



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

Tesis

Relación entre autoeficacia para el ejercicio y adherencia al programa domiciliario en adultos mayores de Rehavitale centro especializado, Lima 2026

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

Presentado por:

Autora: Illanes Huaman, Luz Delia

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3600-978X>

Autora: Ruiz Arancibia, Jonaldith Jemira

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4926-187X>

Asesor: Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud

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

Lima – Perú

2026

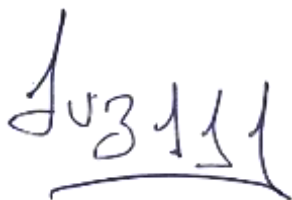
	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 10/06/2026

Yo, Luz Delia Illanes Huaman y Jonaldith Jemira Ruiz Arancibia egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Tecnología Médica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación

“Relación entre autoeficacia para el ejercicio y adherencia al programa domiciliario en adultos mayores de Rehavitale centro especializado, Lima 2026” Asesorado por el docente: Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud DNI: 10697600 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8822-3318> tiene un índice de similitud de **12 (doce) %** con código OID: 14912:598354412 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
 Illanes Huaman, Luz Delia
 DNI: 44274164



.....
 Firma de autor 2
 Jonaldith Jemira, Ruiz Arancibia
 DNI: 74312294



.....
 Firma
 Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud
 DNI: 10697600

Lima, 10 de junio de 2026

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a Dios, a nuestras familias y a las personas que nos acompañaron y motivaron durante nuestra formación académica, contribuyendo al logro de esta importante meta profesional.

Agradecimiento

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a la Universidad por contribuir a nuestra formación profesional, a nuestros docentes por compartir sus conocimientos y al Centro Especializado Rehavitale por las facilidades brindadas para la realización de la presente investigación.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria

Agradecimientos

Índice general

Índice de tablas, figuras u otro (de corresponder)

Resumen

Abstract

I.	INTRODUCCIÓN	Pág. 10
II.	METODOLOGÍA	Pág. 11
III.	RESULTADOS	Pág. 13
IV.	DISCUSIÓN	Pág. 15
V.	CONCLUSIONES	Pág. 16
VI.	REFERENCIAS	Pág. 17
VII.	ANEXOS	Pág. 20

ÍNDICE DE TABLAS

1.	Tabla 1. Distribución de la edad según sexo	Pág. 13
2.	Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas	Pag. 13
3.	Tabla 3. Relación entre autoeficacia para el ejercicio y adherencia al programa domiciliario	Pág. 14
4.	Tabla 4. Relación entre las dimensiones de la autoeficacia para el ejercicio y la adherencia al programa domiciliario	Pág. 14

“Relación entre autoeficacia para el ejercicio y adherencia al programa domiciliario en adultos mayores de Rehavitale centro especializado, Lima 2026”

“Relationship between Exercise Self-Efficacy and Adherence to Home Exercise Programs in Older Adults at Rehavitale Specialized Center, Lima 2026”

Autor(es) y filiación: Illanes Huaman, Luz Delia y Ruiz Arancibia, Jonaldith Jemira, Bachiller (es) del Programa Académico de Profesional de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú.

Resumen

El envejecimiento poblacional incrementa la necesidad de rehabilitación y de estrategias orientadas a preservar la capacidad funcional. En adultos mayores atendidos en fisioterapia, el programa domiciliario de ejercicios forma parte del tratamiento, aunque su cumplimiento suele ser variable. En este contexto, la autoeficacia ha sido identificada como una variable relevante para la práctica de actividad física y la adherencia al ejercicio prescrito.

Objetivo: Determinar la relación entre la relación entre autoeficacia para el ejercicio y adherencia al programa domiciliario en adultos mayores de Rehavitale centro especializado, Lima 2026.

Material y métodos: Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, tipo aplicada, con diseño observacional, correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 88 adultos mayores. La recolección de datos se efectuó a través de una ficha de datos generales, la Escala de Autoeficacia para la Actividad Física y la Exercise Adherence Rating Scale, versión española mexicano.

Resultados: Existió una correlación positiva y significativa entre la autoeficacia para el ejercicio y la adherencia al programa domiciliario ($p = 0,375$; $p < 0,001$; $N = 88$). De acuerdo con el criterio de Cohen, la magnitud fue moderada, lo que indica que los adultos mayores con mayor autoeficacia mostraron mejor adherencia.

Conclusión: La autoeficacia para el ejercicio se relacionó significativamente con la adherencia al programa domiciliario; en definitiva, se consolida como un predictor relevante para la continuidad del tratamiento fisioterapéutico y el fortalecimiento de la autonomía funcional en la vejez.

Palabras clave: Autoeficacia; Adherencia al tratamiento; Adulto mayor; Calidad de vida.

Abstract

Population aging has increased the need for rehabilitation strategies that help preserve functional capacity and promote active aging. In the field of physiotherapy, home-based exercise programs are considered a fundamental tool; however, adherence to these programs is often inconsistent. In this context, self-efficacy is recognized as a key factor influencing physical activity and adherence to therapeutic recommendations. Nevertheless, evidence regarding its relationship with adherence to home exercise programs in older adults undergoing rehabilitation remains limited, particularly in Peru.

Objective: To determine the relationship between exercise self-efficacy and adherence to home exercise programs in older adults treated at the specialized physiotherapy center *Rehavitale*, Lima 2026.

Materials and Methods: A quantitative, applied, observational, correlational, and cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 88 older adults. Data collection was carried out using a sociodemographic questionnaire, the Physical Activity Self-Efficacy Scale, and the Exercise Adherence Rating Scale.

Results: A positive and significant correlation was found between exercise self-efficacy and adherence to the home exercise program ($\rho = 0.375$; $p < 0.001$; $N = 88$). According to Cohen's criteria, the magnitude was moderate, indicating that older adults with higher self-efficacy tended to demonstrate better adherence.

Conclusion: Exercise self-efficacy was significantly associated with adherence to home exercise programs, consolidating its role as a relevant predictor of continuity in physiotherapeutic treatment and the strengthening of functional autonomy in older adults.

Keywords: Self-efficacy; Treatment adherence; Older adults; Quality of life.

