



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

Calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de
terapia física de Lima, periodo 2024

Para optar el Título Profesional de

Licenciada en Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación

Presentado por:

Autora: Imán Elías, Angélica María


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1465-2467>

Asesor: Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud

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

Lima – Perú

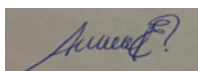
2024

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

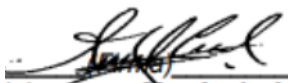
Yo, Angélica María Imán Elías, egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Tecnología Médica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Calidad de vida y Estado Cognitivo en Pacientes Adultos Mayores de un Centro de Terapia Física de Lima, periodo 2024....” Asesorado por el docente: MG. Arrieta Córdova, Andy Freud DNI 10697600. ORCID 0000 – 0002 – 8822 – 3318. Tiene un índice de similitud de (14) (CATORCE) % con oid: **14912362940442** 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
 Angélica María Imán Elías
 DNI: 45115715



.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor
 MG. Arrieta Córdova, Andy Freud
 DNI: ...10697600

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

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

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

Lima, 23 de Setiembre de 2024

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la fuerza y fortaleza para alcanzar mis metas.

A los adultos mayores porque me permiten ayudarles a tener una mejor calidad de vida

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, a mis padres por haberme dado la vida, y en especial a la familia García Rojas por su orientación y apoyo incondicional para poder estudiar esta carrera.

A la universidad Norbert Wiener y sus docentes, quienes me han colmado de conocimientos no solo para la práctica sino para la vida. A mi asesor Mg. Andy Freud Arrieta Córdova. Quien fue mi guía en todo este proceso de elaboración de tesis

ÍNDICE

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

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.....	12
1.2 Formulación del problema.....	12
1.2.1 Problema general.....	14
1.2.2 Problema específico.....	14
1.3 Objetivos de la investigación.....	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
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.....	23
2.3 Formulación de hipótesis.....	29
2.3.1. Hipótesis general.....	17
2.3.2. Hipótesis específicas.....	17

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación.....	31
3.2 Enfoque de la investigación	31

3.3	Tipo de investigación.....	31
3.4	Diseño de la investigación	32
3.5	Población, muestra y muestreo.....	32
3.6	Variables y operacionalización.....	34
3.7	Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	38
3.8	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	42
3.9	Aspectos éticos	43

CAPITULO IV PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

4.1	Análisis de los resultados.....	44
4.2	Discusión de los Resultados.....	61

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones	66
5.2	Recomendaciones.....	67

CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICOS

ANEXOS

Anexo 1:	Matriz de consistencia	76
Anexo 2:	Instrumento	78
Anexo 3:	Validez del instrumento	84
Anexo 4:	Formato de consentimiento informado	93
Anexo 5:	Carta de solicitud a la institución	95
Anexo 6:	Carta de aceptación para la recolección de datos	96
Anexo 7:	Aprobación del comité de ética	97

ÍNDICE DE TABLAS

1.	Tabla No 1 Distribución por grupo etario de la muestra.	Pág. 44
2.	Tabla No 2 Distribución por sexo de la muestra.	Pág. 46
3.	Tabla No 3 Distribución por estado civil de la muestra.	Pág. 47
4.	Tabla No 4 Distribución del nivel de calidad de vida.	Pág. 48
5.	Tabla No 5 Distribución del nivel de estado cognitivo.	Pág. 49
6.	Tabla No 6 Distribución de la dimensión salud física de la calidad de vida.	Pag. 50
7.	Tabla No 7 Distribución de la dimensión salud psicológica de la calidad de vida.	Pág. 51
8.	Tabla No 8 Distribución de la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida.	Pág. 52
9.	Tabla No 9 Distribución de la dimensión medio ambiente de la calidad de vida.	Pág. 53
10.	Tabla No 10 Prueba de normalidad de las variables y dimensiones de estudio.	Pág. 54
11.	Tabla No 11 Relación entre la calidad de vida y estado cognitivo.	Pág. 55
12.	Tabla No 12 Relación entre la dimensión salud física de la calidad de vida y estado cognitivo.	Pag. 56
13.	Tabla No 13 Relación entre la dimensión salud psicológica de la calidad de vida y estado cognitivo.	Pag. 58
14.	Tabla No 14 Relación entre la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida y estado cognitivo.	Pag. 59
15.	Tabla No 15 Relación entre la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida y estado cognitivo.	Pag. 61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. Figura No 1 Distribución por grupo etario de la muestra.Pág. 45
2. Figura No 2 Distribución por sexo de la muestra.Pág. 46
3. Figura No 3 Distribución por estado civil de la muestra.Pág. 47
4. Figura No 4 Distribución del nivel de calidad de vida.Pág. 48
5. Figura No 5 Distribución del nivel de estado cognitivo.Pág. 49
6. Figura No 6 Distribución de la dimensión salud física de la calidad
de vida.Pág. 50
7. Figura No 7 Distribución de la dimensión salud psicológica de la calidad
de vida.Pág. 51
8. Figura No 8 Distribución de la dimensión relaciones sociales de la calidad
de vida.Pag. 52
9. Figura No 9 Distribución de la dimensión medio ambiente de la calidad
de vida.Pag. 53

