



**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 y calidad de vida en adultos mayores de un centro de  
fisioterapia de Lima, periodo 2024

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

**Presentado por:**

**Autora:** Huallpayunca Quispe, Erika

**Asesor:** Mg. Melgarejo Valverde, José Antonio

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-8649-0925>

**Lima – Perú**

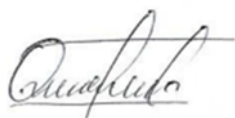
**2024**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01

Yo, Erika Huallpayunca Quispe, egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Tecnología Médica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE FISIOTERAPIA DE LIMA, PERIODO 2024” Asesorado por el docente: MG.JOSE ANTONIO, MELGAREJO VALVERDE, DNI 06230600...ORCID:0000-0001-8649-0925 tiene un índice de similitud de 17 (DIECISIETE) % con código: oid14912392966312, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

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



.....  
 Firma de autor 1  
 Erika Huallpayunca Quispe  
 DNI: 45702268



.....  
 Firma del asesor.  
 MG. Jose Antonio, Melgarejo Valverde  
 DNI: 06230600

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

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.

Lima, 18 de octubre de 2024

## **DEDICATORIA**

A Dios, quien me ha brindado fuerza, sabiduría y resiliencia en cada paso de este camino académico. A mi querida familia, por todo su apoyo y amor incondicional y a ustedes papás, aunque estén en el cielo, vuestro legado de perseverancia y sacrificio continúa inspirándome cada día, Este logro es también de ustedes.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a mis hermanos y mi familia, porque son lo más sagrado que tengo en la vida, por ser siempre mis principales motivadores y de los formadores de lo que ahora soy como persona, sin ustedes y sus consejos, su amor y su cariño yo no habría logrado hasta donde estoy, gracias hermanos, tíos, los quiero mucho

# ÍNDICE

Dedicatoria .....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice general.....	v
Índice de tablas.....	vi
Índice de figuras.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
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.....	15
1.4 Justificación de la investigación.....	15
1.4.1 Justificación teórica.....	15
1.4.2 Justificación metodológica.....	16
1.4.3 Justificación practica.....	16
1.5 Limitaciones de la investigación.....	17

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes.....	18
2.2 Base teórica.....	24
2.3 Formulación de hipótesis.....	27
2.3.1. Hipótesis general.....	27
2.3.2. Hipótesis específicas.....	28

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

3.1 Método de la investigación.....	29
3.2 Enfoque de la investigación .....	29

3.3	Tipo de investigación.....	29
3.4	Diseño de la investigación .....	30
3.5	Población, muestra y muestreo.....	30
3.6	Variables y operacionalización.....	32
3.7	Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	36
3.8	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	39
3.9	Aspectos éticos .....	39

#### **CAPITULO IV PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

4.1	Análisis de los resultados .....	41
4.2	Discusión de los resultados.....	41

#### **CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1	Conclusiones .....	62
5.2	Recomendaciones .....	63

#### **CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

#### **ANEXOS**

Anexo N° 1:	Matriz de consistencia .....	72
Anexo N° 2:	Instrumento .....	74
Anexo No3	Validez de instrumento de medición.....	81
Anexo N° 4:	Formato de consentimiento informado .....	96
Anexo N° 5:	Carta de solicitud a la institución para la recolección .....	98
Anexo N° 6:	Carta de aceptación para la recolección de datos .....	99
Anexo N° 7:	Carta de Aprobación del comité de ética.....	100
Anexo N° 8:	Reporte de similitud de Turnitin.....	100

## ÍNDICE DE TABLAS

1.	Tabla No 1 Distribución por grupo etario de la muestra. ....	Pag. 41
2.	Tabla No 2 Distribución por sexo de la muestra. ....	Pag. 43
3.	Tabla No 3 Distribución por estado civil de la muestra. ....	Pag. 44
4.	Tabla No 4 Distribución por ocupación de la muestra. ....	Pag. 45
5.	Tabla No 5 Distribución del nivel de capacidad funcional. ....	Pag. 46
6.	Tabla No 6 Distribución del nivel de calidad de vida. ....	Pag. 47
7.	Tabla No 7 Distribución de la dimensión salud física de la calidad de vida. ....	Pag. 48
8.	Tabla No 8 Distribución de la dimensión salud psicológica de la calidad de vida. ....	Pag. 49
9.	Tabla No 9 Distribución de la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida. ....	Pag. 50
10.	Tabla No 10 Distribución de la dimensión medio ambiente de la calidad de vida.....	Pag. 51
11.	Tabla No 11 Prueba de normalidad de las variables y dimensiones de estudio.....	Pag. 52
12.	Tabla No 12 Relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida. ....	Pag. 53
13.	Tabla No 13 Relación entre capacidad funcional y la dimensión salud física de la calidad de vida. ....	Pag. 54
14.	Tabla No 14 Relación entre capacidad funcional y la dimensión salud psicológica de la calidad de vida .....	Pag. 56
15.	Tabla No 15 Relación entre capacidad funcional y la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida. ....	Pag. 57
16.	Tabla No 16 Relación entre capacidad funcional y la dimensión medio ambiente	

de la calidad de vida. ....Pag. 58

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. Figura No 1 Distribución por grupo etario de la muestra. ....Pag. 42
2. Figura No 2 Distribución por sexo de la muestra. ....Pag. 43
3. Figura No 3 Distribución por estado civil de la muestra. ....Pag. 44
4. Figura No 4 Distribución por ocupación de la muestra. ....Pag. 45
5. Figura No 5 Distribución del nivel de capacidad funcional. ....Pag. 46
6. Figura No 6 Distribución del nivel de calidad de vida. ....Pag. 47
7. Figura No 7 Distribución de la dimensión salud física de la calidad  
de vida. ....Pag. 48
8. Figura No 8 Distribución de la dimensión salud psicológica de la calidad  
de vida. ....Pag. 49
9. Figura No 9 Distribución de la dimensión relaciones sociales de la calidad  
de vida. ....Pag. 50
10. Figura No 10 Distribución de la dimensión medio ambiente de la calidad  
de vida. ....Pag. 51

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024. **Materiales y Métodos:** El estudio es cuantitativo, se toma de referencia a los 107 adultos mayores de 60 años en adelante de ambos sexos, se utilizará el Índice de Barthel, la cual mide la capacidad funcional básica y el cuestionario de calidad de vida llamado WHOQOL-BREF que es un cuestionario auto informado que contiene 26 ítems. **Resultados:** El grupo de estudio está conformado por adultos mayores de 60 años a más. El grupo mayoritario está conformado por adultos mayores entre 70 y 79 años, representando el 39.05% del total, según el sexo está representada por una ligera mayoría el género femenino, con un 53.33%, mientras que el 46.67% está conformado por personas del género masculino. Se evidencia una prevalencia de calidad de vida moderada, con un 62.86% del total de la muestra. la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida es significativa ( $p = 0.000 < 0.05$ ); así mismo, el coeficiente de Spearman es 0.680, lo cual indica que existe una correlación positiva moderada. El 61.90% de los pacientes posee un nivel de calidad de vida moderada. El 21.90% posee un alto nivel de calidad de vida. El 16.19% posee un bajo. En la dimensión salud psicológica el 60% de los pacientes adultos mayores poseen un nivel moderado de calidad de vida. En la dimensión relaciones sociales. El 55.24% de los pacientes posee un nivel de calidad de vida moderada en la dimensión. El 27.62% posee un alto nivel de calidad de vida. El 17.14% posee un bajo nivel de calidad de vida. **Conclusiones:** La variable capacidad funcional y la variable calidad de vida se relacionan entre sí de manera positiva y moderada.

**Palabras Claves:** Adultos mayores, calidad de vida, características sociodemográficas

## ABSTRAC

**Objective:** Determine the relationship between functional capacity and quality of life in older adults in a physiotherapy center in Lima, period 2024. **Materials and Methods:** The study is quantitative, taking as a reference the 107 adults over 60 years of age in For both sexes, the Barthel Index will be used, which measures basic functional capacity, and the quality of life questionnaire called WHOQOL-BREF, which is a self-reported questionnaire containing 26 items. **Results:** The study group is made up of older adults aged 60 and over. The majority group is made up of older adults between 70 and 79 years old, representing 39.05% of the total. Depending on sex, a slight majority is represented by the female gender, with 53.33%, while 46.67% is made up of people of the gender male. A prevalence of moderate quality of life is evident, with 62.86% of the total sample. the relationship between functional capacity and quality of life is significant ( $p = 0.000 < 0.05$ ); Likewise, the Spearman coefficient is 0.680, which indicates that there is a moderate positive correlation. 61.90% of patients have a moderate level of quality of life. 21.90% have a high level of quality of life. 16.19% have a bass. In the psychological health dimension, 60% of older adult patients have a moderate level of quality of life. In the social relations dimension. 55.24% of patients have a moderate level of quality of life in the dimension. 27.62% have a high level of quality of life. 17.14% have a low level of quality of life. **Conclusions:** The functional capacity variable and the quality-of-life variable are related to each other in a positive and moderate way.

**Keywords:** Older adults, quality of life, 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, y la formulación de las hipótesis correspondientes. 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**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que el envejecimiento saludable implica desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Sin embargo, el deterioro de esta capacidad funcional, que incluye habilidades físicas y mentales, puede afectar significativamente la calidad de vida de los ancianos (1). Para 2050, el número de personas de 60 años o más se habrá duplicado, representando un 22% de la población mundial (2). El envejecimiento trae consigo cambios y deterioros de diversos aspectos como en lo físico, emocional, social y cognoscitivo. A medida que la edad aumenta también disminuye su funcionalidad y aumenta la probabilidad de dependencia en las actividades de la vida diaria e instrumentales, la falta de equilibrio y coordinación, disminuyendo la calidad de vida (3).

En diversos países, la interrelación entre la calidad de vida y la capacidad funcional de los adultos mayores ha sido estudiada con resultados consistentes. Un estudio en Estados Unidos reveló que los programas de actividad física adaptada reducen el riesgo de caídas y mejoran la movilidad, lo cual está directamente relacionado con una mejor calidad de vida (4). En Japón, las intervenciones comunitarias que promueven la actividad física y la interacción social han mostrado beneficios similares, reduciendo la dependencia y mejorando la salud mental de los ancianos (5).

Por otro lado, los recursos limitados y la falta de programas especializados en rehabilitación representan un desafío significativo. En Brasil, la falta de acceso a servicios de salud adecuados y a programas de rehabilitación contribuye a una baja capacidad funcional y una peor calidad de vida en la población geriátrica (6). De manera similar, en India, la falta de infraestructuras y formación adecuada del personal sanitario en geriatría dificulta el manejo efectivo de las necesidades de los adultos mayores (7).

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población adulta mayor entre 65 y 69 años representó el 2.36% en 2015 y aumentó al 2.79% en 2021, un incremento de 188,177 personas. Para los mayores de 80 años, hubo un aumento de 106,940 personas, representando el 1.435% de la población total. Se estima que para 2025, los adultos mayores representarán entre el 12% y el 13% de la población (8). Los adultos mayores en regiones rurales tienen una calidad de vida significativamente inferior y una capacidad funcional más reducida en comparación con sus contrapartes urbanas, debido a la falta de infraestructura sanitaria y programas de rehabilitación (9).

En un centro de fisioterapia de Lima, se ha observado que los pacientes con una capacidad funcional reducida enfrentan mayores dificultades para participar en programas de rehabilitación, lo que afecta su recuperación y calidad de vida. Además, la falta de un enfoque personalizado que considere las necesidades individuales de los pacientes puede llevar a resultados subóptimos y a una mayor incidencia de complicaciones como caídas y lesiones adicionales. Por lo tanto, se plantea esta investigación para determinar la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024?

### **1.2.2. Problemas específicos**

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024?
2. ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud física de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024?
3. ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024?
4. ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024?
5. ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Determinar las características sociodemográficas de los adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.
2. Determinar la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud física de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.
3. Determinar la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.
4. Determinar la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.
5. Determinar la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

### **1.4. Justificación de la investigación**

#### **1.4.1. Justificación teórica**

La justificación teórica sobre la relación entre la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes adultos mayores se basa en varios conceptos y teorías fundamentales. Primero, la teoría del envejecimiento activo postula que mantener una alta capacidad funcional es crucial para una vida plena y satisfactoria en la vejez. Además, el modelo biopsicosocial del envejecimiento proporciona un marco comprensivo al considerar cómo factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan para influir en la salud y la funcionalidad de los adultos mayores. Este enfoque teórico permitió entender que no solo las condiciones de salud física

afectan la capacidad funcional y, por ende, la calidad de vida, sino también los factores psicológicos como la motivación y los sociales como el apoyo comunitario y familiar.

#### **1.4.2. Justificación Metodológica**

La investigación permitió al equipo multidisciplinario, especialmente al personal de fisioterapia, involucrarse y comprometerse de manera más efectiva con los adultos mayores y sus familias. Esto facilitó la mejora de la capacidad funcional de los adultos mayores, lo que a su vez contribuyó significativamente a elevar su calidad de vida.

Además, esta investigación contribuyó en presentar 2 cuestionarios sobre los niveles de capacidad funcional y calidad de vida en pacientes adultos mayores. Los cuestionarios estuvieron validados por juicio de expertos y la fiabilidad se obtuvo por prueba piloto, los instrumentos son: “Índice de Barthel” y “Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL – BREF)”.

#### **1.4.3. Justificación Práctica**

Los resultados de esta investigación lograron informar políticas públicas y programas de salud diseñados para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Al identificar los factores específicos que influyen en la capacidad funcional, se pueden diseñar intervenciones más efectivas y personalizadas para este grupo demográfico. Esto es especialmente relevante en un contexto de envejecimiento poblacional global, donde aumentar la capacidad funcional puede reducir la carga sobre los sistemas de salud y los servicios sociales.

Los hallazgos de esta investigación lograron ser útiles para los profesionales de la salud, como médicos, fisioterapeutas y trabajadores sociales, proporcionando una base empírica para desarrollar estrategias de cuidado que se centren no solo en tratar enfermedades, sino también en mejorar la funcionalidad y, por ende, la calidad de vida. Además, desde una perspectiva comunitaria, la investigación logró fomentar el desarrollo de programas de

actividad física, rehabilitación y apoyo social que empoderen a los adultos mayores para mantener su independencia y participación activa en la sociedad.

### **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 por parte de los investigadores, para la recolección de datos, organizando el tiempo adecuado para su ejecución.
- ✓ Los pacientes adultos mayores, debido a su condición de capacidad funcional, en algunos casos, presentaron evaluaciones con sus médicos tratantes, creando una reprogramación de sus citas terapéuticas o asistencias.
- ✓ Factor económico del investigador, dado que este trabajo fue autofinanciado.
- ✓ Conectividad para descargar los datos, inconvenientes con las redes de internet de la zona de los investigadores.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Antecedentes internacionales

Domínguez (10) 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 tuvo un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo-correlacional, de diseño observacional y transversal. La muestra poblacional estaba conformada por 302 pacientes adultos mayores; y se utilizaron el índice de Barthel que valora 10 funciones básicas y la escala de satisfacción con la vida que consta de 5 ítems que valoran la satisfacción vital en general. Los resultados fueron: La mayoría estuvo entre los 65-75 años de edad, el 55.3% eran 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 índice de Barthel para la capacidad funcional obteniendo 95.36% con incapacidad ligera en las actividades de la vida diaria y grado de satisfacción moderado para el total de la población. Se obtuvo una correlación de Pearson = 0.034. Se concluyó que, no hubo correlación estadísticamente significativa entre las variables capacidad funcional y satisfacción por la vida.