I. INTRODUCCION

A nivel mundial, la población de 60 años o más continúa en un crecimiento sostenido. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en 2019 existían alrededor de 1 000 millones de personas mayores de 60 años, cifra que ascenderá a 1 400 millones en 2030 y alcanzará los 2 100 millones en 2050. Para ese año, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. La OMS define el envejecimiento saludable como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez, reconociendo que los cambios físicos y mentales asociados al envejecimiento no son uniformes ni lineales entre individuos (1–3).

La **rehabilitación** se entiende como un conjunto de acciones que buscan mejorar el funcionamiento de las personas y disminuir la discapacidad que puedan presentar. Su objetivo principal es ayudar a que cada persona sea más independiente y pueda participar en su vida diaria, algo especialmente importante en los adultos mayores (4,5).

La **OMS** recomienda que los adultos mayores realicen actividad física variada, que combine ejercicios de fuerza y equilibrio, porque esto ayuda a mantener la capacidad funcional y a prevenir caídas. En este sentido, los **programas de ejercicio en casa** son una opción práctica y accesible, ya que permiten continuar con el entrenamiento en el propio entorno (6).

Sin embargo, los estudios muestran resultados diferentes sobre la eficacia de estos programas. Por ejemplo, una revisión sobre intervenciones con apoyo tecnológico resaltó más la variedad de herramientas usadas que sus beneficios clínicos, mientras que un metaanálisis de 2024 sobre ejercicios no supervisados encontró un efecto limitado en la función de las piernas (7,8). Esto sugiere que la efectividad del ejercicio en casa depende tanto de cómo esté diseñado el programa como del compromiso del paciente.

La **adherencia**, es decir, el cumplimiento de lo que se indica, también varía. Una revisión sistemática mostró que los adultos mayores cumplen entre un 57,5 % y un 80 % de lo prescrito, según cómo se mida (9). Otro metaanálisis de 2024 sobre programas en video realizados en casa encontró tasas de asistencia superiores al 85 %, lo que confirma que la adherencia depende del tipo de intervención (10).

Entre los factores que influyen, la **autoeficacia** es clave. Se refiere a la confianza que tiene una persona en su capacidad para hacer ejercicio de manera segura y efectiva. Se ha demostrado

que está relacionada con el inicio y mantenimiento de hábitos saludables (11). Una revisión paraguas reciente confirmó su importancia en adultos mayores y en personas con enfermedades crónicas, y otros estudios señalan que la **autorregulación**, como parte de la autoeficacia, predice mayores niveles de actividad física (12,13).

En **América Latina y Perú**, el envejecimiento poblacional trae nuevos retos. La OPS advierte que para 2030 habrá más adultos mayores que niños menores de 15 años, lo que impactará directamente en los sistemas de salud (14). En Perú, el INEI informó que en 2024 el 13,9 % de la población tenía 60 años o más, y casi la mitad presentaba alguna discapacidad, principalmente dificultades para mover brazos y piernas (15). Este panorama muestra la urgencia de contar con estrategias efectivas de rehabilitación y promoción de la actividad física.

A pesar de ello, aún hay poca evidencia sobre cómo la **autoeficacia** se relaciona con la **adherencia a programas de ejercicio en casa** en adultos mayores que reciben rehabilitación, especialmente en Perú. En el centro fisioterapéutico donde se realizará este estudio, se observa que algunos pacientes cumplen con los ejercicios de manera constante, mientras que otros los interrumpen o los hacen de forma parcial. Por eso, resulta necesario analizar si la autoeficacia influye en la adherencia, lo que podría ayudar a mejorar la atención fisioterapéutica y promover un envejecimiento más activo y autónomo.

II. METODOLOGIA

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo y aplicado, con diseño observacional, correlacional y transversal. Este tipo de diseño permitió analizar la relación entre variables en un momento específico, sin manipular factores externos, siguiendo las recomendaciones metodológicas habituales en investigaciones de rehabilitación.

La población estuvo conformada por 88 adultos mayores atendidos en el centro especializado *Rehavitale*, Lima. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron adultos de 60 años o más que recibían indicaciones de ejercicios domiciliarios como parte de su tratamiento fisioterapéutico y que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Se excluyeron aquellos con limitaciones cognitivas severas o con condiciones clínicas que impidieran la práctica de actividad física, siguiendo criterios similares a los aplicados en estudios previos con poblaciones comparables.

Las variables principales fueron la autoeficacia para la actividad física y la adherencia al programa domiciliario. La autoeficacia se evaluó con la Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF), instrumento validado en español y compuesto por tres dimensiones: ejercicio programado, actividad física en la vida diaria y caminata diaria (16). La adherencia se midió mediante la Exercise Adherence Rating Scale, versión mexicana (EARS-Mx), adaptada transculturalmente y validada en población hispanohablante, con adecuada consistencia interna (17).

El procedimiento consistió en aplicar una ficha de datos generales y los cuestionarios mencionados en sesiones programadas dentro del centro de rehabilitación. Cada participante respondió de manera individual, con acompañamiento del investigador para asegurar la comprensión de los ítems, siguiendo protocolos similares a los descritos en estudios latinoamericanos sobre autoeficacia y adherencia.

El análisis estadístico se realizó utilizando el software *IBM SPSS Statistics v.28.0*. En primer lugar, se aplicó estadística descriptiva para caracterizar la muestra. Posteriormente, en el análisis bivariado principal, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman, dado que las variables se encontraban en escala ordinal y no se asumió normalidad en la distribución de los datos. Se estableció un nivel de significancia de $p < 0,05$, en concordancia con los estándares internacionales de investigación clínica.

En cuanto a los aspectos éticos, se garantizó la participación responsable de los adultos mayores mediante la obtención de consentimiento informado y la aprobación del protocolo por el comité de ética institucional. Se aseguró el respeto a la autonomía, la confidencialidad y la integridad de los participantes, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para investigaciones en poblaciones vulnerables.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la edad según sexo

Edad	Masculino n (%)	Femenino n (%)	Total n (%)
62 a 65 años	16 (18,2)	12 (13,6)	28 (31,8)
66 a 70 años	14 (15,9)	16 (18,2)	30 (34,1)
71 a 75 años	15 (17,0)	15 (17,0)	30 (34,1)
Total	45 (51,1)	43 (48,9)	88 (100,0)

Nota: Media = 68,27 años; DE = 4,104; mínimo = 62; máximo = 75.