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. **Materiales y Métodos:** Pacientes adultos mayores de 60 años de edad a más, de ambos sexos, tipo aplicado de nivel correlacional, de enfoque cuantitativo, se utilizó los instrumentos “cuestionario de calidad de vida (whoqol - bref)” y “mini mental state examination (mmse)”. **Resultados:** El grupo con edades entre 75 y 79 años representa el 30.77%. El grupo de 70 a 74 años representa el 29.06%. El grupo de 65 a 69 años representa el 21.37%. El grupo de 60 a 64 años representa el 9.40%. El grupo de 80 años a más representa también el 9.40%, hay una ligera mayoría el género masculino, con un 52.14%, mientras que el 47.86% está conformado por personas del género femenino, se aprecia una prevalencia mayoritaria del nivel moderado, con un 43.59% del total de la muestra. El 44.44% de los pacientes poseen una función cognitiva moderada. El 29.91% posee un nivel de función cognitiva severo. El 17.09% posee una función cognitiva leve. El 8.55% posee una función cognitiva conservada. la dimensión medio ambiente de la calidad de vida. El 48.72% posee un nivel moderado. El 37.61% posee un nivel muy bajo. El 13.68% posee un nivel alto. se observa que la relación entre la calidad de vida y estado cognitivo es significativa ($p = 0.000 < 0.05$); así mismo, el coeficiente de Spearman es 0.703, la relación entre la dimensión salud física de la calidad de vida y la variable estado cognitivo es significativa ($p = 0.000 < 0.05$); así mismo, el coeficiente de Spearman es 0.545

Conclusiones: La muestra está representada por una ligera mayoría el género masculino, según el estado cognitivo de los pacientes el mayor porcentaje de los pacientes poseen una función cognitiva moderada.

Palabras claves: Calidad de vida, estado cognitivo, adultos mayores, características sociodemográficas.

ABSTRAC

Objective: Determine the relationship between quality of life and cognitive status in older adult patients from a physical therapy center in Lima, period 2024. **Materials and Methods:** Adult patients aged 60 years or older, of both sexes, applied type At a correlational level, with a quantitative approach, the instruments “quality of life questionnaire (whoqol - bref)” and “mini mental state examination (mmse)” were used. **Results:** The group aged between 75 and 79 years represents 30.77%. The 70 to 74 year old group represents 29.06%. The 65 to 69 year old group represents 21.37%. The 60 to 64 year old group represents 9.40%. The group of 80 years or more also represents 9.40%, there is a slight majority of the male gender, with 52.14%, while 47.86% is made up of people of the female gender, a majority prevalence of the moderate level can be seen, with a 43.59% of the total sample. 44.44% of patients have moderate cognitive function. 29.91% have a severe level of cognitive function. 17.09% have mild cognitive function. 8.55% have preserved cognitive function. the environmental dimension of quality of life. 48.72% have a moderate level. 37.61% have a very low level. 13.68% have a high level. It is observed that the relationship between quality of life and cognitive status is significant ($p = 0.000 < 0.05$); Likewise, the Spearman coefficient is 0.703, the relationship between the physical health dimension of quality of life and the cognitive state variable is significant ($p = 0.000 < 0.05$); Likewise, the Spearman coefficient is 0.545 **Conclusions:** The sample is represented by a slight majority of the male gender, according to the cognitive status of the patients, the highest percentage of patients have a moderate cognitive function.