Román (11) en su estudio tuvo como objetivo *“Analizar el efecto de la autoeficacia, el optimismo y el envejecimiento activo sobre la calidad de vida en una población de adultos mayores de Chile”*. Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, de diseño no experimental y transversal. Se encuestó un total de 152 adultos mayores de la Región Metropolitana, los cuales se les administraron cuestionarios de Envejecimiento Activo, Optimismo y Autoeficacia, y Calidad de Vida para autoeficacia. Estos cuestionarios fueron administrados siguiendo los lineamientos estandarizados de éstos, con excepción del Cuestionario de Envejecimiento Activo, el cual se construyó ad hoc para los fines de este estudio. Además de los resultados descriptivos, correlaciones y comparativos, se diseñaron una serie de análisis de sendero, para evaluar el efecto interaccional de estas variables. Los resultados del estudio mostraron un efecto estadísticamente significativo del efecto de cada una de las variables predictivas: Optimismo, Autoeficacia y Envejecimiento Activo, sobre la variable dependiente: Calidad de vida. Envejecimiento activo, no parece mediar el efecto entre Optimismo, Autoeficacia y Calidad de vida. Se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el ingreso económico de acuerdo con el sexo de los participantes en favor de los hombres. Sin embargo, no se aprecian otras diferencias por sexo en cada una de las escalas evaluadas. Estos resultados son pioneros en combinar el efecto conjunto de las variables Optimismo, Autoeficacia y Envejecimiento Activo sobre la Calidad de vida de los adultos mayores.

Celeiro y Galizzi (12) en su estudio tuvieron como objetivo *“Explorar la calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá”*. La metodología empleada fue cuantitativa, siguiendo un diseño de tipo descriptivo, comparativo y transversal. Se encuestó un total de 40 adultos mayores, los cuales se les administró la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Los resultados fueron: Se encontró que los adultos mayores, en el total de la muestra, perciben su calidad

de vida como “buena”, según el instrumento, con un puntaje superior a los 3 puntos tanto en la Calidad de Vida Global como en los dominios propuestos por la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, a saber: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Medio Ambiente. En referencia a si la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores varía por sexo, edad y estar o no institucionalizados, en primera instancia se encontró que, si bien las mujeres registraron medias levemente superiores en todos los casos, no existen diferencias significativas evaluado a un valor probabilístico de  $p < 5$  en la percepción de la calidad de vida en relación al sexo. Se llevó a cabo un análisis en donde se encontró que los coeficientes muestran correlaciones negativas denotando que a mayor edad se perciben menores valores en la escala de calidad de vida, pero estas correlaciones no fueron significativas estadísticamente. Se concluyó que los adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá perciben mejor calidad de vida en relación a los institucionalizados, en el dominio de Salud Física y en los dominios de Calidad de Vida Global, Salud Psicológica y Medio Ambiente, sin encontrar diferencia significativa en el dominio de Relaciones Sociales que se mantiene similar en ambos grupos.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

Malca (13) en su estudio tuvo como objetivo “*Determinar la relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en un Hospital de Trujillo en el 2022*”. Esta investigación tuvo una metodología cuantitativa, de alcance correlacional y de diseño de investigación no experimental. La muestra poblacional estuvo constituida por 75 adultos mayores que fueron atendidos en el servicio de medicina en un Hospital de Trujillo en el 2022; los cuales se les administró el cuestionario del Índice de Barthel. Se obtuvo como resultado la existencia de la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas, donde el riesgo fue considerado alto representado por 93.2% y donde la capacidad funcional obtuvo un grado moderado estimado en 62.2%. Finalmente, se concluyó que existe relación entre la

capacidad funcional y el riesgo de caídas, donde ambas variables resultaron significativas, según la correlación de Spearman de 0.03, con una significación de 0.03.

Rivera (14) 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 fue de enfoque cuantitativo, el diseño metodológico es descriptivo y de corte transversal. Se tomó a 127 adultos mayores del Centro Geriátrico de la Sociedad Beneficencia Pública Lima Metropolitana “San Vicente de Paul”, en la ciudad de Lima, seleccionados como muestra. La relación de la capacidad funcional en su dimensión actividades básicas con el riesgo de caída de los adultos mayores el 62.5% tiene dependencia moderada y un riesgo alto de caídas; hay relación en 6%. La capacidad funcional con el riesgo de caídas en su dimensión caídas previas, tratamiento farmacológico, el 45.3% tiene dependencia moderada y riesgo alto y riesgos bajos de caídas, con una relación del 10%. La capacidad funcional con el riesgo de caídas en su dimensión déficit sensorial, estado mental y deambulación, el 67.7% tiene dependencia moderada y riesgo alto de caídas, con una relación del 7%. La capacidad funcional con el riesgo de caída de los adultos mayores, el 53.5% tiene dependencia moderada y riesgo alto de caídas, seguida de una independencia en 9.4% con riesgo de caídas alto y bajo, con una relación del 7%.

Moran (15) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar el nivel de calidad de vida del adulto mayor que reside en el Centro Poblado de Cañaverall en el año 2021”*. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, con un diseño no experimental, transversal y prospectivo. Se trabajó con una muestra de 30 adultos mayores. Se utilizó como método de recolección de datos la encuesta y el instrumento fue el cuestionario Whoqol-Bref (World Health Organization Quality of Life). Los resultados alcanzados fueron los siguientes: El nivel de calidad de vida en base a la salud física fue mala con 58.82% y regular con 37.25%,

asimismo, el nivel de calidad de vida según la salud psicológica fue regular con 63.22% y mala con 36.67%, además, la calidad de vida según la dimensión social fue regular con 66.67% y buena 33.33% y finalmente la calidad de vida en base al medio ambiente fue regular con 63.33% y malo con 36.67%. Concluyendo que los adultos mayores evaluados evidenciaron tener una calidad de vida mala en un 63.33% y regular en un 36.67%.

Castro y Vega (16) 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*”. La investigación aplicó el método científico, es de tipo básico, observacional, transversal, prospectivo y analítico, de nivel relacional y diseño epidemiológico. La población es de 50 adultos mayores residentes en dos instituciones de la provincia de Huancayo; en quienes se empleó el Índice de Barthel y el test Mini Nutritional Assessment. La relación entre el grado de dependencia y el estado nutricional fue significativa positiva, en vista que el valor  $p$  fue  $< 0,001$  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 positiva entre la capacidad funcional y el estado nutricional. La capacidad funcional y el índice de masa corporal tienen una relación significativa positiva. La capacidad funcional y los problemas neuropsicológicos tienen una relación significativa. La capacidad funcional y la ingesta proteica no evidencian relación significativa. La capacidad funcional y la autopercepción del estado de salud presentan una relación significativa positiva.

Soto (17) en su estudio tuvo como objetivo “*Describir la calidad de vida de los adultos mayores en tiempos de covid19 – 2021*”. El estudio fue de nivel descriptivo de corte transversal, retrospectiva. La muestra es de tipo censal, conformada por 50 participantes de

ambos sexos mayores de 60 años. Se utilizó el cuestionario WHOQOL- BREF que constó de 26 ítems con tipo de respuesta Likert dividido en 4 dimensiones. Se encontró que el 60% de adultos mayores eran de género femenino 40% de género masculino, 16% de adultos mayores se encuentran enfermos, los resultados demostraron en la dimensión salud física, el 78% de adultos mayores presentan una calidad de vida regular, el 20% tiene una buena calidad de vida y el 2% presenta mala calidad de vida, en la dimensión psicológica presentan una calidad de vida de regular a buena, en la dimensión ambiente en su mayoría presentan una calidad de vida buena y regular y 2% mala calidad de vida, mientras que en la dimensión de relaciones sociales el 80% presenta una calidad de vida regular, el 14% una buena calidad de vida y el 6% una mala calidad de vida. Se concluyó que, la calidad de vida de los adultos mayores en tiempos de covid19- 2021, el 78% de los adultos mayores presenta una calidad de vida regular, el 20% presentó una buena calidad de vida y el 2% una mala calidad de vida.

Chuco (18) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar la relación entre la calidad de vida y la depresión en adultos mayores de un centro poblado de Junín”*. El estudio fue una investigación no experimental y de tipo descriptivo-correlacional, la cual contó con la participación de 184 participantes de ambos sexos entre edades de 60 a 80 años para la muestra de estudio. Se utilizaron la Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), las cuales permitieron medir las variables de estudio. Los resultados principales demostraron una correlación significativa e inversa entre la calidad de vida y la depresión ( $p < .01$ ), lo que quiere decir que a mayor calidad de vida menor será la depresión o viceversa. A esto se le suma que la calidad física fue percibida por el 94.6% de los adultos mayores como alta, mientras que la calidad psicológica se ubicó en una categoría media en el 98.9% de la muestra; así mismo, 61.97% califica su calidad de vida como moderada. Por otro lado, el 75% de la muestra presenta una depresión moderada y el 24% una más grave. Finalmente, se pudo hallar diferencias significativas entre algunas

de las dimensiones de la calidad de vida según la edad, pero no con el sexo y el COVID-19. Del mismo modo ocurre con la depresión, la cual no encontró ninguna relación con las tres variables sociodemográficas ya mencionadas ( $p < .05$ ).

## **2.2. Base teórica**

### **2.2.1. Capacidad funcional**

La capacidad funcional es la habilidad para desarrollar de manera eficiente las actividades básicas que un ser humano realiza en la vida cotidiana. Estas actividades básicas no son más que acciones que los individuos deben realizar para su autocuidado y lograr una vida de forma independiente y autónoma. Además, incluye actividades de higiene, vestimenta, alimentación, movilización y transporte, control de esfínteres y el cuidado persona entre otras (19).

La capacidad funcional es aquella que hace que podamos realizar las tareas de la vida diaria, la disminución en la ejecución de estas nos podría dar como consecuencia dificultad en nuestra autonomía y a una deficiente calidad de vida y llegando a necesitar el apoyo de los demás en nuestras tareas de la vida diaria, como, por ejemplo: ayuda en la vestimenta, preparación de la comida, el aseo personal, traslado adentro y afuera de la casa (19).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que 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 (20). También vinculada con el funcionamiento de los diferentes sistemas como el sistema muscular, renal, hepático entre otros. Esta condición tendrá un funcionamiento máximo en etapa temprana de la edad adulta, relacionándose directamente con los factores externos como son los factores ambientales tales como la

pobreza, contaminación y niveles bajos de educación. A su vez, se ve afectado por los estilos de vida de cada persona, más si esta incluye una mala alimentación y el sedentarismo (21).

La capacidad funcional se manifiesta con la habilidad que tiene la persona para poder realizar las actividades que normalmente realiza de forma diaria. La capacidad tiene una degradación con el tiempo, el nivel de degradación es diferente en cada individuo, principalmente en el rango de edad del adulto mayor de 60 a 79 años en un 5% de más de 80 con un 50% de incidencia. La capacidad puede ver afectado por una enfermedad sistemática, que al identificarla se podría tratar y prevenir la disminución agresiva de capacidades funcionales con una intervención oportuna (22).

Es muy común cometer el error y confundir que la capacidad funcional puede estar afectada por los múltiples cambios propios de la edad avanzada o por los estados mórbidos, sin embargo, Rodríguez y Alfonso refieren que el declive de la capacidad funcional principalmente viene por las diversas enfermedades que podrían presentar los adultos mayores (23). El envejecimiento no supone necesariamente que la persona está enferma, mucho menos discapacitada, pero una buena capacidad funcional si supone un envejecimiento saludable. La capacidad funcional dependerá también del estilo de vida que lleve la persona (24).

El envejecimiento trae consigo diferentes patologías crónicas y estas pueden manifestarse potencialmente incapacitantes reduciendo la esperanza de vida de la persona y aumentando la discapacidad y morbilidad (25). La discapacidad y los cambios durante el envejecimiento intervienen negativamente en la capacidad funcional de las personas, hacen que esta no logre desarrollar una vida normal y requiere el apoyo de otras personas y de los servicios de salud con una mejor implementación en programas de orientación, atención médica y rehabilitación (26).

### **2.2.2. Calidad de vida**

Según la OMS, el término calidad de vida se refiere a cuál es la expectativa que una persona tiene de sí mismo con respecto a su existencia, a sus valores, a sus objetivos planteados de la vida, su cultura, normas dentro de la sociedad donde se desarrolla, todo en relación con su propia salud, su estado psicológico, su grado de dependencia, socialización y participación en el entorno (27).

El término Calidad de Vida está siendo cada vez más utilizado en el campo de la salud, sin embargo, no deja de ser mal utilizada (28). Cuando se habla de "Calidad de Vida", no se debe considerar únicamente el dolor físico y la limitación que este puede causar. Es fundamental tener en cuenta también los aspectos psicológicos, espirituales y sociales que acompañan a esta situación. La calidad de vida abarca el bienestar emocional, la satisfacción espiritual y las relaciones sociales, elementos que son igualmente importantes en la experiencia general de la persona (29).

La calidad de vida mide aspectos multifactoriales que comprometen a la persona como es el bienestar físico y emocional, la independencia, los aspectos sociales y medioambientales. La edad avanzada y el bajo nivel educativo puede aumentar el impacto del dolor y este afectar directamente la calidad de vida (30). La definición de calidad de vida relacionada con la salud se define como la persona percibe el impacto que le produce su patología y su tratamiento. Sin embargo, la calidad de vida relacionada a la salud viene a ser un subconjunto de la calidad de vida que representa emociones, actitudes o la capacidad de sentir satisfacción en un área de la vida y estos han sido modificados por déficits relacionadas a la salud (31).

Se reduce a las expectativas que tiene el individuo con respecto a su salud, viéndola en cuatro aspectos: salud física, psicológica, social y ambiental, siendo este un tema muy controversial que nos involucra a todos (32). La calidad de vida en el adulto mayor es el resultado de los múltiples factores que intervienen en la existencia humana y que contribuyen de variadas

formas para conseguir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento. Proceso complejo en donde el individuo debe adecuarse a su mundo biológico y psicosocial con constantes cambios, que ataca su salud física y mental, con sentimientos de miedo, abandono, dependencia, invalidez y hasta pensar en la cercanía de la muerte (33).

La buena calidad de vida del adulto mayor es percibida como un bienestar subjetivo y psicológico, en donde la persona siente que es útil para la sociedad, y conforma un papel importante dentro de una familia, con deberes y derechos como cualquier otro integrante más de la familia. La familia tiene la obligación de cuidar y proteger con dignidad al adulto mayor, apoyarlo para lograr su bienestar y lograr dentro de toda una vida con calidad (33).

La calidad de vida en los adultos mayores y personas discapacitadas está relacionada a varios factores algunos de ellos como: a tener mayor edad, género, convivir en familia, medicación, si realiza actividad física, aspectos económicos, interrelación social y capacidad funcional (). Sin embargo, la buena calidad de vida es una realidad independientemente de la existencia de una enfermedad (34).