Interpretación: La edad de los participantes presentó una media de 68,27 años (DE = 4,104), con valores entre 62 y 75 años. Predominaron los grupos de 66 a 70 años y de 71 a 75 años, ambos con 34,1%, seguidos del grupo de 62 a 65 años con 31,8%. Según el sexo, predominó ligeramente el masculino con 51,1%, frente al femenino con 48,9%.

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel educativo	Primaria	38	43,2
	Secundaria	27	30,7
	Superior	23	26,1
Estado civil	Soltero	13	14,8
	Casado	35	39,8
	Viudo	25	28,4
	Divorciado	15	17,0
Diagnóstico principal	Cervicalgia	5	5,7
	Lumbalgia	9	10,2
	Hombro doloroso	13	14,8
	Esguince de tobillo	15	17,0
	Meniscopatía	17	19,3
	Artrosis de rodillas	16	18,2
	Artrosis de caderas	13	14,8
Apoyo familiar para ejercicios	Sí	42	47,7
	No	46	52,3

Interpretación: Respecto al nivel educativo, predominó la formación primaria con 43,2%, seguida de secundaria con 30,7% y superior con 26,1%. En cuanto al estado civil, la mayor proporción correspondió a los participantes casados con 39,8%, seguidos de los viudos con 28,4%, divorciados con 17,0% y solteros con 14,8%. Sobre el diagnóstico principal, predominó la meniscopatía con 19,3%, seguida de artrosis de rodillas con 18,2%, esguince de tobillo con 17,0%, hombro doloroso y artrosis de caderas, ambos con 14,8%, lumbalgia con 10,2% y cervicalgia con 5,7%. Finalmente, el 52,3% no contó con apoyo familiar para realizar ejercicios, mientras que el 47,7% sí refirió contar con dicho apoyo.

Tabla 3. Relación entre autoeficacia para el ejercicio y adherencia al programa domiciliario

Correlaciones			
		Autoeficiencia para actividad física	Adherencia al programa domiciliario
Rho de Spearman	Autoeficiencia para actividad física	1,000	,375
		.	,000
		88	88

Nota: La magnitud de las correlaciones se interpretó según el criterio de Cohen (1988): baja (< 0,30), moderada (0,30–0,49) y fuerte ($\geq$ 0,50).

Interpretación: Se observó una correlación positiva entre la autoeficacia para el ejercicio y la adherencia al programa domiciliario ($\rho = 0,375$; $p < 0,001$; $N = 88$). Según el criterio de Cohen, la magnitud de esta asociación fue moderada, lo que indicó que los adultos mayores con mayor autoeficacia para el ejercicio tendieron a presentar una adherencia adecuada al programa domiciliario.

Tabla 4. Relación entre las dimensiones de la autoeficacia para el ejercicio y la adherencia al programa domiciliario

	Correlaciones		
	Rho de Spearman		
	Adherencia al programa domiciliario		
	Coeficiente de correlación	Sig. (bilateral)	N
Autoeficiencia para realización de actividad física programada	,268	,012	88
Autoeficiencia para actividad física de la vida diaria	,323	,002	88
Autoeficacia para caminar diariamente	,308	,004	88

Interpretación: Se observaron correlaciones positivas entre la adherencia al programa domiciliario y las dimensiones de la autoeficacia para el ejercicio: autoeficacia para la realización de actividad física programada ($\rho = 0,268$; $p = 0,012$; $N = 88$), autoeficacia para actividad física de la vida diaria ($\rho = 0,323$; $p = 0,002$; $N = 88$) y autoeficacia para caminar diariamente ($\rho = 0,308$; $p = 0,004$; $N = 88$). Según el criterio de Cohen, la magnitud de la asociación fue baja para la autoeficacia para la realización de actividad física programada y moderada para la autoeficacia para actividad física de la vida diaria y para caminar diariamente. Estos resultados indicaron que los adultos mayores con mayor autoeficacia en estas dimensiones tendieron a presentar una adherencia adecuada al programa domiciliario.

IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio determinó una relación significativa, positiva y de magnitud moderada entre la autoeficacia para el ejercicio y la adherencia al programa domiciliario en adultos mayores. Este hallazgo aporta evidencia relevante en el ámbito de la rehabilitación, al confirmar que la percepción de capacidad para ejercitarse se vincula directamente con la continuidad del tratamiento en casa.

Respecto a las características sociodemográficas y clínicas, la muestra estuvo conformada por 88 adultos mayores, con una edad media de 68,27 años, predominio masculino, nivel educativo primario y estado civil casado. Este perfil difirió de lo descrito por Maiers y Forte (18), quienes reportaron mayor proporción femenina en su muestra; sin embargo, mostró cierta semejanza con lo señalado por Kim et al. (19) y Woo et al. (20), al registrar predominio masculino entre sus participantes.

Estas diferencias sugieren que el contexto sociodemográfico puede influir directamente en cómo los adultos mayores perciben su capacidad para realizar ejercicio y en su nivel de adherencia al programa domiciliario. En este estudio, el apoyo familiar emergió como un factor clave: más de la mitad de los participantes no contó con acompañamiento para realizar los ejercicios, lo que probablemente condicionó la continuidad del tratamiento.

Al comparar con la literatura, los resultados fueron diversos. Por un lado, difirieron de lo reportado por Maiers y Forte (18), quienes no encontraron relación entre factores basales y la adherencia final, aunque destacaron la importancia del seguimiento temprano como predictor de continuidad. En cambio, coincidieron con lo descrito por Kim et al. (19), quienes demostraron que la autoeficacia física predice la adherencia y el envejecimiento exitoso, y con Woo et al. (20), quienes confirmaron que la autoeficacia favorece tanto la adherencia como el compromiso deportivo en adultos mayores. De manera complementaria, los hallazgos se relacionan con lo señalado por Romero et al. (21) y Góngora y Sánchez (22), al evidenciar que mayores niveles de autoeficacia se asocian con conductas más saludables y mejores indicadores de condición física. En conjunto, toda esta evidencia refuerza la idea de que la autoeficacia es un factor clave para sostener la práctica de ejercicio en la vejez.

