependencia total		Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia leve o escasa		Independencia	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo peso	3	12,5%	5	20,8%	4	16,7%	9	37,5%	3	12,5%
Peso normal	5	13,5%	5	13,5%	10	27,0%	12	32,4%	5	13,5%
Sobrepeso	3	11,5%	5	19,2%	6	23,1%	5	19,2%	7	26,9%
Obesidad grado I	4	12,5%	11	34,4%	8	25,0%	7	21,9%	2	6,3%
Obesidad grado II	7	26,9%	3	11,5%	6	23,1%	9	34,6%	1	3,8%

Figura n.º11: Distribución del nivel de capacidad funcional según el IMC.



La Figura n.º11 y Tabla n.º11 muestran la distribución del nivel de capacidad funcional según el IMC de los pacientes. El 37.5% de los pacientes con bajo peso posee un nivel de dependencia leve o escasa. El 32.4% de los pacientes con un peso normal posee un nivel de dependencia leve o escasa. El 26.9% de los pacientes con sobrepeso son independientes. El

34.4% de los pacientes con obesidad grado I evidencian una dependencia grave. El 34.6% de los pacientes con obesidad grado II muestran un nivel de dependencia leve o escasa de capacidad funcional.

4.2 Discusión de Resultados

- ✓ El objetivo del presente estudio es determinar el nivel de capacidad funcional en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.
- ✓ Los resultados obtenidos con respecto a la edad revelan que el grupo demográfico analizado comprendía individuos de 60 años en adelante, siendo predominantemente representado por pacientes de entre 70 y 79 años, lo cual representaba un 44.14% del total. Esta distribución por edad guarda similitud con investigaciones respecto al nivel de capacidad funcional realizadas por Costa et al. (10), Caçador et al. (11), Domínguez (12), Rivera (13), Castro y Vega (14), Hernández y Altamirano (15), Bazalar (16) y Obregón y Rosas (17), en donde se analizó la capacidad funcional en pacientes adultos mayores.
- ✓ En relación con la distribución de género, nuestro estudio demuestra una similitud en distribución de los hombres y mujeres. Los pacientes del género masculino representan el 53.8% del total. Esta distribución guarda similitud con la distribución encontrada en el trabajo de Hernández y Altamirano (15), en donde el 55.7% eran del género masculino. Concordamos además con los hallazgos de Domínguez (12), en donde el 55.3% de los pacientes eran mujeres, siendo esta distribución muy similar entre ambas categorías.
- ✓ Discrepamos del trabajo de Bazalar (16), en donde no se logra una concordancia de la distribución de sexo, al tener un 60% de adultos mayores estudiados del género femenino. En la misma línea, discrepamos del trabajo de Obregón y Rosas (17), en donde el 67.7% de los pacientes eran del género femenino.

- ✓ Respecto a la distribución por estado civil, los resultados de nuestro estudio evidencian una prevalencia de adultos mayores en situación de casados. Se observa similitud con la distribución por estado civil del trabajo de Domínguez (12), en donde la mayoría de los pacientes también eran casados.
- ✓ Respecto a la distribución por ocupación, nuestro estudio muestra que la mayoría de los adultos mayores se encontraba en situación de desempleo y de trabajadores independientes, ambas categorías con un 22.76% del total; seguidos del grupo de pacientes jubilados, que representaron el 20% del total.
- ✓ En cuanto a la comorbilidad, se evidenció una prevalencia mayoritaria de Hipertensión arterial y Diabetes mellitus, con un 22.76% y 21.38% respectivamente. La presencia de comorbilidades guarda similitudes con las encontradas en el trabajo de Domínguez (12), en donde las comorbilidades más frecuentes fueron Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, aunque los porcentajes fueron más altos, con un 87.75% y 56.26% respectivamente.
- ✓ En cuanto al análisis por Índice de Masa Corporal, el 25.52% del total de la muestra se encontraba en un peso normal; seguido de los pacientes con obesidad grado I, que representaban el 22.07% de total. No se encontraron referencias a comparar para el Índice de Masa Corporal en poblaciones de adultos mayores donde se evalúe el nivel de capacidad funcional.
- ✓ En relación con la distribución por nivel de capacidad funcional, se ha concluido que la mayoría de los pacientes evidenció un nivel de dependencia leve o escasa, representando un 28.97% del total de los pacientes. Concordamos parcialmente con el trabajo de Caçador et al. (11), en donde se observó que la mayoría de los pacientes también poseía un nivel de dependencia leve, siendo un 69.9% del total. El trabajo

de Castro y Vega (14) también muestra una población mayoritariamente dependiente en grado leve, siendo un 50% del total.