## **2.3. Formulación de hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

**Hi:** Existe relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

**Ho:** No existe relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

### **2.3.2. Hipótesis específicas:**

**Hi1:** Existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud física de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

**Ho1:** No existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud física de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

**Hi2:** Existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

**Ho2:** No existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

**Hi3:** Existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

**Ho3:** No existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

**Hi4:** Existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

**Ho4:** No existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de la investigación**

El presente estudio será Hipotético - deductivo. El método Hipotético – deductivo es uno de los modelos que precisa en describir el método científico, donde seguirá el proceso inductivo basado en la observación, el proceso deductivo basado en el planteamiento de las diferentes hipótesis y deducciones, retornando al proceso de inducción para la verificación de los resultados en relación a todas las variables de estudio (35).

### **3.2. Enfoque de la investigación**

El presente estudio fue Cuantitativo. El enfoque cuantitativo pretende explicar la realidad desde una perspectiva objetiva y buscar la exactitud en las mediciones de las variables y así poder realizar estimaciones sobre la población en estudio. Este enfoque presenta validez en sus mediciones, confiabilidad para la exactitud y precisión de sus procedimientos y factibilidad porque los factores determinantes en la realización de este estudio serán interpretables (36).

### **3.3. Tipo y nivel de investigación**

El presente estudio fue de tipo Aplicada. Este proyecto fue de tipo aplicada para generar un conocimiento práctico en las ciencias de la salud (37). El presente estudio fue de nivel correlacional, porque busca conocer la relación entre nuestras variables de interés en diferentes momentos del tiempo (37).

### **3.4. Diseño de la investigación**

El presente estudio fue No experimental. Fue de diseño No experimental porque no se manipularon las variables de estudio y fue de corte transversal la recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento (38).

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1. Población**

La población estuvo conformada por todos los adultos mayores del centro de fisioterapia FISANAR Salamanca, y se toma de referencia a los 107 adultos mayores que fueron atendidos en el periodo anterior.

#### **3.5.2. Muestra**

La muestra de esta investigación estuvo conformada por todos los pacientes conformado en la población de estudio.

#### **3.5.3. Muestreo**

El muestreo se realizó mediante el método no probabilístico y censal, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

#### **Criterios de selección:**

- **Criterios de inclusión:**

- ✓ Pacientes del centro de fisioterapia FISANAR Salamanca.
- ✓ Pacientes de ambos sexos.
- ✓ Pacientes adultos mayores.
- ✓ Pacientes mayores de 60 años.
- ✓ Pacientes orientados en tiempo y espacio.
- ✓ Pacientes que deseen participar y firmen el consentimiento informado

- **Criterios de exclusión:**

- ✓ Pacientes que tuvieran antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias graves.

- ✓ Pacientes con alguna alteración psicológica.
- ✓ Pacientes con alguna enfermedad neurodegenerativa.
- ✓ Pacientes con medicación que altere su percepción.
- ✓ Pacientes que no cuenten con el consentimiento de sus familiares.

### 3.6. Variables y operacionalización

#### Variable 1: Capacidad funcional

**Definición Operacional:** Evalúa las habilidades que tiene la persona para realizar actividades; 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 (20-35 puntos), Dependencia moderada (40-55 puntos), Dependencia leve o escasa (60-95 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"><li>• Comer</li><li>• Bañarse</li><li>• Arreglo personal</li><li>• Vestuario</li><li>• Control Intestinal</li><li>• Control vesical</li><li>• Transferencia retrete</li><li>• Transferencia cama/silla</li><li>• Deambulaci3n</li><li>• Subir/bajar escaleras</li></ul>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dependencia total (0-20 puntos)</li><li>• Dependencia grave (20-35 puntos)</li><li>• Dependencia moderada (40-55 puntos)</li><li>• Dependencia leve o escasa (60-95 puntos)</li><li>• Independencia (100 puntos)</li></ul>

## Variable 2: Calidad de vida

**Definición Operacional:** Evalúa la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en sus dimensiones Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Medio ambiente; mediante el Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL - BREF) de cinco categorías siguiendo el criterio de calificación de Likert de 1, 2, 3, 4 y 5 que corresponden a Nada, Un poco, Lo normal, Bastante y Totalmente. La clasificación final es Calidad de vida Baja (24-72 puntos), Calidad de vida Moderada (73-94 puntos) y Calidad de vida Alta (95-120 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>
Calidad de vida	Salud física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de la vida diaria</li> <li>• Dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas</li> <li>• Energía y fatiga</li> <li>• Movilidad</li> <li>• Dolor y malestar</li> <li>• Duerme y descansa</li> <li>• Capacidad de trabajo</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida Baja (7-16 puntos)</li> <li>• Calidad de vida Moderada (17-26 puntos)</li> <li>• Calidad de vida Alta (27-35 puntos)</li> </ul>
	Salud psicológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imagen y apariencia corporal</li> <li>• Sentimientos negativos</li> <li>• Sentimientos positivos</li> <li>• Autoestima</li> <li>• Espiritualidad/Religión/Creencias personales</li> <li>• Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida Baja (6-16 puntos)</li> <li>• Calidad de vida Moderada (17-25 puntos)</li> <li>• Calidad de vida Alta (26-30 puntos)</li> </ul>
	Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones personales</li> <li>• Apoyo social</li> <li>• Actividad sexual</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida Baja (3-7 puntos)</li> <li>• Calidad de vida Moderada (8-12 puntos)</li> <li>• Calidad de vida Alta (13-15 puntos)</li> </ul>

Medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos financieros</li> <li>• Libertad, seguridad física y protección</li> <li>• Asistencia sanitaria y social</li> <li>• Ambiente en el hogar</li> <li>• Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades.</li> <li>• Participación y oportunidades para actividades de recreación/esparcimiento</li> <li>• Eventos en el entorno físico</li> <li>• Transporte</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida Baja (8-18 puntos)</li> <li>• Calidad de vida Moderada (19-29 puntos)</li> <li>• Calidad de vida Alta (30-40 puntos)</li> </ul>
----------------	--	--	--

**Variable control: Características sociodemográficas**

**Definición Operacional:** Describen diversos aspectos de un individuo que detallan su posición dentro de la sociedad y su pertenencia dentro de la estructura demográfica, como la edad, sexo, estado civil y ocupación.

**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"><li>• 60 – 69 años</li><li>• 70 – 79 años</li><li>• 80 años a más</li></ul>
	Sexo	Conjunto de caracterizas de los individuos de una especie.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Masculino</li><li>• Femenino</li></ul>
	Estado civil	Situación determinada por la relación familiar, del matrimonio o parentesco	Nominal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soltero</li><li>• Casado</li><li>• Conviviente</li><li>• Divorciado</li><li>• Separado</li></ul>
	Ocupación	Trabajo actual que ejerce el adulto mayor como medio de sustento económico	Nominal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabajador dependiente</li><li>• Trabajador independiente</li><li>• Dedicado a las tareas del hogar</li><li>• Desempleado</li><li>• Jubilado</li></ul>

### 3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos

#### 3.7.1. Técnica

La investigación emplea el método de encuesta, esto implica la recolección de datos a través de preguntas dirigidas a la muestra en estudio.

#### 3.7.2. Instrumentos de recolección de datos

##### Índice de Barthel

El Índice de Barthel, la cual mide la capacidad funcional básica, fue publicado en 1965 por Mahoney FI, Barthel DW (39). Dicho instrumento consiste en evaluar el nivel de dependencia de una persona, mediante la realización de 10 actividades como alimentarse, trasladarse de la cama a un mueble, cuidado personal, ir al baño, ducharse, traslado, subir y bajar escaleras, vestirse y controlar esfínteres (40).

Tiene una puntuación de 0 a 100, en donde los puntajes de 0 a 20 significa dependencia total, de 20 a 40 dependencia grave, de 45 a 55 dependencia moderada, de 60 a 95 dependencia leve y 100 completamente independiente (41).

#### FICHA TÉCNICA

<b>Nombre:</b>	Índice de Barthel
<b>Autores:</b>	Duarte Ayala RE y Velasco Rojano ÁE
<b>Población:</b>	En 476 adultos mayores
<b>Tiempo:</b>	No menciona
<b>Momento:</b>	No menciona
<b>Lugar:</b>	En espacios de libre, como parques y plazas.
<b>Validez:</b>	Por validez factorial
<b>Confiabilidad:</b>	Se encontró una estructura con diez reactivos, adecuada confiabilidad en los coeficientes de consistencia interna pura Alpha Ordinal [Alpha=0.98, CI95% (0.96-0.98)] y Omega ordinal [Omega=0.99 CI95% (0.96-0.99)], y correcto ajuste [ $\chi^2(35) = 49.28$ , $p=0.06$ , CFI=0.99, RMSEA=0.03 (IC95% 0,0.06)] (42).

<b>Tiempo de llenado:</b>	Entre 5 a 10 minutos
<b>Número de ítems:</b>	10 ítems
<b>Dimensiones:</b>	No presenta dimensiones
<b>Alternativas de respuesta:</b>	0, 5, 10 y 15
<b>Baremos (niveles, grados) de la variable:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia total (0-20 puntos)</li> <li>• Dependencia grave (20-35 puntos)</li> <li>• Dependencia moderada (40-55 puntos)</li> <li>• Dependencia leve o escasa (60-95 puntos)</li> <li>• Independencia (100 puntos)</li> </ul>

### **Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL – BREF)**

El instrumento fue elaborado por la OMS para ser utilizado para la población en general. El WHOQOL-BREF es un cuestionario auto informado que contiene 26 ítems, y cada ítem representa una faceta. Las facetas se definen como aquellos aspectos de la vida que se considera que han contribuido a la calidad de vida de una persona. El cuestionario está dividido en 2 de los 26 ítems: 2 preguntas generales sobre la calidad de vida y la satisfacción de la salud, y 24 preguntas subdivididas en cuatro áreas: Salud física (7 enunciados), Salud psicológica (6 enunciados), Relaciones sociales (3 enunciados) y Medio ambiente (8 enunciados) (43).

Para los resultados manifiesta que a mayor puntuación mejor es su CV o viceversa. Las escalas de respuesta serán de 5 opciones, imitando el modelo de Likert: Muy mala, regular, normal, bastante buena y muy buena. Teniendo como puntuación 1,2,3,4,5 puntos respectivamente, cabe resaltar que cada dominio es evaluado independientemente. Por último, la suma general por todos los dominios, nos indicaran una puntuación, clasificándolo como: Calidad de vida Baja (24-72 puntos), Calidad de vida Moderada (73-94 puntos) y Calidad de vida Alta (95-120 puntos) (44).

## FICHA TÉCNICA

<b>Nombre:</b>	Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF
<b>Autores:</b>	Mendoza Gonzáles, Nancy Marlene y Roncal Cuadrado, Katherine
<b>Población:</b>	En 30 personas adultos mayores
<b>Tiempo:</b>	No menciona
<b>Momento:</b>	No menciona
<b>Lugar:</b>	En el Centro de Salud Callao
<b>Validez:</b>	Fue validado por 6 jueces expertos, la cual arrojo un 84%, lo que indicaba la validez de este (45).
<b>Confiabilidad:</b>	Tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.752 de fiabilidad (45).
<b>Tiempo de llenado:</b>	Entre 10 y 15 min
<b>Número de ítems:</b>	26 ítems
<b>Dimensiones:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Salud física</li><li>• Salud psicológica</li><li>• Relaciones sociales</li><li>• Medio ambiente</li></ul>
<b>Alternativas de respuesta:</b>	1, 2, 3, 4 y 5
<b>Baremos (niveles, grados) de la variable:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Calidad de vida Baja (24-72 puntos)</li><li>• Calidad de vida Moderada (73-94 puntos)</li><li>• Calidad de vida Alta (95-120 puntos)</li></ul>

### 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:

<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,965	6

### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Capacidad Funcional	11,60	7,937	,751	,988
Calidad de Vida	12,95	8,787	,973	,951
Salud Física	12,95	8,787	,973	,951
Salud Psicológica	12,95	8,787	,973	,951
Relaciones Sociales	12,85	8,976	,857	,962
Medio Ambiente	12,95	8,787	,973	,951

Finalmente, podemos deducir que el instrumento utilizado para obtener información respecto a la relación entre capacidad funcional y calidad de vida es excelente. (0.965).

### 3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, donde las variables numéricas con distribución normal la expresaremos como media y desviación estándar y aquellas que tienen distribución no normal la expresaremos como mediana y rango intercuartílico. Para las variables categóricas o cualitativas, la expresaremos mediante frecuencias absolutas (valor numérico) y frecuencias relativas (valor porcentual).

Para poder evaluar la relación de las variables, se utilizó la prueba paramétrica coeficiente de Pearson si tienen distribución normal o prueba no paramétrica de Spearman si al menos una de las variables numéricas tiene distribución no normal. Consideraremos como nivel de significancia estadística al valor de  $p < 0.05$ . Todos estos datos se almacenaron en una base de "Microsoft Excel" versión 2021 y posteriormente se importaron en el software "IBM SPSS Statistics" en su versión 28.0.

### 3.9. Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación inicialmente fue revisada y aprobada por el Comité de Ética de la Oficina de Formación, Investigación y Educación de la Universidad Norbert

Wiener, y posteriormente se procedió a la recolección de la información de los participantes. Además, se ceñirá a las normas internacionales y nacionales sobre investigación en humanos (animales o microorganismos) así como las disposiciones vigentes en bioseguridad. De acuerdo a la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”) protegeré los derechos a la vida, a la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar. Se tomará como base el convenio de Helsinki: tomando el principio de autonomía que permite la participación teniendo en cuenta los riesgos y beneficios, el principio de beneficencia donde los participantes podrán tener el beneficio de las intervenciones que se les realizará y justicia ya que todo lo realizado tienen base científica y no supondrá un daño a las personas. También tener en cuenta que este proyecto de investigación cumple con los estándares de originalidad habiendo pasado por el programa Turnitin que es eficaz para evitar el plagio.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Resultados