En cuanto a las dimensiones de la autoeficacia, se observaron asociaciones significativas entre la adherencia y tres aspectos: el ejercicio programado, la actividad física en la vida diaria y la caminata diaria. La relación fue baja en el primer caso y moderada en los dos últimos, lo que sugiere que la confianza para realizar actividades cotidianas y caminar diariamente tiene un mayor impacto en la continuidad del programa. Estos hallazgos complementan lo descrito por Kim et al. (19) y Woo et al. (20), quienes señalaron que la autoeficacia física se asocia positivamente con la adherencia al ejercicio. Asimismo, coinciden con lo planteado por Romero et al. (21) y Góngora y Sánchez (22), al destacar que la autoeficacia hacia la actividad física se vincula con mejores niveles de condición física y con conductas más favorables hacia el ejercicio.

En la muestra estudiada, estos resultados evidenciaron que la adherencia al programa domiciliario se vinculó tanto con la capacidad percibida para realizar ejercicio estructurado como con las actividades cotidianas y la caminata diaria, reforzando la importancia de fortalecer la autoeficacia en diferentes dimensiones de la vida del adulto mayor

En síntesis, los resultados evidenciaron que la autoeficacia para el ejercicio se relaciona de manera consistente con la adherencia al programa domiciliario, tanto en el plano general como en sus dimensiones específicas. Este hallazgo refuerza la necesidad de implementar estrategias que fortalezcan la confianza del adulto mayor en su capacidad para ejercitarse, lo que podría mejorar la continuidad del tratamiento fisioterapéutico y favorecer un envejecimiento activo y autónomo.

Entre las principales limitaciones del estudio, se consideró que el diseño transversal solo permitió establecer asociaciones entre las variables analizadas, sin posibilidad de inferir relaciones causales. Del mismo modo, al haberse desarrollado en un solo centro fisioterapéutico, los resultados quedaron circunscritos a un contexto específico, por lo que su generalización a otros escenarios debe realizarse con precaución. Asimismo, la medición de la autoeficacia y la adherencia se realizó mediante instrumentos autoinformados, lo que pudo estar influido por la percepción personal o el deseo de los participantes. Además, no se profundizó en factores que podrían modificar la adherencia, como el tipo de ejercicio prescrito, el tiempo de tratamiento, la supervisión profesional, la intensidad del dolor o la calidad del apoyo familiar. Por ello, se recomienda que futuras investigaciones incorporen diseños longitudinales, muestras multicéntricas y medidas complementarias de seguimiento del programa domiciliario. Desde una perspectiva aplicada, los hallazgos resaltaron la importancia de evaluar la autoeficacia para el ejercicio en adultos mayores y fortalecer estrategias educativas, motivacionales y de acompañamiento que favorezcan el cumplimiento del programa domiciliario.

V. CONCLUSIONES

- Existe una relación significativa, positiva y moderada entre la autoeficacia para el ejercicio y la adherencia al programa domiciliario en adultos mayores de Rehavitale centro especializado, Lima 2026, lo que evidencia que mayores niveles de autoeficacia para el ejercicio se asociaron con mayor adherencia al programa domiciliario.

- Los adultos mayores de Rehavitale centro especializado, Lima 2026, se caracterizaron por presentar edades entre 62 y 75 años, con predominio de los grupos de 66 a 70 años y de 71 a 75 años, ligera mayor proporción masculina, nivel educativo primario, estado civil casado, mayor frecuencia de meniscopatía y artrosis de rodillas, y ausencia de apoyo familiar para la realización de ejercicios.
- Existe una relación significativa, positiva y baja entre la autoeficacia para la realización de actividad física programada y la adherencia al programa domiciliario, lo que indica que una mayor capacidad percibida para realizar actividad física programada se asoció con mayor adherencia al programa domiciliario.
- Existe una relación significativa, positiva y moderada entre la autoeficacia para actividad física de la vida diaria y la adherencia al programa domiciliario, lo que muestra que una mayor autoeficacia en las actividades físicas cotidianas se vinculó con mayor adherencia al programa domiciliario.
- Existe una relación significativa, positiva y moderada entre la autoeficacia para caminar diariamente y la adherencia al programa domiciliario, lo que evidencia que una mayor capacidad percibida para caminar diariamente se asoció con mayor adherencia al programa domiciliario.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Ageing and health. [Internet]. Geneva: WHO; 2025. [Consultado el 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. World Health Organization. Healthy ageing and functional ability. [Internet]. Geneva: WHO; 2020. [Consultado el 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
3. World Health Organization. Ageing. [Internet]. Geneva: WHO; 2019. [Consultado el 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/ageing>
4. World Health Organization. Rehabilitation. [Internet]. Geneva: WHO; 2024. [Consultado el 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation?>