- ✓ Discrepamos de la distribución por nivel de capacidad funcional del trabajo de Domínguez (12), en donde el 95% de los pacientes presentó discapacidad ligera, siendo una concentración muy por encima a la encontrada en nuestro trabajo. También distamos de los hallazgos de Hernández y Altamirano (15), en donde el 41% de los pacientes eran independientes, mientras que, en nuestro estudio, solo el 12% presentaban independencia.
- ✓ En cuanto a la distribución del nivel de capacidad funcional según la edad, el 36.6% de los pacientes con edades entre 60 y 69 años presentaron una dependencia leve. El 28% de los pacientes con edades entre 70 y 79 años presentaron una dependencia grave. El 32.5% de los pacientes con 80 a más años presentaron una dependencia leve.
- ✓ Respecto a la distribución de la capacidad funcional según el sexo, nuestros hallazgos indican que el grupo femenino evidenció una prevalencia de dependencia leve, representado por un 34.3%. El 24.4% de los hombres, mostraron también una dependencia leve. Estos hallazgos guardan distancia del trabajo de Obregón y Rosas (17), en donde se indicó que el 6.28% de las mujeres presentaba independencia funcional, sin embargo, en nuestro grupo de estudio, las mujeres con independencia eran el 14.9% del total de mujeres.
- ✓ En cuanto a la distribución del nivel de capacidad según el estado civil, nuestro estudio demuestra que el 34.5% de los solteros evidenció una dependencia leve. El 30.6% de los casados evidenció una dependencia grave. El 40% de los convivientes evidenció una dependencia moderada. El 33.3% de los divorciados evidenció una dependencia moderada. El 28% de los separados evidenció una dependencia leve.

- ✓ Respecto a la distribución del nivel de capacidad funcional según el Índice de Masa Corporal, el 37.5% de los pacientes con bajo peso presentaron una dependencia leve. El 32.4% de los pacientes con peso normal presentaron una dependencia leve. El 26.9% de los pacientes con sobrepeso presentaron una independencia total. El 34.4% de los pacientes con obesidad grado I presentaron una dependencia grave. El 34.6% de los pacientes con obesidad grado II presentaron una dependencia leve.

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se evidencia una prevalencia del grupo de 70 a 79 años
- La muestra estuvo representada por una ligera mayoría del género masculino.
- La mayoría de los pacientes se encuentran en situación de casado
- En la muestra la mayoría de los pacientes trabajan de manera independiente y también se encuentran en situación de desempleo.
- La mayoría de los pacientes sufre de hipertensión arterial.
- La gran mayoría de los pacientes adultos mayores se encuentran con sobre peso.
- La mayor parte de los pacientes evidencian una dependencia de moderada a severa.
- La distribución del nivel de capacidad funcional según la edad de los pacientes refleja que los pacientes con edades entre 60 y 69 años poseen una dependencia leve o escasa
- La distribución del nivel de capacidad funcional según el estado civil de los pacientes, los solteros poseen una dependencia leve o escasa.
- la distribución del nivel de capacidad funcional según el sexo de los pacientes refleja que los pacientes del sexo femenino poseen un nivel de dependencia leve o escasa.
- La distribución del nivel de capacidad funcional según el IMC de los pacientes con bajo peso posee un nivel de dependencia leve o escasa.