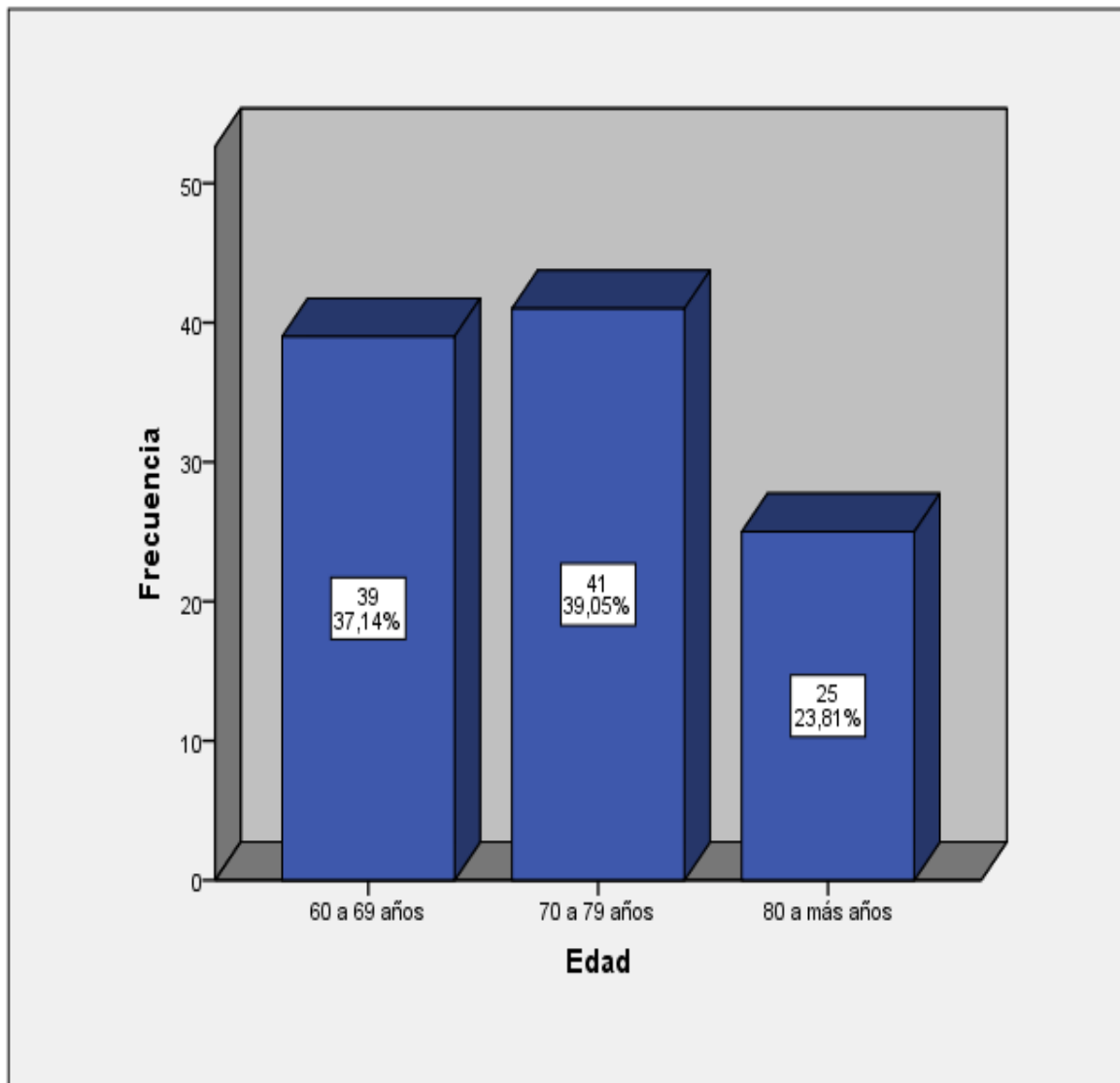
En este estudio participaron un total de 105 adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024; de ambos géneros, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

#### 4.1.1 Características sociodemográficas de la muestra

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

<b>EDAD</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
60 a 69 años	39	37,1%	37,1%
70 a 79 años	41	39%	76,2%
80 a más años	25	23,8%	100%
Total	105	100%	

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

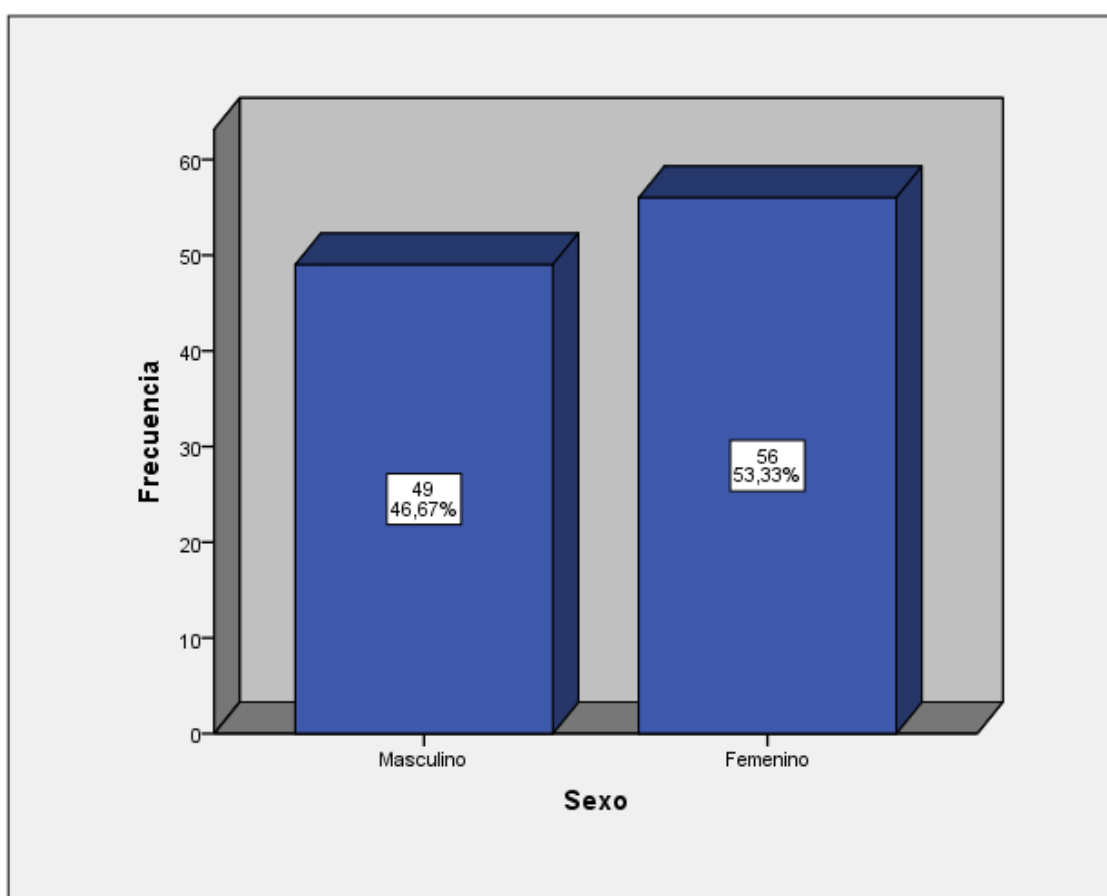


La Tabla n.º1 y la Figura n.º1 muestran la distribución por grupo etario. El grupo de estudio está conformado por adultos mayores de 60 años a más. El grupo mayoritario está conformado por adultos mayores entre 70 y 79 años, representando el 39.05% del total. El 37.14% está conformado por adultos mayores entre 60 y 69 años. El 23.81% de los pacientes tiene 80 o más años.

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

<b>SEXO</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	49	46,7%	46,7%
Femenino	56	53,3%	100%
Total	105	100%	

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

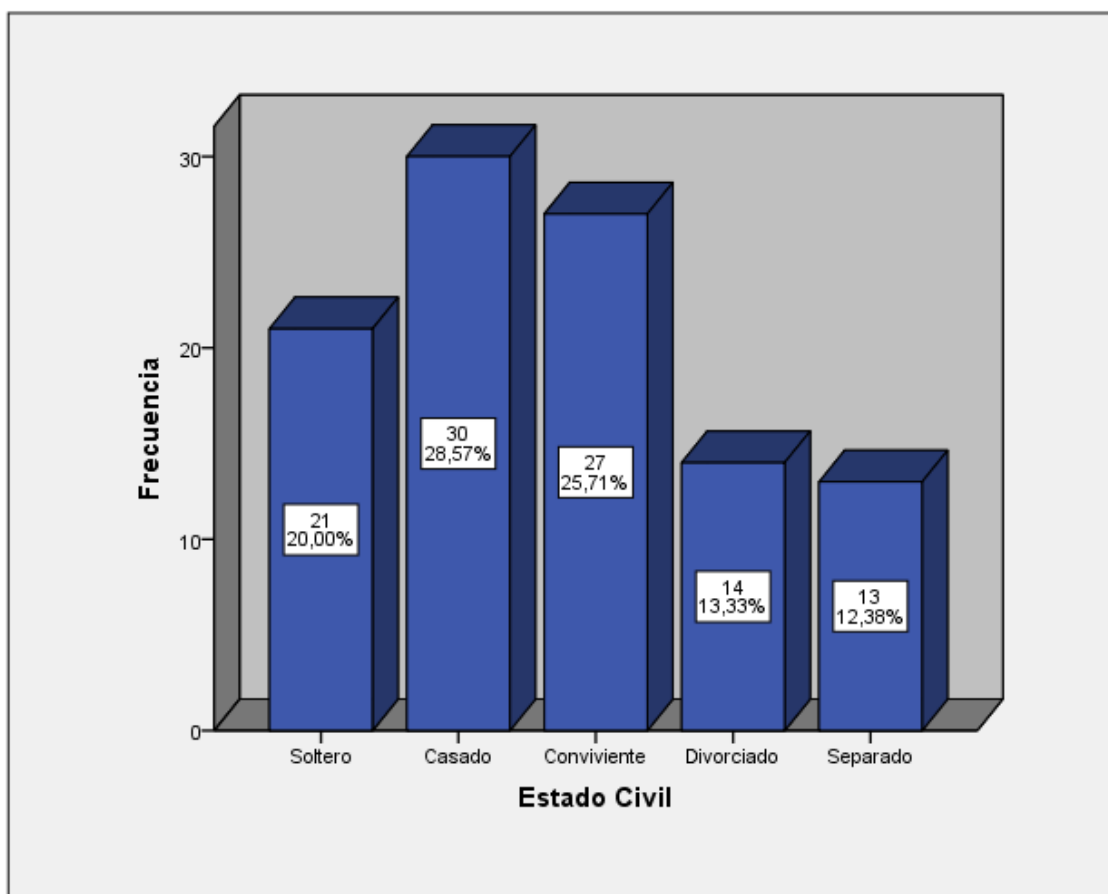


La Tabla n.º2 y la Figura n.º2 presentan la distribución por sexo de la muestra. La muestra está representada por una ligera mayoría el género femenino, con un 53.33%, mientras que el 46.67% está conformado por personas del género masculino.

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

<b>ESTADO CIVIL</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero	21	20%	20%
Casado	30	28,6%	48,6%
Conviviente	27	25,7%	74,3%
Divorciado	14	13,3%	87,6%
Separado	13	12,4%	100%
Total	105	100%	

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

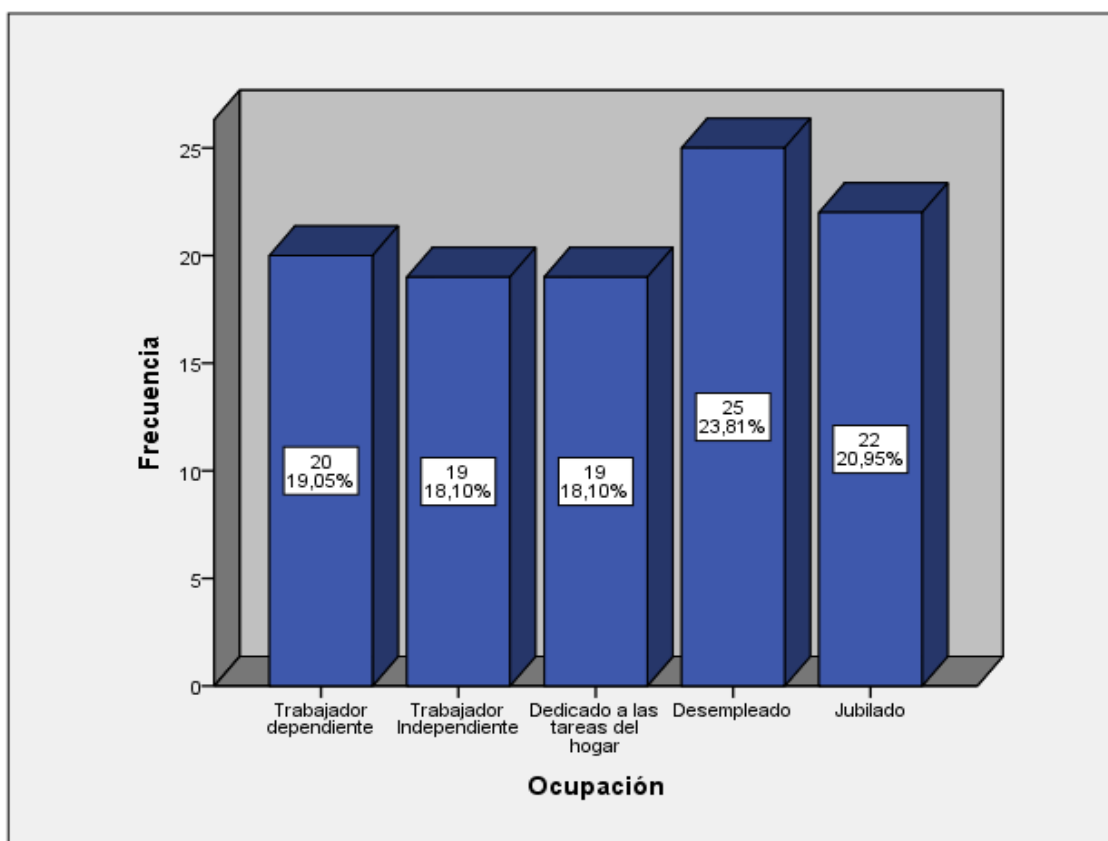


La Tabla n.º3 y la Figura n.º3 presentan la distribución por estado civil de la muestra. El 28.57% de los pacientes se encuentra casado. El 25.71% se encuentra en situación de convivencia. El 20% de los pacientes son solteros. El 13.33% son divorciados. El 12.38% se encuentran separados.

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

<b>OCUPACIÓN</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trabajador dependiente	20	19%	19%
Trabajador Independiente	19	18,1%	37,1%
Dedicado a las tareas del hogar	19	18,1%	55,2%
Desempleado	25	23,8%	79%
Jubilado	22	21%	100%
Total	105	100%	

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



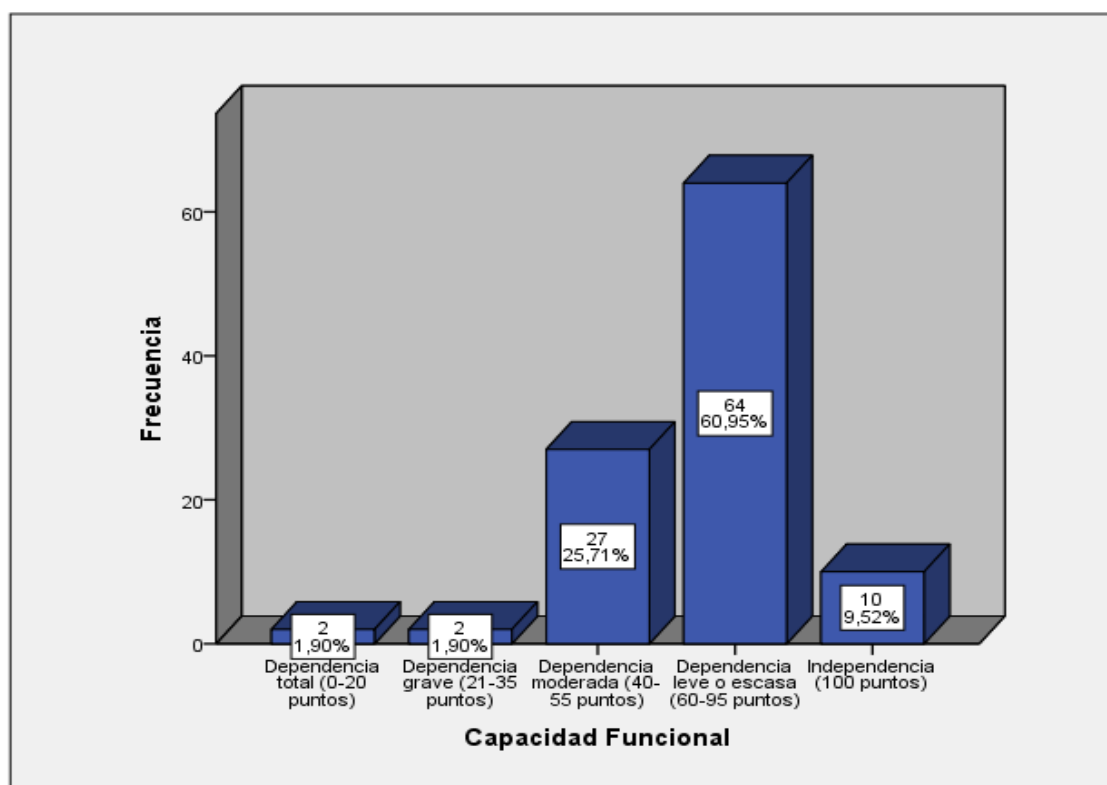
La Tabla n.º4 y la Figura n.º4 presentan la distribución según la ocupación de la muestra. Se aprecia una variabilidad similar en las distintas ocupaciones. El 23.81% se encuentra desempleado. El 20.95% de los pacientes son jubilados. El 19.05% son trabajadores dependientes. El 18.10% son trabajadores independientes, al igual que los dedicados a tareas del hogar con un 18.10%.