5. World Health Organization. Rehabilitation. [Internet]. Geneva: WHO; 2024. [Consultado el 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/rehabilitation?>
6. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva, 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/faa83413-d89e-4be9-bb01-b24671aef7ca/content?>
7. Costa-Brito A, Bovolini A, Rúa-Alonso M, Vaz C, Francisco Ortega-Morán J, Blas Pagador J, Vila-Chã C. Home-based exercise interventions delivered by technology in older adults: A scoping review of technological tools usage. *Int J Med Inform.* 2024;181:105287. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2023.105287.
8. Liang I, Perkin O, McGuigan P, Spellanzon B, Robb M, Liu C, Lin L, Thompson D, Western M. The effectiveness of unsupervised home-based exercise for improving lower extremity physical function in older adults in Western and Eastern cultures: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr.* 2024;24(1):800. doi: 10.1186/s12877-024-05393-4.
9. Shaw J, Pilon S, Vierula M, McIsaac D. Predictors of adherence to prescribed exercise programs for older adults with medical or surgical indications for exercise: a systematic review. *Syst Rev.* 2022;11(1):80. doi: 10.1186/s13643-022-01966-9.
10. Rihova M, Jandova T, Vetrovsky T, Machacova K, Kramperova V, Steffl M, et al. Adherence and Retention Rates to Home-Based Video Exercise Programs in Older Adults-Systematic Review and Meta-Analysis. *Telemed J E Health.* 2024;30(11):2649-2661. doi: 10.1089/tmj.2024.0100.
11. Dawe J, Cavicchiolo E, Palombi T, Baiocco R, Antoniucci C, Pistella J, et al. Measuring Self-Efficacy for Exercise among Older Adults: Psychometric Properties and Measurement Invariance of a Brief Version of the Self-Efficacy for Exercise (SEE) Scale. *Healthcare (Basel).* 2024;12(16):1642. doi: 10.3390/healthcare12161642.
12. Collado-Mateo D, Lavín-Pérez A, Peñacoba C, Del Coso J, Leyton-Román M, Luque-Casado A, et al. Key Factors Associated with Adherence to Physical Exercise in Patients with Chronic Diseases and Older Adults: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):2023. doi: 10.3390/ijerph18042023.
13. Safavi S, Sadeghi R, Jamshidi E. et al. The association between self-efficacy and social support with physical activity in older adults: a cross-sectional study. *Sci Rep.* 2025;15, 36769. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-20717-z>
14. Pan American Health Organization. Healthy aging in the Americas. [Internet]. 2021. [Consultado el 13 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://journal.paho.org/en/special-issues/healthy-aging-americas>
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. Trimestre: Abril-Junio 2024. [Internet]. Lima, 2024. [Consultado el 13 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_iit24.pdf
16. Fernández T, Medina S, Herrera I, Rueda S, Ordóñez J, León J, Cantero F. Guía de uso de la escala de autoeficacia para la actividad física. Recurso electrónico. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012. Disponible en:

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Guia_Uso_Escala_Autoeficacia_AF_2012.pdf

17. Mansson L, Lundin-Olsson L, Skelton D, Janols R, Lindgren H, Rosendahl E, Sandlund M. Older adults' preferences for, adherence to and experiences of two self-management falls prevention home exercise programmes: a comparison between a digital programme and a paper booklet. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):209. doi: 10.1186/s12877-020-01592-x.
18. Maiers M, y Forte M. Factors Associated With Rehabilitative Home Exercise Adherence Among Older Adults With Chronic Back Pain: Secondary Analysis of a Randomized Trial. *J Manipulative Physiol Ther*. 2025;48(1-5):112-118. doi: 10.1016/j.jmpt.2025.08.004.
19. Kim H, Woo S, Seo J, So W, Bae J. Satisfaction with the Exercise Program and Successful Aging Among Older Adults Who Exercise Regularly: The Multiple Mediation of Physical Self-Efficacy and Exercise Adherence. *Healthcare (Basel)*. 2024 Oct 16;12(20):2054. doi: 10.3390/healthcare12202054.
20. Woo S, Seo J, Kim H, So W, Sim Y. Health-Promoting Behaviors, Physical Self-Efficacy, Exercise Adherence, and Sports Commitment Among Older Adults Who Participate in Sports Activities. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(21):2135. doi: 10.3390/healthcare12212135.
21. Romero I, Álvarez M, Madin B, Gómez V. Autoeficacia para actividad física en adultos mayores con diabetes mellitus II de San Bartolomé Tlaltelulco. *Ciencia Latina*. 6 de julio de 2023;7(3):7187-202. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6711
22. Gongora L, y Sanchez J. Influencia de la autoeficacia hacia la actividad física sobre el envejecimiento activo. *RICC*. 2022;7(1):90-115. <https://doi.org/10.32654/ConCienciaEPG/Eds.especial-5>

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

Título de proyecto de investigación : Relación entre autoeficacia para el ejercicio y adherencia al programa domiciliario en adultos mayores de Rehavitale centro especializado, Lima 2026

Investigadores : Illanes Huaman, Luz Delia
Ruiz Arancibia, Jonaldith Jemira

Institución(es) : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “*Relación entre autoeficacia para el ejercicio y adherencia al programa domiciliario en adultos mayores de Rehavitale centro especializado, Lima 2026*”. de fecha __/__/____ y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la relación entre autoeficacia para el ejercicio y adherencia al programa domiciliario en adultos mayores de Rehavitale centro especializado, Lima 2026. Su ejecución ayudará/permitirá evaluar nuevas terapias para la mejora de su salud.

Duración del estudio: 6 meses

N° esperado de participantes: 88

Criterios de Inclusión y exclusión: Se incluirán:

- Edad igual o mayor a 60 años.
- Atención fisioterapéutica ambulatoria activa en el centro durante el periodo del estudio.
- Contar con indicación de programa domiciliario de ejercicios como parte del tratamiento fisioterapéutico.
- Capacidad para comprender y responder los instrumentos de evaluación de manera autónoma o con apoyo mínimo.
- Aceptación voluntaria de participación mediante la firma del consentimiento informado.

Se excluirán:

- Deterioro cognitivo severo que impida la comprensión adecuada de los instrumentos de evaluación.
- Enfermedades agudas o descompensadas al momento de la recolección de datos que limiten la participación.
- Alteraciones neurológicas, psiquiátricas o sensoriales graves que interfieran significativamente con la comunicación o con la aplicación de los cuestionarios.
- Participantes que, aun cumpliendo los criterios de inclusión, entreguen instrumentos incompletos o con información inconsistente.

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará procesos:

La información se recopilará mediante una encuesta con instrumentos validados en español y una ficha de recolección de datos generales, con el propósito de obtener información fiable sobre la autoeficacia para la actividad física y la adherencia al programa domiciliario en adultos mayores atendidos en Rehavitale centro especializado de Lima.

Antes del inicio del trabajo de campo, se gestionará la autorización correspondiente con la institución donde se desarrollará el estudio y se coordinará con el personal responsable del centro fisioterapéutico la organización del proceso de evaluación. Asimismo, la investigadora se encontrará previamente capacitada en la aplicación, explicación, registro y codificación de los instrumentos, a fin de reducir errores y mantener uniformidad durante la recolección de datos.