Keywords: Quality of life, cognitive status, older adults, 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 hipótesis. El Capítulo III describe el método de investigación, la selección de la muestra y las técnicas desarrolladas para obtener los datos necesarios para su posterior procesamiento y análisis. El Capítulo IV desarrolla los resultados de la investigación y el procesamiento de los resultados, y el Capítulo V presenta las conclusiones y recomendaciones, las cuales forman parte del análisis final de la investigación.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El envejecimiento de la población es un fenómeno que plantea diversos desafíos en términos de salud y bienestar. En este contexto, la calidad de vida y el estado cognitivo de los adultos mayores emergen como dos variables cruciales que requieren atención y comprensión (1). En la última década, se ha observado un notable aumento en la longevidad de la población, y según cifras proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se proyecta que la proporción de personas mayores de 60 años se duplique entre el año 2000 y el 2050, incrementándose del 11% al 22% en ese lapso de tiempo (2).

Los adultos mayores enfrentan una serie de problemas que impactan significativamente en su calidad de vida. Algunos de los desafíos más comunes incluyen la pérdida de movilidad, la disminución de la agudeza mental y la soledad, los cuales influyen de manera negativa en su bienestar físico, cognitivo, psicológico y social (3). Es importante destacar que estos problemas pueden variar en intensidad y presentarse de manera distinta en cada individuo, pero el deterioro físico y cognitivo son aspectos críticos que impactan la calidad de vida de los adultos mayores (4).

A nivel internacional, se observan disparidades significativas en la calidad de vida y el estado cognitivo de los adultos mayores. Estas disparidades pueden atribuirse a factores socioeconómicos, culturales y de acceso a la atención médica. Por ejemplo, un estudio

realizado por Song et al. (5), demostró que la función cognitiva de 79 adultos mayores (edad media de 77,46 años) estuvo determinada parcialmente por el equilibrio y el componente físico de la calidad de vida, teniendo una proporción del 55%; lo que concluyó que la función física y cognitiva fueron predictores significativos de la calidad de vida.

Estudios como el de Stittes et al. (6), mostraron que las quejas cognitivas estaban relacionadas con una calidad de vida diaria relativamente más baja en una población de 259 adultos mayores. En Ecuador, el estudio de Cullacay y Márquez (7) obtuvo un gran porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo grave y deficiencias en las áreas de actividades funcionales, recreativas y de ocio, impactando negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores; y el estudio de Carvajal y Lanche (8) obtuvo que el 73% de adultos mayores presentó deterioro cognitivo leve, en un rango de edad de 65 a 70 años.

En Perú, las investigaciones sobre la calidad de vida y el estado cognitivo en adultos mayores son limitadas, a pesar de que el país enfrenta un rápido envejecimiento de la población. Ejemplos como el estudio de Allasi y Cardoso (9), se observó que había una alta frecuencia de deterioro cognitivo en personas adultas mayores y relacionado a enfermedades crónicas; el estudio de Tenorio-Mucha et al. (10), se observó que los adultos mayores obtuvieron un promedio de 78,9 puntos en relación a la calidad de vida, lo que estuvo influido por múltiples factores como la obesidad, enfermedades pulmonares, imposibilidad de manejar su propio dinero, fatiga y problemas de audición; y el estudio de Luna-Solis y Vargas (11), se encontró factores como ser mayor de 75 años a más, desempleado, tener menos de 8 años de educación y haber presentado un episodio depresivo en el último año, complementan con lo anterior mencionado y se encontró que 17% de adultos mayores presentó deterioro cognitivo.

En el centro de terapia física “FISANAR Salamanca”, algunos de los pacientes adultos mayores tienen dificultad para llevar a cabo sus actividades cotidianas y sus ejercicios

habituales, como realizar tareas simples, actividades al aire libre y disfrutar de su entorno. Por lo tanto, se plantea esta investigación para determinar la relación entre la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024?

1.2.2. Problemas específicos

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

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024
2. Determinar la relación entre el nivel de la dimensión Salud física de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.
3. Determinar la relación entre el nivel de la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.
4. Determinar la relación entre el nivel de la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.
5. Determinar la relación entre el nivel de la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

Los resultados de esta investigación, al determinar relacionar entre la calidad de vida y el estado cognitivo en adultos mayores, permitieron conocer si ambas variables presentan una relación significativa. Investigar esta relación proporcionó una mayor comprensión de los

mecanismos biopsicosociales que afectan tanto la función cognitiva como la percepción de la calidad de vida en esta población.