#### 4.1.2 Características clínicas de la muestra

**Tabla n.º5:** Distribución del nivel de capacidad funcional.

<b>CAPACIDAD FUNCIONAL</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependencia total (0-20 puntos)	2	1,9%	1,9%
Dependencia grave (21-35 puntos)	2	1,9%	3,8%
Dependencia moderada (40-55 puntos)	27	25,7%	29,5%
Dependencia leve o escasa (60-95 puntos)	64	61%	90,5%
Independencia (100 puntos)	10	9,5%	100%
Total	105	100%	

**Figura n.º5:** Distribución del nivel de capacidad funcional.

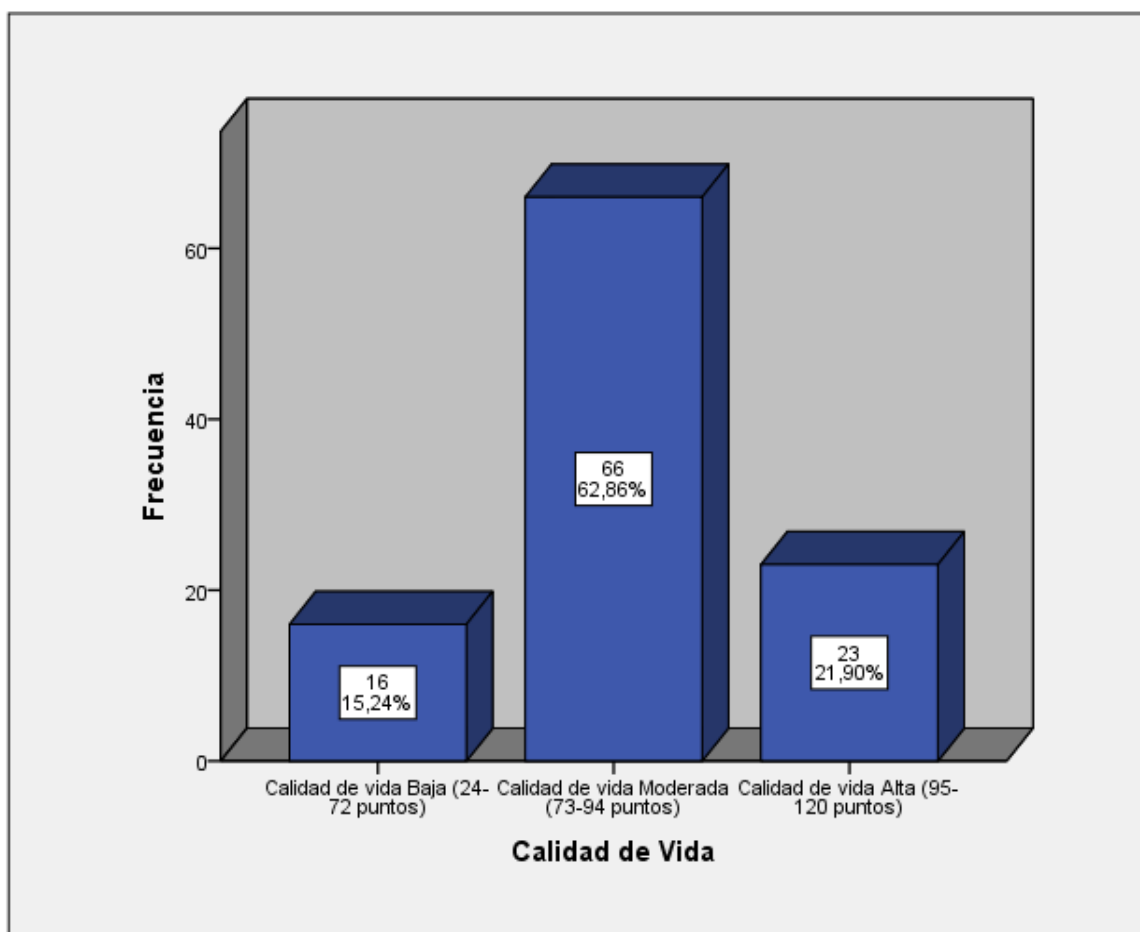


La Figura n.º5 y Tabla n.º5 muestran la distribución del nivel de capacidad funcional. Se aprecia que el 60.95% posee dependencia leve o escasa. El 25.71% de los pacientes poseen dependencia moderada. El 9.52% son independientes. El 1.90% poseen dependencia total. El 1.90% poseen dependencia grave.

**Tabla n.º6:** Distribución del nivel de calidad de vida.

<b>CALIDAD DE VIDA</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Calidad de vida Baja (24-72 puntos)	16	15,2%	15,2%
Calidad de vida Moderada (73-94 puntos)	66	62,9%	78,1%
Calidad de vida Alta (95-120 puntos)	23	21,9%	100%
Total	105	100%	

**Figura n.º6:** Distribución del nivel de calidad de vida.

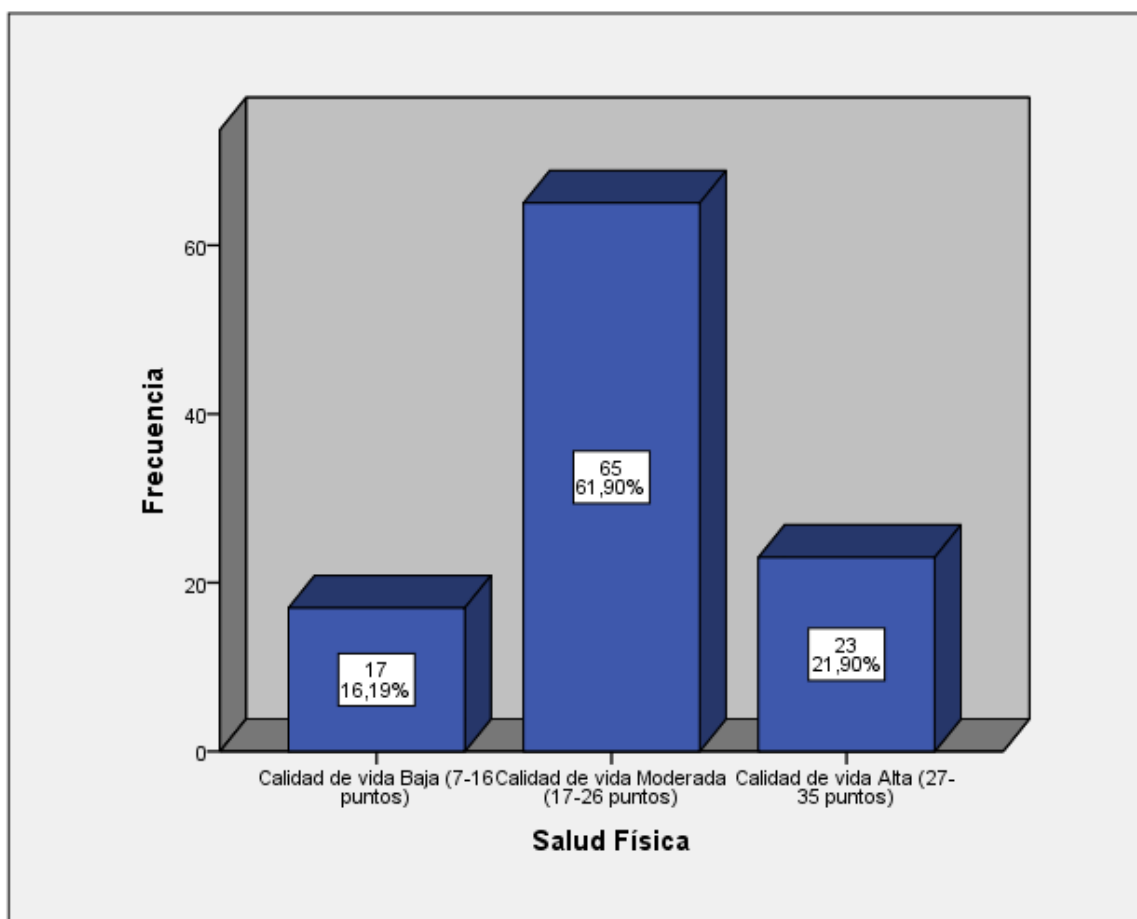


La Figura n.º6 y Tabla n.º6 muestran la distribución del nivel de calidad de vida. Se evidencia una prevalencia de calidad de vida moderada, con un 62.86% del total de la muestra. El 21.90% de los pacientes poseen una calidad de vida alta. El 15.24% posee una baja calidad de vida.

**Tabla n.º7:** Distribución de la dimensión salud física de la calidad de vida.

<b>SALUD FÍSICA</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Calidad de vida Baja (7-16 puntos)	17	16,2%	16,2%
Calidad de vida Moderada (17-26 puntos)	65	61,9%	78,1%
Calidad de vida Alta (27-35 puntos)	23	21,9%	100%
Total	105	100%	

**Figura n.º7:** Distribución de la dimensión salud física de la calidad de vida.

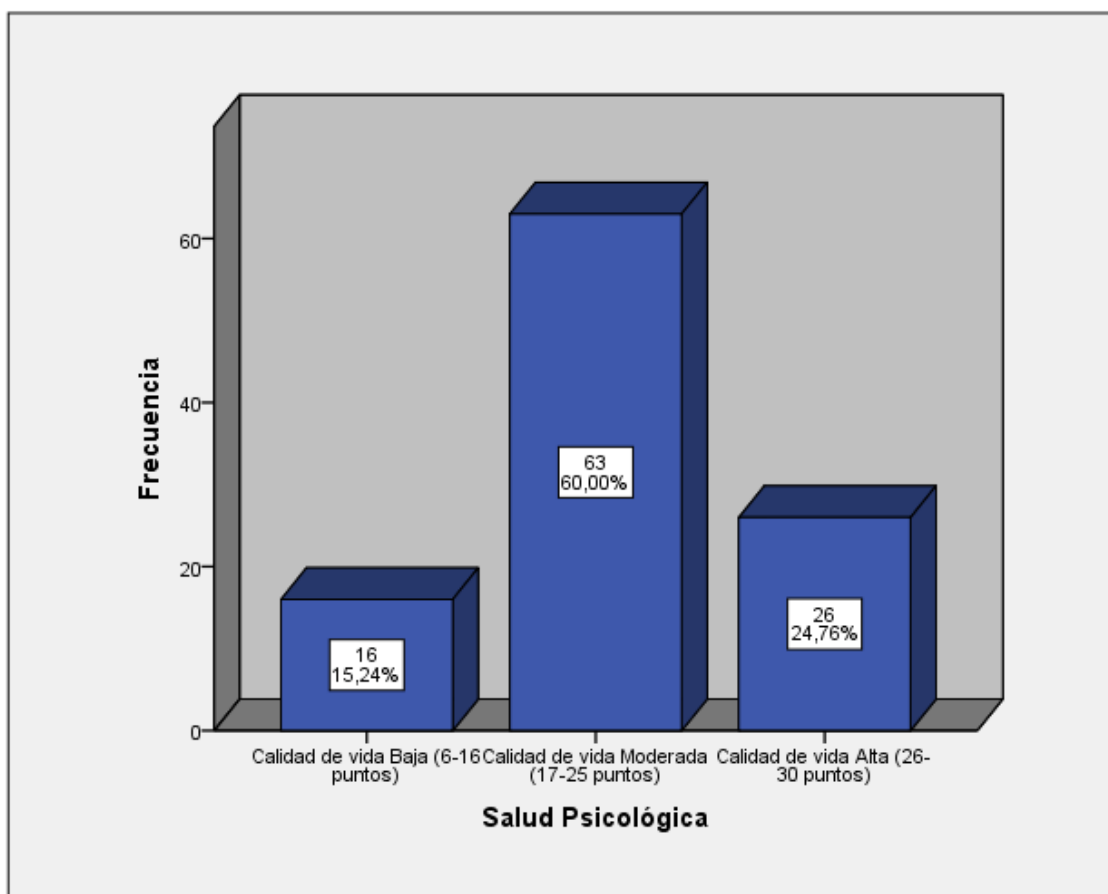


La Figura n.º7 y Tabla n.º7 muestran la distribución de la dimensión salud física. El 61.90% de los pacientes adultos mayores poseen un nivel moderado de calidad de vida en esta dimensión. El 21.90% posee un nivel alto. El 16.19% posee un nivel bajo de la dimensión.