La aplicación de los instrumentos se realizará dentro del periodo programado del estudio, en ambientes adecuados del centro fisioterapéutico, procurando condiciones de privacidad, comodidad y seguridad para los participantes. Antes de iniciar la evaluación, se brindará a cada adulto mayor una explicación clara y comprensible sobre la finalidad del estudio, los procedimientos a seguir, el carácter voluntario de su participación y la confidencialidad de la información recolectada. Posteriormente, se solicitará la firma del consentimiento informado, entregándose una copia del documento a cada participante.

Instrumentos y secuencia de aplicación

a. Ficha sociodemográfica y clínica

Se utilizará una ficha elaborada específicamente para la investigación, destinada a registrar información general y clínica de los participantes. Los datos incluirán variables como: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, situación laboral, presencia de comorbilidades, diagnóstico principal de atención fisioterapéutica y apoyo familiar para ejercicios. Esta información permitirá caracterizar a la población de estudio y contextualizar los resultados obtenidos.

b. Evaluación de la autoeficacia para la actividad física

La autoeficacia para la actividad física será evaluada mediante la Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF), en su versión original en español de 39 ítems. Este instrumento será aplicado de manera individual, en formato de entrevista o autoaplicación asistida según las condiciones del participante, garantizando la comprensión adecuada de cada ítem. La escala permitirá obtener un puntaje global y puntajes por dimensiones: ejercicio físico programado, actividad física en la vida diaria y caminar diariamente.

c. Evaluación de la adherencia al programa domiciliario

La adherencia al programa domiciliario será evaluada mediante la *Exercise Adherence Rating Scale*, versión español mexicano (EARS-Mx), utilizando la sección correspondiente a la conducta de adherencia. El instrumento será aplicado de manera individual, asegurando que cada participante comprenda el contenido de los ítems y responda en función del cumplimiento de su programa de ejercicios en casa. Para el presente estudio, se utilizará el puntaje total de la escala, el cual permitirá clasificar la adherencia como adecuada o inadecuada según el punto de corte establecido.

Al finalizar cada jornada de recolección de datos, se realizará una revisión minuciosa de los instrumentos aplicados con el fin de verificar su completitud, legibilidad y coherencia interna. Posteriormente, la información será codificada, registrada en una base de datos y sometida a un proceso de depuración previo al análisis estadístico.

Riesgos: No se anticipan riesgos físicos. Sin embargo, la participación implica la dedicación de tiempo (40 minutos) para completar cuestionarios, sumado a ello, al reflexionar sobre su autoeficacia y adherencia, es posible experimentar malestar emocional, ligera ansiedad o estrés; asimismo, algunos pueden sentir frustración o experimentar fatiga leve. Para reducir estos efectos, se ofrecerán pausas discrecionales durante la aplicación y un breve espacio de apoyo al finalizar. La participación es voluntaria y puede interrumpirse en cualquier momento sin consecuencias. Si algún participante manifiesta angustia significativa, el investigador suspenderá inmediatamente la sesión y recomendará la búsqueda de asistencia clínica o psicológica adecuada.

Beneficios: Aunque la participación no conllevará un beneficio terapéutico directo inmediato, los participantes obtendrán información personalizada acerca de su autoeficacia y adherencia, incluyendo una mini-sesión educativa sobre consejos de autocuidado específicos para su caso. Además, al finalizar la aplicación de los cuestionarios, cada participante recibirá un informe individual.

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: Nosotros guardaremos 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 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 Principal (*Illanes Huaman, Luz Delia*, 966403959 y correo electrónico luzillaneshuaman@gmail.com).

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Mg Angelica Karina Minaya Galarreta, Presidente del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.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)
Nombre **participante**:
DNI:
Fecha: (dd/mm/aaaa)

(Firma)
Nombre **investigador**:
DNI:
Fecha: (dd/mm/aaaa)

(Firma)
Nombre testigo o representante legal:
DNI:
Fecha: (dd/mm/aaaa)

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 2: Instrumentos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Relación entre autoeficacia para el ejercicio y adherencia al programa
domiciliario en adultos mayores de Rehavitale centro especializado, Lima
2026”

Fecha de evaluación: ____ / ____ / 2025

Instrucciones: Marque o anote una sola opción por ítem, salvo que se indique lo contrario.

1. **Edad (años):** ____
2. **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino
3. **Nivel educativo:** ☐ Primaria o menos ☐ Secundaria ☐ Superior.
4. **Estado civil:** ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a Otro: _____.
5. **Situación laboral:** ☐ Jubilado(a) ☐ Trabaja ☐ Ama de casa ☐ Otros: _____
6. **Comorbilidades** (diagnosticadas por profesional especializado):

☐ HTA ☐ DM2 ☐ obesidad ☐ Depresión/ansiedad ☐ Otras: _____
7. **Diagnóstico principal de atención fisioterapéutica:** _____
8. **Apoyo familiar para ejercicios:** ☐ Si ☐ No

Instrumento 1: Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF)

A continuación aparecen una serie de preguntas relacionadas con la práctica de actividad física y ejercicio físico. Le pedimos que responda a ellas con la mayor sinceridad posible. Al contestar, tenga en cuenta que le estamos preguntando por el nivel de confianza que usted cree tener en realizar la conducta en la actualidad, no el que creía tener en un pasado o el que piensa tendrá en el futuro. Por favor, responda a las preguntas con la siguiente escala, tal y como le indicamos en el ejemplo que aparece a continuación:

ESCALA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada capaz			Relativamente capaz					Muy capaz		

1. ME SIENTO CAPAZ DE PRACTICAR EJERCICIO FÍSICO PROGRAMADO (IR AL GIMNASIO, DEPORTES DE EQUIPO, CORRER, MONTAR EN BICICLETA...) TRES O MÁS VECES POR SEMANA DURANTE AL MENOS 20 MINUTOS, AUNQUE...