La investigación sobre la relación entre la calidad de vida y el estado cognitivo en adultos mayores es crucial desde una perspectiva teórica porque ayuda a comprender mejor la interacción entre estos dos conceptos fundamentales en el contexto del envejecimiento. Esta investigación nos permitió profundizar en las teorías existentes sobre el envejecimiento cognitivo y su impacto en el bienestar general de los adultos mayores. Además, proporciono una base sólida para el desarrollo de modelos teóricos que expliquen la relación entre la salud cognitiva y la calidad de vida en esta etapa de la vida.

1.4.2. Justificación Metodológica

La presente investigación empleo 2 cuestionarios validados y confiables para evaluar el nivel de calidad de vida y el nivel de estado cognitivo en pacientes adultos mayores. Los 2 cuestionarios estuvo validados por juicio de expertos y tuvieron la fiabilidad por prueba piloto; además, estos cuestionarios presentan validez y fiabilidad propia realizada por otros autores. Estos cuestionarios son: “Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL - BREF)” y “Mini Mental State Examination (MMSE)”; por lo que, esta investigación presento dos instrumentos validados para una población adulta mayor.

1.4.3. Justificación Práctica

Desde una perspectiva práctica, esta investigación fue relevante para el diseño y la implementación de intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida en adultos mayores, especialmente aquellos con deterioro cognitivo. Comprender cómo el estado cognitivo influye en la calidad de vida podría ayudar a identificar áreas específicas de intervención para mejorar el bienestar general de estos individuos. Además, esta investigación podría tener implicaciones importantes para la planificación de políticas de

salud pública dirigidas a mejorar la atención y el apoyo a los adultos mayores en la comunidad.

1.5. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones de la investigación fueron las siguientes:

- ✓ Limitantes en la recolección de antecedentes nacionales e internacionales, sobre el tema investigado.
- ✓ Limitantes en la gestión administrativa, en la recolección de datos, relacionados a los permisos de la entidad, y horarios libres de los investigadores, para su ejecución.
- ✓ Demora en la presentación previa, a la entidad que se ejecutaría la investigación.
- ✓ Los pacientes adultos mayores, que no asistían a sus terapias, por interconsultas con otras especialidades, reprogramando sus asistencias, y retrasando la recolección del dato.
- ✓ Factor económico del investigador, dado que este trabajo fue autofinanciado.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Costa et al. (12) en su estudio tuvieron como objetivo “*Analizar la asociación entre datos sociodemográficos y de salud, deterioro cognitivo y riesgo de sarcopenia con la capacidad funcional en adultos mayores inscritos en las Estrategias de Salud de la Familia en el área rural del municipio de Picos, Piauí, Brasil*”. Este estudio fue de alcance correlacional, de diseño observacional y corte transversal. La muestra estaba conformada por 320 adultos mayores que asistieron a las Estrategias de Salud de la Familia ubicadas en la zona rural de Picos, los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: Perfil demográfico, Enfermedades autoinformadas, Mini-Examen del Estado Mental, Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y SARC-F. Los resultados fueron: Se observó que el 70% presentaba deterioro cognitivo, el 53,8% mostraba riesgo de sarcopenia. Además, se registró una media de 93,72 (DE=11,84) puntos para las actividades básicas de la vida diaria, mientras que el 77,8% presentaba dependencia parcial para las actividades instrumentales de la vida diaria, con una media de 16,79 (DE=3,79) puntos. En el análisis de regresión múltiple multivariante, se identificó una asociación significativa entre las Actividades Básicas de la Vida Diaria y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria con la edad ($p<0,001$), el

número de hijos ($p=0,025$), la educación ($p=0,003$), los ingresos mensuales ($p=0,018$), el número de enfermedades ($p<0,001$), la sarcopenia ($p<0,001$) y el estado cognitivo ($p<0,001$). Se concluyó que, hubo una alta prevalencia de discapacidad funcional en ancianos que viven en el área rural de Picos, Piauí, Brasil.