**Tabla n.º8:** Distribución de la dimensión salud psicológica de la calidad de vida.

<b>SALUD PSICOLÓGICA</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Calidad de vida Baja (6-16 puntos)	16	15,2%	15,2%
Calidad de vida Moderada (17-25 puntos)	63	60%	75,2%
Calidad de vida Alta (26-30 puntos)	26	24,8%	100%
Total	105	100%	

**Figura n.º8:** Distribución de la dimensión salud psicológica de la calidad de vida.

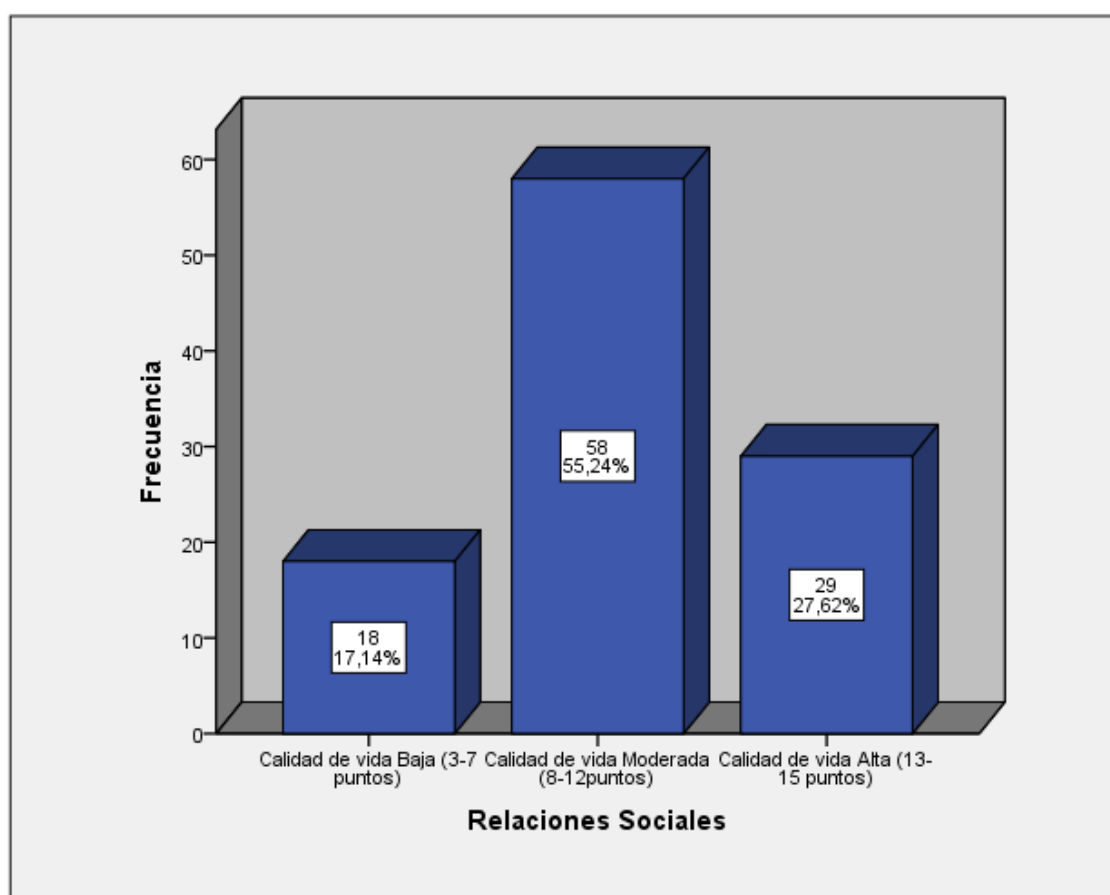


La Figura n.º8 y Tabla n.º8 muestran la distribución de la dimensión salud psicológica. El 60% de los pacientes adultos mayores poseen un nivel moderado de calidad de vida en esta dimensión. El 24.76% de los pacientes posee un nivel alto de calidad de vida. El 15.24% posee un nivel bajo de calidad de vida.

**Tabla n.º9:** Distribución de la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida.

<b>RELACIONES SOCIALES</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Calidad de vida Baja (3-7 puntos)	18	17,1%	17,1%
Calidad de vida Moderada (8-12 puntos)	58	55,2%	72,4%
Calidad de vida Alta (13-15 puntos)	29	27,6%	100%
Total	105	100%	

**Figura n.º9:** Distribución de la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida.

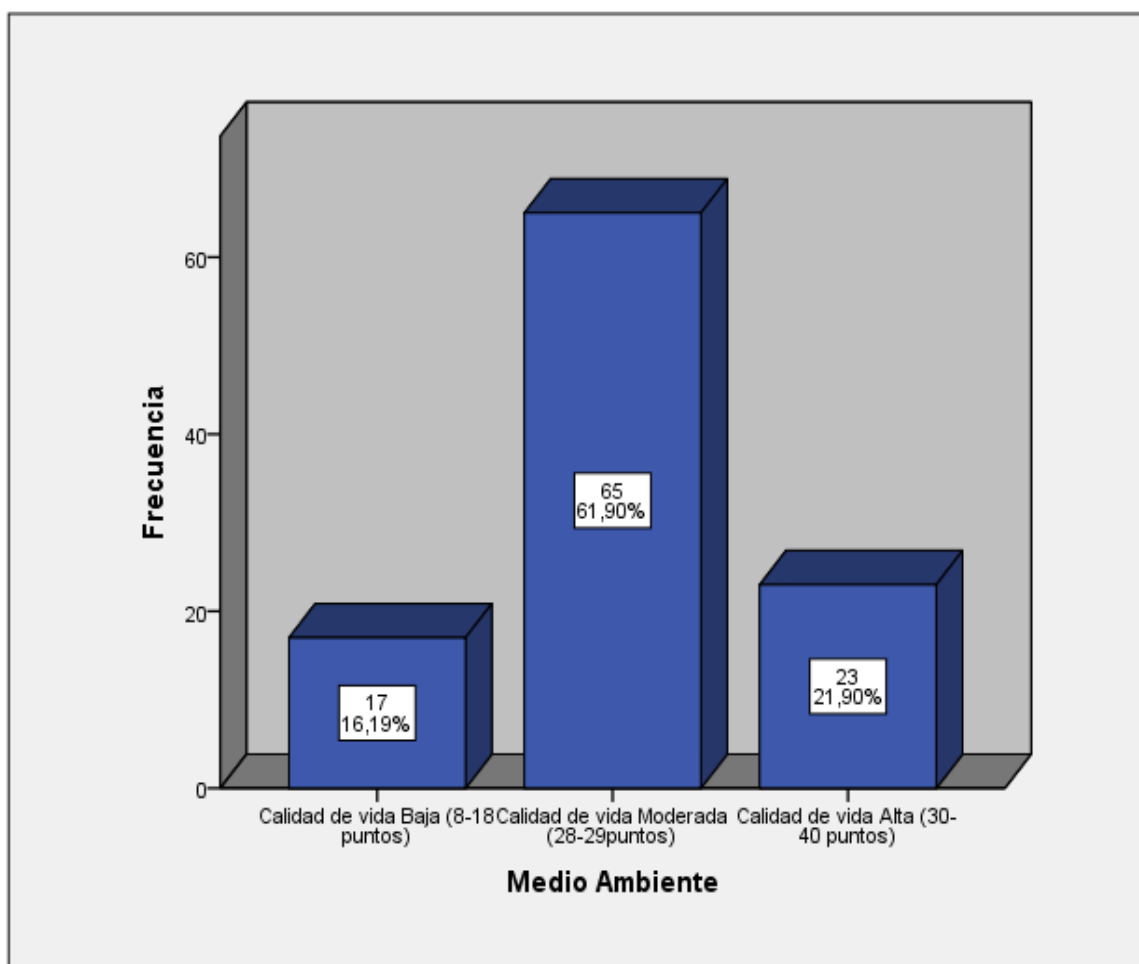


La Figura n.º9 y Tabla n.º9 muestran la distribución de la dimensión relaciones sociales. El 55.24% de los pacientes posee un nivel de calidad de vida moderada en la dimensión. El 27.62% posee un alto nivel de calidad de vida. El 17.14% posee un bajo nivel de calidad de vida.

**Tabla n.º10:** Distribución de la dimensión medio ambiente de la calidad de vida.

<b>MEDIO AMBIENTE</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Calidad de vida Baja (8-18 puntos)	17	16,2%	16,2%
Calidad de vida Moderada (28-29puntos)	65	61,9%	78,1%
Calidad de vida Alta (30-40 puntos)	23	21,9%	100%
Total	105	100%	

**Figura n.º10:** Distribución de la dimensión medio ambiente de la calidad de vida.



La Figura n.º10 y Tabla n.º10 muestran la distribución de la dimensión medio ambiente. El 61.90% de los pacientes posee un nivel de calidad de vida moderada. El 21.90% posee un alto nivel de calidad de vida. El 16.19% posee un bajo nivel de calidad de vida.

### 4.1.3 Prueba de normalidad.

**Tabla n.º11:** Prueba de normalidad de las variables y dimensiones de estudio.

<b>PRUEBAS DE NORMALIDAD</b>			
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Capacidad Funcional	,342	105	,000
Calidad de Vida	,325	105	,000
Salud Física	,318	105	,000
Salud Psicológica	,313	105	,000
Relaciones Sociales	,286	105	,000
Medio Ambiente	,318	105	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

En la Tabla n.º11 se observó que las variables capacidad funcional, calidad de vida; así como las dimensiones salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente de la calidad de vida no tienen distribución normal ( $\text{sig} < 0.05$ ); siendo el valor crítico observado 0 en todos los casos.

Los resultados de normalidad indicaron que la relación se debe trabajar con estadísticos no paramétricos (coeficiente de correlación de Spearman).

### 4.1.4 Prueba de hipótesis

#### 4.1.4.1 Hipótesis General

H1: Existe relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

H0: No existe relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

Nivel de significancia:

$\alpha = 0.05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula  $H_0$

$p < \alpha \rightarrow$  se rechaza la hipótesis nula  $H_0$

Prueba estadística:

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

**Tabla n.º12:** Relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida.

<b>Correlaciones</b>				
			Capacidad Funcional	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Capacidad Funcional	Coefficiente de correlación	1,000	,680**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	105	105
	Calidad de Vida	Coefficiente de correlación	,680**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	105	105

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

Conclusión: En la Tabla n.º12 se observa que la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida es significativa ( $p = 0.000 < 0.05$ ); así mismo, el coeficiente de Spearman es 0.680, lo cual indica que existe una correlación positiva moderada. **Al 95% de confianza podemos concluir que la variable capacidad funcional y la variable calidad de vida se relacionan entre sí de manera positiva y moderada** para los adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

#### 4.1.4.2 Hipótesis Específica 1

H1: Existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud física de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

H0: No existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud física de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

Nivel de significancia:

$\alpha = 0.05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H0

$p < \alpha \rightarrow$  se rechaza la hipótesis nula H0

Prueba estadística:

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

**Tabla n.º13:** Relación entre capacidad funcional y la dimensión salud física de la calidad de vida.

<b>CORRELACIONES</b>				
			Capacidad Funcional	Salud Física
Rho de Spearman	Capacidad Funcional	Coefficiente de correlación	1,000	,691**
		Sig. (bilateral)	.	,000
	Salud Física	N	105	105
		Coefficiente de correlación	,691**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	105	105

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

Conclusión: En la Tabla n.º13 se observa que la relación entre la variable capacidad funcional y la dimensión salud física de la calidad de vida es significativa ( $p = 0.000 < 0.05$ ); así mismo, el coeficiente de Spearman es 0.691, lo cual indica que existe una correlación positiva moderada. **Al 95% de confianza podemos concluir que la variable capacidad funcional y la dimensión salud física de la calidad de vida se relacionan entre sí de manera positiva y moderada** para los adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

#### 4.1.4.3 Hipótesis Específica 2

H1: Existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

H0: No existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

Nivel de significancia:

$\alpha = 0.05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H0

$p < \alpha \rightarrow$  se rechaza la hipótesis nula H0

Prueba estadística:

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

**Tabla n.º14:** Relación entre capacidad funcional y la dimensión salud psicológica de la calidad de vida.

<b>CORRELACIONES</b>				
			Capacidad Funcional	Salud Psicológica
Rho de Spearman	Capacidad Funcional	Coeficiente de correlación	1,000	,676**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	105	105
	Salud Psicológica	Coeficiente de correlación	,676**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	105	105

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

Conclusión: En la Tabla n.º14 se observa que la relación entre la variable capacidad funcional y la dimensión salud psicológica de la calidad de vida es significativa ( $p = 0.000 < 0.05$ ); así mismo, el coeficiente de Spearman es 0.676, lo cual indica que existe una correlación positiva moderada. **Al 95% de confianza podemos concluir que la variable capacidad funcional y la dimensión salud psicológica de la calidad de vida se relacionan entre sí de manera positiva y moderada** para los adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

#### 4.1.4.3 Hipótesis Específica 3

H1: Existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

H0: No existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

Nivel de significancia:

$\alpha = 0.05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula  $H_0$

$p < \alpha \rightarrow$  se rechaza la hipótesis nula  $H_0$

Prueba estadística:

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

**Tabla n.º15:** Relación entre capacidad funcional y la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida.

<b>CORRELACIONES</b>				
			Capacidad Funcional	Relaciones Sociales
Rho de Spearman	Capacidad Funcional	Coeficiente de correlación	1,000	,641**
		Sig. (bilateral)	.	,000
	N		105	105
	Relaciones Sociales	Coeficiente de correlación	,641**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
	N		105	105

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

Conclusión: En la Tabla n.º15 se observa que la relación entre la variable capacidad funcional y la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida es significativa ( $p = 0.000 < 0.05$ ); así mismo, el coeficiente de Spearman es 0.641, lo cual indica que existe una correlación positiva moderada. **Al 95% de confianza podemos concluir que la variable capacidad funcional y la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida se relacionan entre sí de manera positiva y moderada** para los adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

#### 4.1.4.4 Hipótesis Específica 4

H1: Existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

H0: No existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

Nivel de significancia:

$\alpha = 0.05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H0

$p < \alpha \rightarrow$  se rechaza la hipótesis nula H0

Prueba estadística:

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

**Tabla n.º16:** Relación entre capacidad funcional y la dimensión medio ambiente de la calidad de vida.

<b>CORRELACIONES</b>				
			Capacidad Funcional	Medio Ambiente
Rho de Spearman	Capacidad Funcional	Coefficiente de correlación	1,000	,691**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	105	105
	Medio Ambiente	Coefficiente de correlación	,691**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	105	105

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

Conclusión: En la Tabla n.º16 se observa que la relación entre la variable capacidad funcional y la dimensión medio ambiente de la calidad de vida es significativa ( $p = 0.000 < 0.05$ ); así mismo, el coeficiente de Spearman es 0.691, lo cual indica que existe una correlación positiva moderada. **Al 95% de confianza podemos concluir que la variable capacidad funcional y la dimensión medio ambiente de la calidad de vida se relacionan entre sí de manera positiva y moderada** para los adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.

#### 4.2 Discusión de Resultados

- ✓ El objetivo del presente estudio es determinar si existe relación entre la capacidad funcional y calidad de vida en pacientes adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.
- ✓ Los hallazgos obtenidos con relación a edad muestran que la población de estudio estuvo conformada por edades de 60 a más años. El grupo mayoritario es el de 70 a 79 años, con un 39.05% del total. En segundo lugar, se encuentra el grupo con edades entre 60 y 69 años, que representan el 37.14% del total. La distribución por edad se asemeja al estudio realizado por Domínguez (10), en donde se analizó el nivel de capacidad funcional en adultos mayores con edades entre 65 y 75 años. También se encuentra similitudes en los trabajos de Román (11), Celeiro y Galizzi (12), Moran (15), Soto (17) y Chuco (18), donde se estudió la calidad de vida de adultos mayores.
- ✓ Respecto a la distribución por sexo, en nuestro estudio se aprecia que el 53.3% de los pacientes son del género femenino. Esta distribución se asemeja a la encontrada en el trabajo de Domínguez (10), donde el 55.3% eran mujeres. También se encuentra una mayoría femenina en los hallazgos presentados por Soto (17), donde el 60% de la población estudiada eran mujeres.