Situación	Escala (0–10)
Me encuentre cansado/a	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tenga mucho trabajo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me suponga tener que pagar un dinero extra	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No tenga acceso a las infraestructuras necesarias	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tenga que desplazarme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tenga que hacerlo solo/a	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Esto implique un cambio en mi forma de vivir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tenga problemas económicos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pierda peso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Esté deprimido/a	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Esté nervioso/a	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No disponga de medio de transporte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No me guste	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me sienta estresado/a	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Haga mal tiempo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tenga problemas en el trabajo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tenga problemas familiares	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tenga problemas con mi pareja	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me apetezca hacer otras cosas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Padezca alguna molestia física	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tenga problemas de salud	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No tenga tiempo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tenga un mal día	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**2. ME SIENTO CAPAZ DE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA EN MI VIDA DIARIA
(IR AL TRABAJO ANDANDO O EN BICICLETA, SUBIR POR LAS ESCALERAS...),
AUNQUE...**

Situación	Escala (0–10)
Me suponga perder más tiempo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tenga ascensor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Haga mal tiempo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me encuentre cansado/a	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No tenga tiempo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Los demás no me ayuden	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Padezca alguna molestia física	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tenga problemas de salud	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Esté de vacaciones	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pueda usar ropa elegante	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tenga que cambiar su forma de vestir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Llegue sudado/a a trabajar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Disponga de coche u otro medio de transporte con motor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ME SIENTO CAPAZ DE CAMINAR TODOS LOS DÍAS...

Duración	Escala (0–10)
60 minutos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
90 minutos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
120 minutos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Instrumento 2: *Exercise Adherence Rating Scale (EARS)*

Sección A: Cuestionario sobre los ejercicios recomendados

Los profesionales de la salud normalmente recomiendan que las personas con problemas de salud crónicos, hagan ejercicios y/o actividades para mejorar su calidad de vida y manejar su condición. Nos gustaría que nos contara cómo hace los ejercicios en casa para el niño/a que tiene bajo su cuidado. Por favor, marque con una ✓ todos los cuadros que apliquen para usted.

1. ¿Qué ejercicios o actividades le han pedido que haga con el niño/a?

Sesiones de ejercicio individual bajo la supervisión de su profesional de la salud. ()

Sesiones de ejercicio grupal. ()

Ejercicios para hacer en casa de manera individual según la recomendación de su profesional de la salud.

()

Otros _____

2. ¿Qué tan seguido le han pedido que realice estos ejercicios y/o actividades con el niño/a?

Diario. ()

4 a 6 días a la semana. ()

2 a 3 días a la semana. ()

1 día a la semana. ()

Menos que esto. ()

Otro _____

3. ¿Por cuánto tiempo le han pedido que continúe realizando estos ejercicios y/o actividades con el niño/a?

() Indefinidamente.

() Por un tiempo determinado (por favor especifique) _____

() Otro (por favor explique) _____

4. ¿Qué tan seguido está usted haciendo estos ejercicios y/o actividades con el niño/a?

Diario. 4 a 6 días a la semana. ()

2 a 3 días a la semana. ()

1 día a la semana. ()

Nunca. ()

5. Si ha dejado de hacer los ejercicios / actividades con el niño/a ¿Cuándo dejó de hacerlos y por qué?

6. Con sus propias palabras, por favor, ¿podría explicar por qué hace o no hace sus ejercicios con el niño/a?

Sección B: Escala de Adherencia al Ejercicio

Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor, marque con una ✓ el cuadro que mejor describa cómo hace los ejercicios/actividades con el niño/a que tiene bajo su cuidado. Al pensar en su respuesta, por favor considere todos los ejercicios/actividades que se le han pedido realizar.

Usted tiene 5 opciones de respuesta siendo: 0 - completamente de acuerdo, 1 – parcialmente de acuerdo, 2 – ni en acuerdo ni en desacuerdo, 3 – parcialmente en desacuerdo, 4 – completamente en desacuerdo.

Ítem	Completamente de acuerdo (1)	Parcialmente de acuerdo (2)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	Parcialmente en desacuerdo (4)	Completamente en desacuerdo (5)
1. Hago los ejercicios con el niño/a tan seguido como se me recomendó.					
2. Olvido hacer los ejercicios con el niño/a.					
3. Hago menos ejercicio con el niño/a de lo que me recomendó el profesional de la salud.					
4. Dentro de mi rutina diaria me hago el tiempo para hacer los ejercicios con el niño/a.					
5. No me da tiempo hacer los ejercicios con el niño/a.					
6. Hago todos, o casi todos los ejercicios con el niño/a.					

Anexo 3: Validez de Instrumentos

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS

TITULO: “Relación entre autoeficacia para el ejercicio y adherencia al programa domiciliario en adultos mayores de Rehavitale centro especializado, Lima 2026”

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	Variable 1: Autoeficacia para la actividad física							
	DIMENSIÓN 1: Ejercicio programado	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Me encuentre cansado/a	X		X		X		
2	Tenga mucho trabajo	X		X		X		
3	Me suponga tener que pagar un dinero extra	X		X		X		
4	No tenga acceso a las infraestructuras necesarias	X		X		X		
5	Tenga que desplazarme	X		X		X		
6	Tenga que hacerlo solo/a	X		X		X		
7	Esto implique un cambio en mi forma de vivir	X		X		X		
8	Tenga problemas económicos	X		X		X		
9	No pierda peso	X		X		X		
10	Esté deprimido/a	X		X		X		
11	Esté nervioso/a	X		X		X		
12	No disponga de medio de transporte	X		X		X		
13	No me guste	X		X		X		
14	Me sienta estresado/a	X		X		X		
15	Haga mal tiempo	X		X		X		
16	Tenga problemas en el trabajo	X		X		X		
17	Tenga problemas familiares	X		X		X		
18	Tenga problemas con mi pareja	X		X		X		
19	Me apetezca hacer otras cosas	X		X		X		
20	Padezca alguna molestia física	X		X		X		
21	Tenga problemas de salud	X		X		X		
22	No tenga tiempo	X		X		X		
23	Tenga un mal día	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Actividad física en la vida diaria	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Me suponga perder más tiempo	X		X		X		
2	Tenga ascensor	X		X		X		
3	Haga mal tiempo	X		X		X		
4	Me encuentre cansado/a	X		X		X		
5	No tenga tiempo	X		X		X		
6	Los demás no me ayuden	X		X		X		
7	Padezca alguna molestia física	X		X		X		
8	Tenga problemas de salud	X		X		X		
9	Esté de vacaciones	X		X		X		
10	No pueda usar ropa elegante	X		X		X		
11	Tenga que cambiar su forma de vestir	X		X		X		
12	Llegue sudado/a a trabajar	X		X		X		
13	Disponga de coche u otro medio de transporte con motor	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Caminar diariamente	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Me siento capaz de caminar todos los días 60 minutos	X		X		X		
2	Me siento capaz de caminar todos los días 90 minutos	X		X		X		
3	Me siento capaz de caminar todos los días 120 minutos	X		X		X		