Su et al. (13) en su estudio tuvieron como objetivo “*Determinar la asociación entre las puntuaciones de MMSE, los dominios de MMSE y el riesgo de mortalidad por todas las causas entre la población anciana china residente en la comunidad*”. Este estudio fue de alcance correlacional, de diseño observacional, de corte transversal y prospectivo. La muestra estaba conformada por 2134 participantes adultos mayores de la comunidad China, los cuales se les aplicó la prueba cognitiva mediante el MMSE, y cuestionarios estandarizados para registrar las covariables y la mortalidad por todas las causas. Los resultados fueron: “Los sujetos tenían una edad media de 71,01 años, y el 40,67% de ellos eran mujeres. Por cada punto de aumento en las puntuaciones MMSE se asoció un 4% menos de riesgo de mortalidad por todas las causas; en comparación con las puntuaciones MMSE de ≥ 24 , las puntuaciones MMSE de < 24 se asociaron con un 43% más de riesgo de mortalidad por todas las causas; en comparación con las puntuaciones MMSE de 30, las puntuaciones MMSE de 27-29, 24-26 y < 24 presentaron un aumento gradual del riesgo de mortalidad por todas las causas ($p=0,003$). De los dominios del MMSE, la orientación temporal (HR: 2,00; IC 95%: 1,29-3,11), la atención y el cálculo (HR: 1,49; IC 95%: 1,16-1,92), el recuerdo (HR: 2,59; IC 95%: 1,22-5,47) y el lenguaje (HR: 1,68; IC 95%: 1,25-2,26) se asociaron significativamente con la mortalidad por todas las causas en el modelo no ajustado. Se concluyó que el deterioro cognitivo se asoció con un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas en los adultos mayores chinos.

Kralj-Vasilj et al. (14) en su estudio tuvieron como objetivo “*Examinar el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida de las personas mayores*”. Este estudio fue de

alcance correlacional, de diseño observacional y de corte transversal. La muestra estaba conformada por 156 participantes de Croacia, los cuales se les aplicó la escala de calidad de vida (QOL)-BREF de la OMS y el Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Los resultados fueron: “El 53% participantes obtuvieron una puntuación igual o superior a 24 para la evaluación de las capacidades cognitivas y la demencia, lo que indica un resultado normal. Los participantes cuyos resultados indican la presencia de trastornos también tienen una calidad de vida notablemente inferior en todos los dominios. Los participantes que padecen únicamente una enfermedad física muestran valores significativamente más bajos en el dominio ambiental ($p = 0,010$) en comparación con los que padecen tanto una enfermedad física como mental, cuyos resultados muestran valores extremadamente bajos en prácticamente todos los segmentos relativos a la calidad de vida. Los valores del cuestionario de funcionamiento cognitivo están relacionados con los dominios de calidad de vida; la conexión más fuerte se relaciona con la salud mental (Rho de Spearman = 0,493; $p < 0,001$) y la conexión más débil se refiere al funcionamiento social”. Se concluyó que, los adultos mayores mostraron una disminución del funcionamiento cognitivo que, en consecuencia, se refleja en una disminución de la calidad de vida.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Alarcón y Bobadilla (15) en su estudio tuvieron como objetivo “Determinar la calidad de vida del adulto mayor que acude a un Puesto de Salud en Carabayllo, 2022”. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 127 adultos mayores del Puesto de Salud en Carabayllo, los cuales se les aplicó el cuestionario WHOQOL-BREF. Los resultados fueron: “Según la calidad de vida, se observó una predominancia del nivel medio en un

59,8%, seguido por el nivel bajo en un 33,9% y el nivel alto en un 6,3%. Al analizar las diferentes dimensiones, se encontró que en salud física el nivel alto fue predominante con un 54,3%, seguido por el nivel bajo en un 30,7% y el nivel medio en un 15%. En cuanto a la salud psicológica, el nivel alto predominó con un 45,7%, seguido por el nivel bajo en un 32,3% y el nivel medio en un 22%. Respecto a las relaciones sociales, el nivel bajo fue predominante con un 87,4%, seguido por el nivel medio en un 6,3% y el nivel alto en un 6,3%. En el ámbito del ambiente, el nivel medio fue predominante con un 64,6%, seguido por el nivel bajo en un 29,1% y el nivel alto en un 6,3%". Se concluyó que, hubo un predominio de nivel medio calidad de vida. Según las dimensiones de la calidad de vida, se observó que la dimensión salud física, el nivel alto fue el más predominante, mientras que en la dimensión salud psicológica también prevaleció el nivel alto. Por otro lado, en lo que respecta a la dimensión relaciones sociales, se encontró que predominó el nivel bajo. Finalmente, en cuanto a la dimensión ambiente, el nivel medio fue el más comúnmente encontrado.