5.2 Recomendaciones

- ✓ Desarrollar estrategias para la realización de ejercicios y actividades funcionales, adecuadas para el adulto mayor, basándose en la actividad y estilos de vida de los pacientes.
- ✓ Realización de talleres presenciales de la fortalecer la capacidad funcional y el estado cognitivo en el paciente adulto mayor.
- ✓ Se recomienda hacer uso de las plataformas digitales para dar charlas informativas a los pacientes periódicamente sobre su patología, en acompañamiento de sus familiares para el uso cibernético y apoyo requerido.
- ✓ Realizar un seguimiento del paciente adulto mayor, el autocontrol de los ejercicios y su estado, mediante plataformas de Tele orientación, durante y posterior a su terapia.
- ✓ Implementar programas de ejercicios de flexibilización y descarga muscular para mejorar la sintomatología presentada, de manera dinámica con los pacientes adultos mayores en tratamiento, cuidando su capacidad funcional.
- ✓ Ejercicios lúdicos y /o recreativos adecuados para el adulto mayor, generando una actividad adecuada para el adulto mayor, en que el paciente no piense en el movimiento que realiza sino en la actividad que realiza.

CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Década del Envejecimiento Saludable en las Américas LD. Esperanza de vida y carga de la enfermedad en las personas mayores de la Región de las Américas [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2023. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57340/9789275326718_spa.pdf?sequence=6
2. Cruz Ortiz M, Pérez Rodríguez M del C, Jenaro Río C, Torres Hernández EA, Cardona González EI, Vega Córdova V. Discapacidad, cronicidad y envejecimiento: la emergencia del cuidado ante la dependencia. *Index Enferm* [Internet]. 2017; 26(1–2):53–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962017000100012&script=sci_arttext
3. Domínguez-Guedea MT, Universidad de Sonora. Desafíos sociales del envejecimiento: Reflexión desde el derecho al desarrollo. *CES Psicol* [Internet]. 2016; 9(1):150–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.9.1.10>
4. World Population Ageing 2023: Challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries.
5. Trujillo DM, de la Caridad Zayas Argos C, Izquierdo AIV, Mesa IG, Zamora AL. Characterization of functional capacity in the elderly. *Interdisciplinary Rehabilitation /*

- Rehabilitacion Interdisciplinaria [Internet]. 2022; 2:17–17. Disponible en: <https://ri.saludcyt.ar/index.php/ri/article/view/17>
6. Herazo-Beltrán Y, Quintero-Cruz M. V, Pinillos-Patiño Y, García-Puello F, Núñez-Bravo N, , Suarez-Palacio D. Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión* [Internet]. 2017; 12(5):174-181. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170254309009>
 7. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Gob.pe. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
 8. Peruana P. Estado de la [Internet]. Gob.pe. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf
 9. López Zamora L, Gonzales Saldaña SH. Capacidad funcional y calidad de vida del adulto mayor que asiste al Servicio de Geriátrica en un Hospital Nacional de Lima, 2023. *Investig innov* [Internet]. 2023;3(3):44–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33326/27905543.2023.3.1858>
 10. Costa Lima EF, Oliveira da Silva E, Silva Fhon JR. Functional capacity and its associated factors in older adults in the rural area in Brazil. *Nurs Pract Today* [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18502/npt.v10i4.14081>
 11. Caçador C, Teixeira-Lemos E, Oliveira J, Pinheiro J, Mascarenhas-Melo F, Ramos F. The relationship between nutritional status and functional capacity: A contribution study in institutionalised Portuguese older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021; 18(7):3789. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18073789> “F.ARRIETA.C”

12. Domínguez Pech, Ricardo de J. Capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria y su relación con la satisfacción con la vida en adultos mayores usuarios de la UMF 1, delegación Aguascalientes. 2020; Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/1899>
13. Rivera P, Fanny R. La capacidad funcional y su relación con el riesgo de caída en los adultos mayores albergados en el centro geriátrico de la beneficencia pública “San Vicente de Paul” Lima 2022. Universidad Norbert Wiener; 2022.
14. Castro C, Carla O y Vega G, Angel D. Capacidad funcional y estado nutricional en adultos mayores institucionalizados en la provincia de Huancayo durante el periodo 2021. Universidad Continental; 2022.
15. Hernández Pedraza MA, Altamirano Yaros L. Capacidad funcional en adultos mayores de un albergue ubicado Lima-Sur. Cuidado y Salud Pública [Internet]. 2021;1(1):11–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.53684/csp.v1i1.12>
16. Bazalar G, Gonzalo A. Deterioro cognitivo y el desempeño de las actividades de vida diaria en adultos mayores de un hospital de día de Surco – 2020. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021.
17. Obregón C, Rossly D y Rosas G, Katia N. Dependencia funcional en pacientes geriátricos atendidos en consultorio externo de un hospital de las Fuerzas Armadas del Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021.
18. Década del envejecimiento saludable 2020-2030. [Internet]. Who.int. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0
19. Capacidad funcional - WikiCardio [Internet]. Org.ar. Disponible en: http://www.wikicardio.org.ar/wiki/Capacidad_funcional