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 2: Adherencia a los ejercicios domiciliarios							
1	Hago los ejercicios con el niño/a tan seguido como se me recomendó.	X		X		X		
2	Olvido hacer los ejercicios con el niño/a.	X		X		X		
3	Hago menos ejercicio con el niño/a de lo que me recomendó el profesional de la salud.	X		X		X		
4	Dentro de mi rutina diaria me hago el tiempo para hacer los ejercicios con el niño/a.	X		X		X		
5	No me da tiempo hacer los ejercicios con el niño/a.	X		X		X		
6	Hago todos, o casi todos los ejercicios con el niño/a.	X		X		X		

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

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. Melgarejo Valverde, José Antonio

DNI: 06230600

Especialidad del validador: Neurorrehabilitación/ Docencia y gestión universitaria

10 de Abril del 2026

Firma del Experto Informante

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

DNI: 08671855

Especialidad del validador:

18 de Abril del 2026

Firma del Experto Informante

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: Ibarra Hurtado Luis

DNI: 41421873

Especialidad del validador: Terapia manual ortopédica

19 de Abril del 2026

Firma del Experto Informante

Anexo 4: Confiabilidad

Prueba de normalidad de las variables de estudio

Pruebas de normalidad			
	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Autoeficiencia para actividad física	,244	88	,000
Autoeficiencia para realización de actividad física programada	,245	88	,000
Autoeficiencia para actividad física de la vida diaria	,222	88	,000
Autoeficacia para caminar diariamente	,227	88	,000
Adherencia al programa domiciliario	,352	88	,000

Los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov mostraron valores de significancia menores a 0,05 en todas las variables y dimensiones evaluadas, evidenciando ausencia de distribución normal. En consecuencia, se justificó el uso de estadísticos no paramétricos, específicamente el coeficiente de correlación de Spearman, para analizar la relación entre la autoeficacia para el ejercicio y la adherencia al programa domiciliario, así como entre sus dimensiones.

Prueba de confiabilidad

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

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,819	5

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
Autoeficiencia para actividad física	6,20	2,589	,925	,680
Autoeficiencia para realización de actividad física programada	6,50	3,526	,467	,822
Autoeficiencia para actividad física de la vida diaria	6,35	2,661	,742	,741
Autoeficacia para caminar diariamente	6,30	2,642	,786	,725
Adherencia al programa domiciliario	6,85	4,239	,162	,879

Los resultados de la prueba de confiabilidad mostraron un coeficiente alfa de Cronbach de 0,819 en los cinco elementos evaluados de la muestra piloto ($n = 20$), correspondientes a la autoeficacia para el ejercicio, sus dimensiones y la adherencia al programa domiciliario. Este resultado evidenció una buena consistencia interna entre las variables centrales del estudio.

Anexo 5: Carta de aceptación de la institución para la recolección y uso de los datos



“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

AUTORIZACIÓN

El que suscribe;

Sr. OMAR William Pachas Valerio

Gerente General

AUTORIZA

A las Srtas. Illanes Huaman, Luz Delia y Ruiz Arancibia, Jonaldith Jemira, identificada con el código a2019200696 y a2021103241 de la carrera profesional de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación realizar su proyecto de tesis titulado **“Relación entre autoeficacia para el ejercicio y adherencia al programa domiciliario en adultos mayores de Rehavitale centro especializado, Lima 2026”** para optar el grado de licenciado Tecnólogo Médico en Terapia Física.

Atentamente

GERENTE GENERAL

DNI 41634487

Salamanca, 15 de abril del 2026

Anexo 6: Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 05 de mayo del 2026.

Autor Responsable:

JONALDITH JEMIRA RUIZ ARANCIBIA

Exp. N°: 0848-2026

De mi consideración:

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

Proyecto Titulado: **“RELACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA PARA EL EJERCICIO Y ADHERENCIA AL PROGRAMA DOMICILIARIO EN ADULTOS MAYORES DE REHAVITALE CENTRO ESPECIALIZADO, LIMA 2026”**

Versión Nro. 1, aprobada por el aszessor en fecha 23/03/ 2026.

El cual tiene como Autor(es) a:

JONALDITH JEMIRA RUIZ ARANCIBIA

LUZ DELIA ILLANES HUAMAN

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

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

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

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

Atentamente,



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

Anexo 7: Trntin antiplagio

Illanes Huaman Luz Delia Ruiz Arancibia Jonaldith... TESIS

 Universidad Wiener

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::14912:598354412

Fecha de entrega

8 jun 2026, 2:05 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

8 jun 2026, 2:07 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

TESIS - copia.docx

Tamaño del archivo

43.5 KB

10 páginas

3144 palabras

18.022 caracteres



Página 1 de 14 - Portada

Identificador de la entrega: trn:oid::14912:598354412



Página 2 de 14 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega: trn:oid::14912:598354412

12% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 5%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

12% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 5%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 5% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	revistaconcienciaepg.edu.pe	2%
2	Internet	www.researchgate.net	2%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-05-31	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-12-24	<1%
5	Internet	www.scielo.org.co	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Catolica San Antonio de Murcia on 2025-01-14	<1%
7	Internet	b-ok.org	<1%
8	Internet	repositorio.xoc.uam.mx	<1%
9	Trabajos entregados	ESCP-EAP on 2023-05-21	<1%
10	Internet	www.sccalp.org	<1%
11	Publicación	Miguel A. M. Cárdbaba, Blanca Requero, Gabriela Antoñanzas, Brenda Sáenz, David...	<1%