- ✓ Respecto al estado civil de la muestra, existe una mayoría de pacientes casados, representando el 28.57% del total. Concordamos con el trabajo de Domínguez (10), en donde también la mayoría de los adultos mayores son casados.
- ✓ Respecto a la ocupación, el 23.81% se encuentra desempleado. El 20.95% se encuentra jubilado. El 19.05% es trabajador dependiente. El 18.10% es trabajador independiente.
- ✓ En cuanto a la distribución del nivel de capacidad funcional, el 60.95% posee una dependencia leve o escasa. Concordamos con el trabajo de Domínguez (10), en donde también la mayoría posee una incapacidad ligera para actividades de la vida diaria (95.36%). Discrepamos del trabajo de Malca (13), en donde el 62.2% presentó una dependencia moderada.
- ✓ Respecto a la distribución del nivel de calidad de vida, la gran mayoría posee una calidad de vida moderada, representado por el 62.86% del total de la muestra. Distamos del trabajo de Moran (15), en donde la prevalencia de mala calidad de vida es de 63.33%, mientras que el 36.67% percibe una calidad de vida regular. Concordamos con los hallazgos de Soto (17), en donde el 78% percibe una calidad de vida regular, el 20% una buena calidad de vida y el 2% una mala calidad de vida. También concordamos con el trabajo de Chuco (18), en donde el 61.97% de los pacientes adultos estudiados poseía una calidad de vida moderada.
- ✓ Respecto a la dimensión salud física, el 61.90% posee un nivel moderado de calidad de vida. Coincidimos con el trabajo de Soto (17), en donde el 78% evidenció una salud física regular. Discrepamos del trabajo de Moran (15), en donde el 58.82% evidencia un nivel malo de esta dimensión
- ✓ Respecto a la dimensión salud psicológica, el 60% posee un nivel moderado de calidad de vida. Coincidimos con el trabajo de Soto (17), en donde la mayoría

presentó un nivel regular o bueno. También concordamos con el trabajo de Moran (15), en donde el 63.22% presentó un nivel regular.

- ✓ Respecto a la dimensión relaciones sociales, el 55.24% de los adultos mayores posee un nivel moderado en esta dimensión. Coincidimos con el hallazgo de Moran (15), en donde el 66.67% de los adultos mayores presentó una calidad de vida regular en la dimensión social. También concordamos con el trabajo de Soto (17), en donde el 80% de los adultos mayores evidenció una calidad de vida regular en la dimensión social.
- ✓ Respecto a la dimensión medio ambiente, nuestro estudio evidencia una mayoría con calidad de vida moderada (61.90%). Esta distribución concuerda con los hallazgos de Moran (15), en donde el 63.33% de los pacientes presenta un nivel de calidad de vida regular.
- ✓ En cuanto a la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida, nuestro estudio logra evidenciar una relación positiva y moderada. Asimismo, también se logró encontrar una relación entre la capacidad funcional y las dimensiones salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente de la calidad de vida.
- ✓ Se concluye que existe una relación positiva moderada entre las variables capacidad funcional y calidad de vida, así como la relación entre la capacidad funcional y las dimensiones de la calidad de vida.

## **CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

- Según la edad de los pacientes el grupo mayoritario está conformado por adultos mayores entre 70 y 79 años, según el sexo la muestra está representada por una ligera mayoría el género femenino, el mayor porcentaje de los pacientes son casados, el mayor porcentaje lo conforman los pacientes desempleados.
- Según las características clínicas la mayoría de los pacientes presentan dependencia leve o escasa y se evidencia una prevalencia de calidad de vida moderada.
- Según la dimensión salud física de los pacientes adultos mayores poseen un nivel moderado de calidad de vida.
- Según la dimensión salud psicológica de los pacientes adultos mayores poseen un nivel moderado de calidad de vida.
- Según la dimensión relaciones sociales de los pacientes posee un nivel de calidad de vida moderada.
- Según la dimensión medio ambiente de los pacientes posee un nivel de calidad de vida moderada.
- La variable capacidad funcional y la variable calidad de vida se relacionan entre sí de manera positiva y moderada.
- La variable capacidad funcional y la dimensión salud física de la calidad de vida se relacionan entre sí de manera positiva y moderada.

- La variable capacidad funcional y la dimensión salud psicológica de la calidad de vida se relacionan entre sí de manera positiva y moderada.
- La variable capacidad funcional y la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida se relacionan entre sí de manera positiva y moderada.
- La variable capacidad funcional y la dimensión medio ambiente de la calidad de vida se relacionan entre sí de manera positiva y moderada.

## **5.2 Recomendaciones**

- Generar un programa especializado dentro del centro de fisioterapia para el paciente adulto mayor y sus capacidades funcionales aplicadas a ejercicios terapéuticos, estiramientos, y acompañamiento multidisciplinario.
- Desarrollar estrategias pautadas, para la realización de ejercicios en el adulto mayor y actividades funcionales, asociadas a su edad y capacidades funcionales, adecuándolas al adulto mayor, basándose en la actividad diaria y estilos de vida de los pacientes.
- Realización de talleres presenciales grupales, fortaleciendo el trabajo grupal y de estímulo para el adulto mayor, generando fortalecer y estabilizar la capacidad funcional y el estado cognitivo de los pacientes adultos mayores.
- Se recomienda implementar y educar en hacer uso de las plataformas digitales para dar charlas informativas a los pacientes adultos mayores y/o familiares a cargo de su cuidado, periódicamente sobre su patología, en acompañamiento como complemento a las pautas que se han brindado para ejecución.
- Realizar un seguimiento del paciente adultos mayores, el autocontrol de los ejercicios y su estado, mediante plataformas de Tele orientación, durante y posterior a su

terapia, beneficiando así el aprendizaje y la autorregulación a las pautas brindadas durante la terapia.

- Implementar programas de ejercicios de flexibilización, propiocepción para mejorar la sintomatología presentada, de manera dinámica con los pacientes adultos mayores, cuidando su capacidad funcional.
- Ejercicios lúdicos y /o recreativos adecuados para el paciente adultos mayores, generando una actividad adecuada para el paciente, en que el paciente no piense en el movimiento que realiza sino en la actividad que realiza, con una mejor descarga de peso y movimientos libre en la actividad designada.
- Mejorar el aprendizaje y la conceptualización de la terapia física, como medio de mejora en su calidad de vida en el adulto mayor, para beneficio no solo del paciente, sino también a los familiares quienes acompañan en el proceso de rehabilitación.
- Generar una mejora globalizada, estimulando al paciente a los autocuidados, ejercicios controlados, y las recomendaciones pautadas por un especialista.

## VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Healthy ageing and functional ability [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
2. Envejecimiento y salud [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo DC. Funcionalidade e fatores associados em idosos de San Juan de Pasto, na Colômbia. Rev Cienc Salud [Internet]. 2018; 16(1):114–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
4. Thomas E, Battaglia G, Patti A, Brusa J, Leonardi V, Palma A, et al. Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: A systematic review. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2019;98(27):e16218. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000016218>
5. Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farías-Antúnez S, Ribeiro CG, Miranda VIA, et al. Falls among older adults in the South of Brazil: prevalence and determinants. Rev Saude Publica [Internet]. 2018; 52:22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000103>

6. Oliveira ECT, Louvison MCP, Teixeira DS da C, Menezes TN de, Rosa TE da C, Duarte YA de O. Difficulties in accessing health services among the elderly in the city of São Paulo-Brazil. PLoS One [Internet]. 2022; 17(5):e0268519. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0268519>
7. Challenges faced by the elderly in India [Internet]. Tribeca Care. 2018. Disponible en: <https://tribecacare.com/blog/elder-care/challenges-faced-by-the-elderly-in-india/>
8. 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/>
9. Hernandez-Huayta J, Chavez-Meneses S, Yhuri Carreazo N. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016; 33(4):680. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2016.v33n4/680-688/>
10. 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>
11. Román Sandoval TD. Autoeficacia, optimismo y calidad de vida en adultos mayores chilenos. Estudio predictivo. Universidad de Palermo; 2019. "F.ARRIETA.C"
12. Celeiro, T., Galizzi, M.P. Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá [en línea]. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica Argentina, 2019. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9721>
13. Malca Ch, Yordi A. Capacidad funcional relacionado con riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo, 2022. Universidad César Vallejo; 2023.

14. 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.
15. Moran U, Sharles J. Calidad de vida del adulto mayor que reside en el Centro Poblado de Cañaverl, Distrito de Casitas, Provincia de Contralmirante Villar, Tumbes, 2021. Universidad Nacional de Tumbes; 2022.
16. 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.
17. Soto A, Lorena. Calidad de vida del adulto mayor en tiempos del COVID-19, 2021. Universidad Continental; 2021.
18. Chuco M, Erika M. Calidad de vida y depresión en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha, Junín. Universidad Autónoma del Perú; 2021.
19. Saliba D, Orlando M, Wenger NS, Hays RD, Rubenstein LZ. Identifying a short functional disability screen for older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2000; 55(12):M750–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11129398/>
20. 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](https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0)
21. Chávez Cerna, MA. Ejercicio físico y su efecto sobre el equilibrio en las actividades funcionales, en pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico San José-Lima 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
22. López Zamora L, Gonzales Saldaña SH. Capacidad funcional y calidad de vida del adulto mayor que asiste al Servicio de Geriátria 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>
23. Rodríguez Daza, KD. Vejez y envejecimiento [Internet]. Universidad del Rosario; 2011. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/86442423.pdf>
24. Rubio E, Comín M, Montón G, Martínez T, Magallón R, García-Campayo J. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. Gerokomos [Internet]. 2013; 24(2):69–73. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2013000200004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000200004)
25. Rebouças M, Coelho-Filho JM, Veras RP, Lima-Costa MF, Ramos LR. Validity of questions about activities of daily living to screen for dependency in older adults. Rev Saude Publica [Internet]. 2017; 51:84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006959>
26. Schalock RL, Verdugo MA. Handbook on quality of life for human service practitioners. Washington D.C., DC, Estados Unidos de América: American Association on Intellectual & Developmental Disabilities; 2002.
27. Meza Paredes JV, Aguilar-Rabito A, Díaz A. Calidad de vida en ancianos de zonas periurbanas de Asunción, Paraguay. Rev Soc cient Parag [Internet]. 2020; 25(1):6–19. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2617-47312020000100006](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2617-47312020000100006)
28. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicol [Internet]. 2012; 30(1):61–71. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082012000100006](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006)
29. WHO Quality of Life Assessment Group. ¿Qué calidad de vida? Foro mundial de la salud 1996; 17(4): 385-387 [Internet]. 1996; Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/55264>

30. Borda MG, Acevedo González JC, David DG, Morros González E, Cano CA. Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016; 51(3):140–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.001>
31. Vargas-Ricardo SR, Melguizo-Herrera E. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2017; 19(4):549-554. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42255042002>
32. Loredo-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enferm Univ* [Internet]. 2016; 13(3):159–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
33. Baracaldo Campo HA, Naranjo García AS, Medina Vargas VA. Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia). *Gerokomos* [Internet]. 2019; 30(4):163–6. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2019000400163](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400163)
34. Guede Rojas F, Chiroso Ríos LJ, Fuentealba Urra S, Vergara Ríos C, Ulloa Díaz D, Campos Jara C, et al. Asociación predictiva entre parámetros de condición física y dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores chilenos insertos en la comunidad. *Rev Med Chil* [Internet]. 2017; 145(1):55–62. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872017000100008](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100008)
35. Abad RC. Introducción a la metodología de la investigación. Machala Ecuador: Universidad Técnica de Machala; 2015.
36. Cauas D. Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación [Internet]. Scalahed.com. Disponible en:

<https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24762w/Definiciondelasvariables,enfoqueytipodeinvestigacion.pdf>

37. Sánchez C HH y Reyes Meza C. Metodología y Diseño en la Investigación Científica. 2º Edición. Perú: Mantaro; 2016.
38. Hernández Escobar AA, Ramos Rodríguez MP, Placencia López BM, Indacochea Ganchozo B, Quimis Gómez AJ, Moreno Ponce LA. Metodología de la investigación científica. Editorial Científica 3Ciencias; 2018.
39. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. Md State Med J. 1965; 14:61–5.
40. 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](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004)
41. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16 Disponible en: <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
42. Duarte Ayala RE, Velasco Rojano ÁE. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. Horiz Sanit [Internet]. 2021; 21(1). Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592022000100113](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592022000100113)
43. THE WHOQOL GROUP. Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med [Internet]. 1998; 28(3):551–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9626712/>
44. Cutipa Núñez LM, Zamora García KJ. Adaptación y traducción del cuestionario WHOQOL - BREF de calidad de vida en adultos de la Sierra Peruana. Universidad César Vallejo; 2020.

45. Mendoza N, Roncal K. Calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, Callao – 2016. Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018.

# **ANEXOS**

**Anexo 1: Matriz de consistencia**

**“CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE FISIOTERAPIA DE LIMA, PERIODO 2024”**

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Formulación de hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024?</p> <p><b>Problemas específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024?</li> <li>• ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud física de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024?</li> <li>• ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida en adultos mayores de</li> </ul>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las características sociodemográficas de los adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.</li> <li>• Determinar la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud física de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.</li> <li>• Determinar la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida en adultos mayores de</li> </ul>	<p><b>Hipótesis general:</b> <b>Hi:</b> Existe relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024. <b>Ho:</b> No existe relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b> <b>Hi1:</b> Existe relación entre la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud física de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024. <b>Ho1:</b> No existe relación entre la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud física de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024. <b>Hi2:</b> Existe relación entre la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024. <b>Ho2:</b> No existe relación entre la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.</p>	<p><b>Variable 1:</b> Capacidad funcional</p> <p><b>Variable 2:</b> Calidad de vida</p> <p><b>Variable control:</b> Características sociodemográficas</p>	<p><b>Método de la investigación:</b> Hipotético - Deductivo</p> <p><b>Enfoque de la investigación:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Tipo y nivel de investigación:</b> Tipo aplicado y de nivel correlacional</p> <p><b>Diseño de la investigación:</b> No experimental, prospectivo y de corte transversal</p> <p><b>Población:</b> Estará conformada por todos los adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, se toma de referencia a 107 adultos mayores del periodo anterior.</p> <p><b>Muestra:</b> Serán todos los pacientes de la población de estudio.</p> <p><b>Muestreo:</b> Será de tipo no probabilístico de tipo censal.</p>

<p>un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024?</li> <li>• ¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024?</li> </ul>	<p>un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.</li> <li>• Determinar la relación entre la capacidad funcional y la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.</li> </ul>	<p><b>Hi3:</b> Existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.</p> <p><b>Ho3:</b> No existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.</p> <p><b>Hi4:</b> Existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.</p> <p><b>Ho4:</b> No existe relación entre la capacidad funcional y la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024.</p>		
---	---	---	--	--

## 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

**Sexo:**

- Masculino
- Femenino

**Estado civil:**

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

**Ocupación**

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

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona.	10
	Para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo.	5
	Necesita ser alimentado por otra persona.	0
Aseo	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.	5
	Necesita alguna ayuda.	0
Control de heces	Ningún episodio de incontinencia.	10
	Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios.	5
	Incontinente.	0
Control de orina	Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo.	10
	Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.	5
	Incontinente.	0

Baño	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.	5
	Necesita alguna ayuda.	0
Vestirse	Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.	10
	Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	5
	Dependiente.	0
Usar el retrete	Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona.	10
	Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	5
	Incapaz de manejarse sin ayuda.	0
Transferencia cama/silla	No precisa ayuda.	15
	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.	10
	Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.	5
	Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.	0
Desplazarse	Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.	15
	Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.	10
	Independiente (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.	5
	Inmóvil.	0
Subir/bajar escaleras	Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.	10
	Necesita ayuda física o verbal. puede llevar cualquier tipo de muleta.	5
	Incapaz de subir y bajar escalones.	0
<b>Total:</b>		