20. Salvador L., Cano A., Cabo J. Longevidad. 1ra. ed. Madrid. Editorial Medica Panamericana; 2004.
21. López Zamora L, Gonzales Saldaña SH. Capacidad funcional y calidad de vida del adulto mayor que asiste al Servicio de Geriátría en un Hospital Nacional de Lima, 2023. *Investig innov* [Internet]. 2023; 3(3):44–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33326/27905543.2023.3.1858>
22. Sanhueza Parra M, Castro Salas M, Merino Escobar JM. Adultos mayores funcionales: Un Nuevo concepto en Salud. *Cienc Enferm (Impresa)* [Internet]. 2005;11(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532005000200004>
23. Leitón Espinoza ZE, Fajardo-Ramos E, López-González Á, Martínez-Villanueva RM, Villanueva-Benites ME. Cognition and functional capacity in the elderly adult. *Salud Uninorte* [Internet]. 2021; 36(1):124–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.36.1.618.97>
24. Reig-Ferrer A, Cabrero-García J, Lizán Tudela L. La valoración de la capacidad funcional, el bienestar psicológico y la salud mental en la atención primaria de salud. *Aten Primaria* [Internet]. 2009; 41(9):515–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.015>
25. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2022; 46:1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2022.34>
26. Gob.mx. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/813747/Guia_InstrumentosEvaluacion_2022_31oct.pdf

27. Baena G. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Serie integral por competencias (Libro Online) [Internet]. 2014. 12–14 p. Available from: <http://www.editorialpatria.com.mx/pdf/files/9786074384093.pdf>
28. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C y Baptista Lucio, P. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. McGraw-Hill Companies; 2014.
29. López PL. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO. Punto Cero [Internet]. 2004; 09(08):69–74. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012
30. Hechavarría, S. Diferencias entre Cuestionario y Encuesta [Internet]. 2012. Sld.cu. Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/diferencias-entre-cuestionario-y-encuesta>
31. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. Md State Med J. 1965; 14:61–5.
32. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Mejjide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clínica. 2011
33. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 1997; 71(2):127–37. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004
34. Duarte Ayala RE, Velasco Rojano ÁE. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. Horiz Sanit [Internet]. 2021; 21(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.19136/hs.a21n1.4519>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

“CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Formulación de hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general: ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? • ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según la edad de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? • ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según el sexo de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? • ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según el estado civil de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? 	<p>Objetivo general: Determinar el nivel de capacidad funcional en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. • Determinar el nivel de capacidad funcional según la edad de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. • Determinar el nivel de capacidad funcional según el sexo de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. • Determinar el nivel de capacidad funcional según el estado civil de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. 	<p>No presenta hipótesis</p>	<p>Variable 1: Capacidad funcional</p> <p>Variable control: Características sociodemográficas</p>	<p>Método de la investigación: Deductivo</p> <p>Enfoque de la investigación: Cuantitativo</p> <p>Tipo y nivel de investigación: Tipo aplicado y de nivel descriptivo</p> <p>Diseño de la investigación: No experimental, prospectivo y de corte transversal</p> <p>Población: Estará conformada por todos los pacientes adultos mayores según los criterios de selección, se toma de referencia a 145 pacientes del periodo anterior.</p> <p>Muestra: Serán todos los pacientes adultos mayores.</p> <p>Muestreo: Será de tipo no probabilístico de tipo censal.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según la ocupación de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? • ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional según el Índice de masa corporal (IMC) de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de capacidad funcional según la ocupación de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. • Determinar el nivel de capacidad funcional según el Índice de masa corporal (IMC) de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. 			
--	--	--	--	--

Anexo 2: Instrumento

ÍNDICE DE BARTHEL

Código: _____

Fecha: _____

Edad:

- 60 - 64 años
- 65 - 69 años
- 70 - 74 años
- 75 - 79 años
- 80 años a más

Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Conviviente
- Divorciado
- Separado

Comorbilidad:

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Enfermedad coronaria
- Insuficiencia cardiaca
- Enfermedad pulmonar crónica
- Otros

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Ocupación

- Trabajador dependiente
- Trabajador independiente
- Dedicado a las tareas del hogar
- Desempleado
- Jubilado

Peso: _____ kg.

Estatura: _____ m.

Índice de masa corporal

- Bajo peso = < a 18,5
- Peso normal = 18,5 - 24,9
- Sobrepeso = 25,0 - 29,9
- Obesidad grado I = 30,0 - 34,9
- Obesidad grado II = 35,0 - 39,9
- Obesidad grado III = > a 40,0

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	Independiente (la comida está al alcance de las manos).	10
	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	Dependiente.	0
Aseo	Independiente (para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse).	5
	Dependiente.	0
Control de heces	Continente.	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	Incontinente.	0
Control de orina	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5

	Incontinencia.	0
Baño	Independiente para bañarse o ducharse.	5
	Dependiente.	0
Vestirse	Independiente, incluyendo bolones, cremalleras, cordones, etc.	10
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
Usar el retrete	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).	10
	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.	5
	Dependiente.	0
Transferencia cama/silla	Independiente.	15
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal).	10
	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado.	5
	Incapaz, no se mantiene sentado.	0
Desplazarse	Independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	15
	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).	10
	Independiente en silla de ruedas en 50 m.	5
	Inmóvil.	0
Subir/bajar escaleras	Independiente para subir y bajar.	10
	Necesita ayuda física o verbal. puede llevar cualquier tipo de muleta.	5
	Incapaz.	0
Total:		

Nivel de capacidad funcional	
Dependencia total (0-20 puntos)	
Dependencia grave (21-60 puntos)	
Dependencia moderada (61-90 puntos)	
Dependencia leve o escasa (91-99 puntos)	
Independencia (100 puntos)	

Anexo 3: Validez del instrumento

“CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Capacidad funcional							
1	Comer: • Independiente (la comida está al alcance de las manos). • Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usas condimentos, etc. • Dependiente.	X		X		X		
2	Aseo: • Independiente (para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse). • Dependiente.	X		X		X		
3	Control de heces: • Continente. • Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas. • Incontinente.	X		X		X		
4	Control de orina: • Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta. • Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda. • Incontinencia.	X		X		X		
5	Baño: • Independiente para bañarse o ducharse. • Dependiente.	X		X		X		

6	<p>Vestirse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente, incluyendo bolones, cremalleras, cordones, etc. • Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. • Dependiente. 	X		X		X	
7	<p>Usar el retrete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse). • Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo. • Dependiente. 	X		X		X	
8	<p>Transferencia cama/silla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente. • Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal). • Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado. • Incapaz, no se mantiene sentado. 	X		X		X	
9	<p>Desplazarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador. • Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal). • Independiente en silla de ruedas en 50 m. • Inmóvil. 	X		X		X	
10	<p>Subir/bajar escaleras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente para subir y bajar. • Necesita ayuda física o verbal. puede llevar cualquier tipo de muleta. • Incapaz. 	X		X		X	

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

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

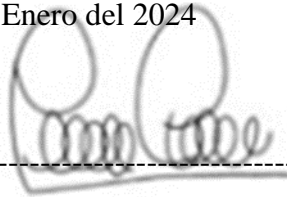
Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

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

DNI: 42717285

Especialidad del validador: **Gestión de los servicios de la salud**

22 de Enero del 2024



Firma del Experto Informante

“CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Capacidad funcional							
1	Comer: <ul style="list-style-type: none"> • Independiente (la comida está al alcance de las manos). • Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usas condimentos, etc. • Dependiente. 	X		X		X		
2	Aseo: <ul style="list-style-type: none"> • Independiente (para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse). • Dependiente. 	X		X		X		
3	Control de heces: <ul style="list-style-type: none"> • Continente. • Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas. • Incontinente. 	X		X		X		
4	Control de orina: <ul style="list-style-type: none"> • Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta. • Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda. • Incontinencia. 	X		X		X		
5	Baño: <ul style="list-style-type: none"> • Independiente para bañarse o ducharse. • Dependiente. 	X		X		X		