<b>Nivel de capacidad funcional</b>	
Dependencia total (0-20 puntos)	
Dependencia grave (20-35 puntos)	
Dependencia moderada (40-55 puntos)	
Dependencia leve o escasa (60-95 puntos)	
Independencia (100 puntos)	

## CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (WHOQOL – BREF)

**Instrucciones:** Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida *durante las dos últimas semanas*. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	④	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

	<b>Muy mala</b>	<b>Regular</b>	<b>Normal</b>	<b>Bastante buena</b>	<b>Muy buena</b>
1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	<b>Muy insatisfecho/a</b>	<b>Un poco insatisfecho/a</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante satisfecho/a</b>	<b>Muy satisfecho/a</b>
2. ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante</b>	<b>Totalmente</b>
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

	<b>Muy insatisfecho/a</b>	<b>Poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante satisfecho/a</b>	<b>Muy satisfecho/a</b>
16. ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20. ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5

22. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25. ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Siempre</b>
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Resultados:

Nivel de calidad de vida	
Dimensión Salud física	
Dimensión Salud psicológica	
Dimensión Relaciones sociales	
Dimensión Medio ambiente	
Puntaje total	

**Anexo 3: Validez del instrumento**

**“CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE FISIOTERAPIA DE LIMA, PERIODO 2024”**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>Variable: Capacidad funcional</b>							
1	<p>Comer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona.</li> <li>• Para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo.</li> <li>• Necesita ser alimentado por otra persona.</li> </ul>	X		X		X		
2	<p>Aseo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.</li> <li>• Necesita alguna ayuda.</li> </ul>	X		X		X		
3	<p>Control de heces:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún episodio de incontinencia.</li> <li>• Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios.</li> <li>• Incontinente.</li> </ul>	X		X		X		

4	<p>Control de orina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo.</li> <li>• Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.</li> <li>• Incontinente.</li> </ul>	X		X		X	
5	<p>Baño:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.</li> <li>• Necesita alguna ayuda.</li> </ul>	X		X		X	
6	<p>Vestirse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.</li> <li>• Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.</li> <li>• Dependiente.</li> </ul>	X		X		X	
7	<p>Usar el retrete:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona.</li> <li>• Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.</li> <li>• Incapaz de manejarse sin ayuda.</li> </ul>	X		X		X	
8	<p>Transferencia cama/silla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No precisa ayuda.</li> <li>• Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.</li> <li>• Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.</li> <li>• Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.</li> </ul>	X		X		X	

9	<p>Desplazarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.</li> <li>• Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.</li> <li>• Independiente (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.</li> <li>• Inmóvil.</li> </ul>	X		X		X		
10	<p>Subir/bajar escaleras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.</li> <li>• Necesita ayuda física o verbal. puede llevar cualquier tipo de muleta.</li> <li>• Incapaz de subir y bajar escalones.</li> </ul>	X		X		X		

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>Variable: Calidad de vida</b>							
	<b>DIMENSIÓN: Salud física</b>							
1	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	X		X		X		
2	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	X		X		X		
3	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	X		X		X		
4	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	X		X		X		
5	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	X		X		X		
6	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	X		X		X		

7	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	X		X		X	
<b>DIMENSIÓN: Salud psicológica</b>							
8	¿Cuánto disfruta de la vida?	X		X		X	
9	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	X		X		X	
10	¿Cuál es su capacidad de concentración?	X		X		X	
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	X		X		X	
12	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	X		X		X	
13	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	X		X		X	
<b>DIMENSIÓN: Relaciones sociales</b>							
14	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	X		X		X	
15	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	X		X		X	
16	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	X		X		X	
<b>DIMENSIÓN: Medio ambiente</b>							
17	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	X		X		X	
18	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	X		X		X	
19	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	X		X		X	
20	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	X		X		X	
21	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	X		X		X	

22	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	X		X		X	
23	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	X		X		X	
24	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	X		X		X	

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** \_\_\_\_\_

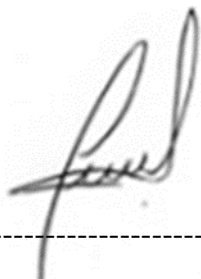
**Opinión de aplicabilidad:**    **Aplicable [X]**                    **Aplicable después de corregir [ ]**                    **No aplicable [ ]**

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

**DNI: 42774279**

**Especialidad del validador: Gestión en salud**

13 de Marzo del 2024



-----  
**Firma del Experto Informante**

**“CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE FISIOTERAPIA DE LIMA, PERIODO 2024”**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>Variable: Capacidad funcional</b>							
1	<p>Comer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona.</li> <li>• Para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo.</li> <li>• Necesita ser alimentado por otra persona.</li> </ul>	X		X		X		
2	<p>Aseo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.</li> <li>• Necesita alguna ayuda.</li> </ul>	X		X		X		
3	<p>Control de heces:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún episodio de incontinencia.</li> <li>• Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios.</li> <li>• Incontinente.</li> </ul>	X		X		X		
4	<p>Control de orina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo.</li> <li>• Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.</li> <li>• Incontinente.</li> </ul>	X		X		X		

5	<p>Baño:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.</li> <li>• Necesita alguna ayuda.</li> </ul>	X		X		X	
6	<p>Vestirse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.</li> <li>• Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.</li> <li>• Dependiente.</li> </ul>	X		X		X	
7	<p>Usar el retrete:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona.</li> <li>• Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.</li> <li>• Incapaz de manejarse sin ayuda.</li> </ul>	X		X		X	
8	<p>Transferencia cama/silla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No precisa ayuda.</li> <li>• Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.</li> <li>• Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.</li> <li>• Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.</li> </ul>	X		X		X	
9	<p>Desplazarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.</li> <li>• Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.</li> <li>• Independiente (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.</li> <li>• Inmóvil.</li> </ul>	X		X		X	

10	Subir/bajar escaleras: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.</li> <li>• Necesita ayuda física o verbal. puede llevar cualquier tipo de muleta.</li> <li>• Incapaz de subir y bajar escalones.</li> </ul>	X		X		X		
----	--	---	--	---	--	---	--	--

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>Variable: Calidad de vida</b>							
	<b>DIMENSIÓN: Salud física</b>							
1	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	X		X		X		
2	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	X		X		X		
3	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	X		X		X		
4	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	X		X		X		
5	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	X		X		X		
6	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	X		X		X		
7	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN: Salud psicológica</b>							
8	¿Cuánto disfruta de la vida?	X		X		X		
9	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	X		X		X		

10	¿Cuál es su capacidad de concentración?	X		X		X	
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	X		X		X	
12	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	X		X		X	
13	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	X		X		X	
<b>DIMENSIÓN: Relaciones sociales</b>							
14	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	X		X		X	
15	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	X		X		X	
16	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	X		X		X	
<b>DIMENSIÓN: Medio ambiente</b>							
17	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	X		X		X	
18	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	X		X		X	
19	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	X		X		X	
20	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	X		X		X	
21	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	X		X		X	
22	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	X		X		X	
23	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	X		X		X	
24	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	X		X		X	

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** \_\_\_\_\_

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

**Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: Milagros Elisa Zarate Chamochumbi**

**DNI: 25777874**

**Especialidad del validador: Docencia universitaria y gestión universitaria**

18 de Marzo del 2024



-----  
**Firma del Experto Informante**

**“CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE FISIOTERAPIA DE LIMA, PERIODO 2024”**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>Variable: Capacidad funcional</b>							
1	<p>Comer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona.</li> <li>• Para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo.</li> <li>• Necesita ser alimentado por otra persona.</li> </ul>	X		X		X		
2	<p>Aseo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.</li> <li>• Necesita alguna ayuda.</li> </ul>	X		X		X		
3	<p>Control de heces:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún episodio de incontinencia.</li> <li>• Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios.</li> <li>• Incontinente.</li> </ul>	X		X		X		
4	<p>Control de orina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo.</li> <li>• Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.</li> <li>• Incontinente.</li> </ul>	X		X		X		

5	<p>Baño:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.</li> <li>• Necesita alguna ayuda.</li> </ul>	X		X		X	
6	<p>Vestirse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.</li> <li>• Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.</li> <li>• Dependiente.</li> </ul>	X		X		X	
7	<p>Usar el retrete:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona.</li> <li>• Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.</li> <li>• Incapaz de manejarse sin ayuda.</li> </ul>	X		X		X	
8	<p>Transferencia cama/silla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No precisa ayuda.</li> <li>• Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.</li> <li>• Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.</li> <li>• Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.</li> </ul>	X		X		X	
9	<p>Desplazarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.</li> <li>• Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.</li> <li>• Independiente (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.</li> <li>• Inmóvil.</li> </ul>	X		X		X	

10	Subir/bajar escaleras: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.</li> <li>• Necesita ayuda física o verbal. puede llevar cualquier tipo de muleta.</li> <li>• Incapaz de subir y bajar escalones.</li> </ul>	X		X		X		
----	--	---	--	---	--	---	--	--

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>Variable: Calidad de vida</b>							
	<b>DIMENSIÓN: Salud física</b>							
1	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	X		X		X		
2	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	X		X		X		
3	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	X		X		X		
4	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	X		X		X		
5	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	X		X		X		
6	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	X		X		X		
7	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN: Salud psicológica</b>							
8	¿Cuánto disfruta de la vida?	X		X		X		
9	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	X		X		X		

10	¿Cuál es su capacidad de concentración?	X		X		X	
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	X		X		X	
12	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	X		X		X	
13	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	X		X		X	
<b>DIMENSIÓN: Relaciones sociales</b>							
14	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	X		X		X	
15	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	X		X		X	
16	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	X		X		X	
<b>DIMENSIÓN: Medio ambiente</b>							
17	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	X		X		X	
18	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	X		X		X	
19	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	X		X		X	
20	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	X		X		X	
21	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	X		X		X	
22	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	X		X		X	
23	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	X		X		X	
24	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	X		X		X	

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo  
**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** \_\_\_\_\_

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

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

**DNI: 08671855**

**Especialidad del validador: Docencia universitaria y gestión universitaria**

20 de Marzo 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 y calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024”  
Investigador : Erika Huallpayunca Quispe  
Institución : Universidad Norbert Wiener

---

Estoy invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Capacidad funcional y calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia 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 la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia de Lima, periodo 2024. Su ejecución ayudará/permitirá a conocer la relación entre las variables de estudio.

**Duración del estudio (meses):** De Mayo a Diciembre del 2024

**Nº esperado de participantes:** 107 adultos mayores.

**Criterios de Inclusión y exclusión:** Los criterios de inclusión serán: Pacientes del centro de fisioterapia FISANAR Salamanca, de ambos sexos, mayores de 60 años, orientados en tiempo y espacio y que deseen participar y firmen el consentimiento informado. Los criterios de exclusión serán: Pacientes que tuvieran antecedentes de enfermedades cardiorrespiratorias graves, con alguna alteración psicológica, con alguna enfermedad neurodegenerativa, con medicación que altere su percepción y que no cuenten con el consentimiento de sus familiares.

**Procedimientos del estudio:** Si Usted decide participar en este estudio se le pedirá resolver 2 cuestionarios de forma voluntaria. El primer está conformado por el Índice de Barthel que evalúa las habilidades que tiene la persona para realizar actividades y el segundo es el Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL - BREF) que evalúa la percepción del individuo sobre su posición en la vida. Completar los cuestionarios puede demorar entre 10 a 25 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 encuesta, no le causaran dificultades en su honor, situación económica, y ocupación laboral. Sí usted siente alguna incomodidad al seguir con la evaluación o por alguna razón específica no desea continuar, usted es libre de no continuar en el estudio en el momento que usted lo considere necesario.

**Beneficios:** Usted no obtendrá algún beneficio por participar en este estudio, tampoco recibirá alguna compensación económica. Así mismo, determinar la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores, ayudará a los profesionales de la salud en establecer pautas y recomendaciones en sus futuras intervenciones de sus pacientes y a mejorar los conocimientos en el campo de la salud. De manera que, con su

participación en esta investigación, al ser desarrollado la encuesta permitirá obtener nueva información para aportar a futuras investigaciones.

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

**Confidencialidad:** Se guardará la información recolectada 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 Erika Huallpayunca Quispe, al número de celular 993745270 o al correo rosadelrio.fisioterapia@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: Erika Huallpayunca Quispe

DNI: 45702268

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, 09 de Junio del 2024**

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

Sr:

**Lic. Angel Daniel González Chavez**

**Director**

**FISANAR SALAMANCA**

Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, Erika Huallpayunca Quispe, alumna de la E.A.P. de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Norbert Wiener, con código n° a2020101031, solicito que me permita recolectar datos en su institución como parte de mi proyecto de tesis para obtener el título de “Licenciado en Terapia física y rehabilitación” cuyo objetivo general es determinar la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de fisioterapia 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 género.

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

Atentamente,

---

Erika Huallpayunca Quispe  
Universidad Norbert Wiener  
E.A.P. de Tecnología Médica

## Anexo 6: Carta de aceptación para la recolección de datos



### AUTORIZACION PARA LA RECOLECCION DE DATOS

FISANAR SALAMANCA de atención en fisioterapia y rehabilitación con RUC N° 10450326785

#### CERTIFICA:

Que BACH. HUALLPAYUNCA QUISPE, ERIKA identificada con DNI: N° 45702268 se le da autorización para la ejecución de recolección de datos en esta empresa FISANAR SALAMANCA domiciliado en pasaje las collas 119 urbanización Salamanca – Ate, en septiembre del 2023 hasta octubre del 2024.

La presente constancia de recolección de datos se expide a pedido de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

Lima 12 de Julio del 2024



.....  
LIC. DANIEL GONZALEZ CHAVEZ  
FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN  
COB. 14138

---

Lic: Daniel Daniel Gonzalez Chavez

Gerente



Pasaje las collas 119 urbanización salamanca-Ate ☎910628009

## Anexo 7: Aprobación del comité de ética



### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

#### CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 14 de octubre de 2024

Investigador(a)  
**Erika Huallpayunca Quispe**  
Exp. N°: 0561-2024

---

De mi consideración:

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

- Protocolo titulado: “Capacidad Funcional y Calidad de Vida en Adultos Mayores de un Centro de Fisioterapia de Lima, periodo 2024” Versión 01 con fecha 13/06/2024.
- Formulario de Consentimiento Informado Versión 01 con fecha 13/06/2024.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Erika Huallpayunca Quispe.

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

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

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

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

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega  
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica  
UPNW



## Anexo N° 8: Reporte de similitud de Turnitin

## ● 17% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 14% Internet database
- 6% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 14% Submitted Works database

### TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	4%
2	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Internet	2%
3	<b>Universidad Señor de Sipan on 2019-12-04</b> Submitted works	1%
4	<b>uwiener on 2023-05-28</b> Submitted works	1%
5	<b>uwiener on 2023-10-02</b> Submitted works	<1%
6	<b>Universidad Autónoma de Ica on 2023-01-11</b> Submitted works	<1%
7	<b>Universidad Wiener on 2023-06-28</b> Submitted works	<1%
8	<b>hdl.handle.net</b> Internet	<1%