6	<p>Vestirse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente, incluyendo bolones, cremalleras, cordones, etc. • Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. • Dependiente. 	X		X		X	
7	<p>Usar el retrete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse). • Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo. • Dependiente. 	X		X		X	
8	<p>Transferencia cama/silla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente. • Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal). • Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado. • Incapaz, no se mantiene sentado. 	X		X		X	
9	<p>Desplazarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador. • Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal). • Independiente en silla de ruedas en 50 m. • Inmóvil. 	X		X		X	
10	<p>Subir/bajar escaleras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente para subir y bajar. • Necesita ayuda física o verbal. puede llevar cualquier tipo de muleta. • Incapaz. 	X		X		X	

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

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

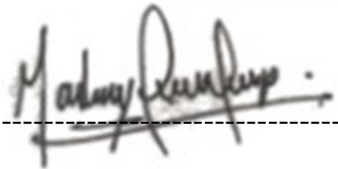
Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: **Marleny del Rosario Auris Quispe**

DNI: 42393626

Especialidad del validador: Gestión en salud

24 de Enero del 2024



Firma del Experto Informante

“CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Capacidad funcional							
1	Comer: <ul style="list-style-type: none"> • Independiente (la comida está al alcance de las manos). • Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usas condimentos, etc. • Dependiente. 	X		X		X		
2	Aseo: <ul style="list-style-type: none"> • Independiente (para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse). • Dependiente. 	X		X		X		
3	Control de heces: <ul style="list-style-type: none"> • Continente. • Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas. • Incontinente. 	X		X		X		
4	Control de orina: <ul style="list-style-type: none"> • Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta. • Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda. • Incontinencia. 	X		X		X		
5	Baño: <ul style="list-style-type: none"> • Independiente para bañarse o ducharse. • Dependiente. 	X		X		X		

6	<p>Vestirse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente, incluyendo bolones, cremalleras, cordones, etc. • Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. • Dependiente. 	X		X		X	
7	<p>Usar el retrete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse). • Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo. • Dependiente. 	X		X		X	
8	<p>Transferencia cama/silla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente. • Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal). • Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado. • Incapaz, no se mantiene sentado. 	X		X		X	
9	<p>Desplazarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador. • Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal). • Independiente en silla de ruedas en 50 m. • Inmóvil. 	X		X		X	
10	<p>Subir/bajar escaleras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente para subir y bajar. • Necesita ayuda física o verbal. puede llevar cualquier tipo de muleta. • Incapaz. 	X		X		X	

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

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

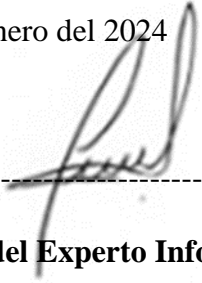
Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: **Pilar Huarcaya Sihuincha**

DNI: **42774279**

Especialidad del validador: **Gestión en salud**

25 de Enero del 2024



Firma del Experto Informante

Anexo 4: Formato de consentimiento informado

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

Título del proyecto : “Capacidad funcional en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024”
Investigador : Violeta Isabel Placido Villalta
Institución : Universidad Norbert Wiener

Estoy invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Capacidad funcional en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024”, de fecha __/__/2024 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por un investigador de la Universidad Norbert Wiener.

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar el nivel de capacidad funcional en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. Su ejecución ayudará/permitirá a conocer la prevalencia de la variable de estudio.

Duración del estudio (meses): De Marzo a Mayo del 2024

N° esperado de participantes: 80 pacientes.

Criterios de Inclusión y exclusión: Los criterios de inclusión serán: Pacientes adultos mayores del GrupoFisio – salud y rehabilitación integral, de 60 años de edad a más, de ambos sexos y en su último día de tratamiento. Los criterios de exclusión serán: Pacientes totalmente dependientes de terceras personas, con dolor de intensidad 4 a más según EVA, que no completen el cuestionario y con trastornos psicológicos o mentales.

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le pedirá completar un cuestionario con sus datos personales y resolver el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP). Para completar el cuestionario, se realizará antes de su primera sesión fisioterapéutica, tomará un tiempo de entre 8 a 10 minutos y los resultados se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos: Su participación en el estudio no presenta ningún tipo de riesgo para Usted, con respecto a su estado físico, mental y de bienestar. El resultado que aparezca en el desarrollo de la ficha, no le causaran dificultades en su honor, situación económica, y ocupación laboral. Sí usted siente alguna incomodidad por alguna razón específica en el uso de sus datos personales registrados en su historia clínica, usted es libre de que no se use sus datos para continuar en el estudio en el momento que usted lo considere necesario.

Beneficios: Usted no obtendrá algún beneficio por participar en este estudio, tampoco recibirá alguna compensación económica. Así mismo, determinar el nivel de capacidad funcional en pacientes ayudará a conocer estado en el que se encuentra usted por el desarrollo de sus tratamientos, y mejorar los conocimientos en el campo de la salud. De manera que, con su participación en esta investigación, al ser completado la ficha permitirá obtener nueva información para aportar a futuras investigaciones.

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

Confidencialidad: Se guardará la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

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

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el investigador Violeta Isabel Placido Villalta, al número de celular 991302925 o al correo vplacidov@gmail.com. Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: comite.etica@uwiener.edu.pe.

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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

Firma del participante

Nombre:

DNI:

Fecha: ____/____/2024

Firma del investigador

Nombre: Violeta Isabel Placido Villalta

DNI: 45138068

Fecha: ____/____/2024

Firma del testigo o representante legal

Nombre:

DNI:

Fecha: ____/____/2024

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

Anexo 5: Carta de solicitud a la institución

Lima, 29 de Febrero del 2024

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

Sr:

Luis Alberto Ibarra Hurtado

Director

GrupoFisio S. A. C

Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, Violeta Isabel Placido Villalta, alumna de la E.A.P. de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Norbert Wiener, con código n° 2018100278, solicito que me permita recolectar datos en su institución como parte de mi proyecto de tesis para obtener el título de “Licenciado en Terapia física y rehabilitación” cuyo objetivo general es determinar el nivel de capacidad funcional en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024; asimismo, solicito la presentación de los resultados en formato de tesis y artículo científico. La mencionada recolección de datos consiste en obtener datos personales de los participantes como la edad y el sexo.

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

Atentamente,

Violeta Isabel Placido Villalta
Universidad Norbert Wiener
E.A.P. de Tecnología Médica

Anexo 6: Carta de aceptación para la recolección de datos



Arequipa 15 de Marzo del 2024

CARTA N.º: 020-2024

Sr.(a): Bach. VIOLETA ISABEL PLACIDO VILLALTA

ASUNTO: Autorización para realizar el proceso de recolección de datos para la Tesis "**CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024**"



Por medio de la presente me dirijo a usted para saludarle y comunicarle con respecto a su solicitud del proceso de recolección de datos para la Tesis "**CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024**", se le autoriza a realizar su estudio con los pacientes del **CENTRO DE TERAPIA FISICA Y REHABILITACION GRUPOFISIO, PERIODO 2024**". Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle mi consideración y estima personal.

Atentamente.




MG TM LUISA IBARRA HURTADO
TECNÓLOGO MÉDICO
C.T.M.P. 6220

Yanahuara:

 Pasaje Las Lilas 108 Emmel - Yanahuara
 054 - 310799 / 924110454 - 963313934

 informes@grupofisio.pe
gerencia@grupofisio.pe

Anexo 7: Informe del porcentaje del Turnitin



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 20 de mayo de 2024

Investigador(a)
Violeta Isabel Plácido Villalta
Exp. N°: 0328-2024

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEI-UPNW) evaluó y **APROBO** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: “**CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024**” Versión 01 con fecha 28/04/2024.
- Formulario de Consentimiento Informado Versión 01 con fecha 28/04/2024.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Violeta Isabel Plácido Villalta.

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

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. La vigencia de la aprobación es de dos años (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. El Informe de Avances se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. Toda enmienda o adenda se deberá presentar al CIEI-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, la Renovación de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

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

Atentamente,



Raul Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética para la Investigación
UPNW

● 14% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	4%
2	grafiati.com Internet	1%
3	hdl.handle.net Internet	1%
4	Universidad Wiener on 2024-05-29 Submitted works	<1%
5	repositorio.upch.edu.pe Internet	<1%
6	Universidad Wiener on 2024-09-28 Submitted works	<1%
7	bdigital.dgse.uaa.mx:8080 Internet	<1%
8	apirepositorio.unh.edu.pe Internet	<1%