Díaz y Paredes (16) en su estudio tuvieron como objetivo *“Determinar el nivel de la calidad de vida del adulto mayor en tiempos de Covid-19 en el Puesto de salud Santa Rosa de Belén – Lima, 2022”*. Este estudio fue de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, de diseño no experimental y transversal. La muestra poblacional estaba conformada por 50 pacientes adultos mayores del “Puesto de salud Santa Rosa de Belén”, los cuales se les aplicó el cuestionario WHOQOL-BREF. Los resultados fueron: El 92% presentó una calidad de vida media, seguido por el nivel alto (6%) y el nivel bajo (2%). Según las dimensiones de la calidad de vida, el 78% experimenta un nivel medio, mientras que el 22% obtuvo un nivel alto de calidad de vida en la dimensión física. Para la dimensión emocional, el 66% muestra un nivel medio de calidad de vida, seguido por el 26% con nivel alto y el 8% con nivel bajo. En la dimensión social, el 76% presenta un nivel medio

de calidad de vida, seguido por el 16% con nivel alto y el 8% con nivel bajo. Finalmente, en la dimensión del ambiente, el 60% tiene un nivel medio de calidad de vida, mientras que el 40% tiene un nivel alto. Se concluyó que la calidad de vida del adulto mayor en el puesto de salud fue de un nivel medio; esto se debe a la satisfacción que sienten consigo mismo y al ambiente saludable dentro de sus hogares.

Bazalar (17) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y el desempeño de las actividades de vida diaria en adultos mayores asistentes al servicio de Terapia Ocupacional de la Clínica Bamboo Senior Health Services”*. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, nivel correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 usuarios del servicio de Terapia Ocupacional de la Clínica Bamboo Senior Health, los cuales se analizó las actividades básicas de vida diaria (ABVD) con el “Índice de Barthel” y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con la “Escala de Lawton y Brody” y el deterioro cognitivo con el “Mini Mental State Examination (MMSE)”. Los resultados fueron: “La población fue 40% masculino y 60% femenino, la edad promedio fue de 84,4 años. El porcentaje de personas sin deterioro cognitivo fue del 16% en la muestra estudiada, mientras que el 6% mostró independencia en las ABVD. Sin embargo, el total de participantes evidenció algún grado de dependencia en las AIVD. Además, el 42% de la muestra tiene un cuidador capacitado, y el 92% dispone de personal de servicio para el hogar”. Se concluyó que, hubo una relación entre el deterioro cognitivo y el desempeño de las ABVD de los adultos mayores (p valor = 0.018); sin embargo, no hubo una relación entre el deterioro cognitivo y el desempeño de las AIVD de los adultos mayores.

Ramírez (18) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar la relación que existe entre el estado cognitivo y riesgo de caídas en los adultos mayores de la Casa de Reposo Nuestra Señora de la Piedad, año 2021”*. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, nivel

correlacional, de diseño no experimental y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 80 adultos mayores de la Casa de Reposo Nuestra Señora de la Piedad, a los que se les aplicó el Test Mini mental y el Test de Tinetti. Los resultados fueron: “El 53,8% de los participantes tenía entre 80 y 90 años, siendo el 96,2% mujeres. El 38,8% estaban solteros o viudos, y el 33,8% tenía educación secundaria completa. Un 11% mostró función cognitiva leve, mientras que el 50% de las mujeres presentó función cognitiva moderada. El 28% de las viudas tenía función cognitiva moderada, y el 19% con secundaria completa tenía función cognitiva leve. Además, el 33% tenía alto riesgo de caídas entre los 84 y 94 años, con un 49% de mujeres en riesgo moderado. Un 19% de personas solteras tenían riesgo moderado de caídas, siendo este porcentaje mayor, y el 23% de personas con secundaria completa también tenía riesgo moderado de caídas. Hubo una relación significativa entre la función cognitiva y el riesgo de caídas ($P=0,000<0,01$), con un coeficiente de Spearman de 0,611, indicando una relación directa (positiva) moderada”. Se concluyó que, hubo una relación entre la función cognitiva y el riesgo de caída; o sea, ha mayor deterioro cognitivo por edad avanzada, mayor riesgo de caídas.

2.2. Base teórica

2.2.1. Calidad de vida

La calidad de vida resulta desafiante definirla, ya que va más allá de simplemente satisfacer necesidades; requiere comprenderlas y valorarlas para lograr el bienestar. Su examen implica disciplinas diversas como ciencias sociales, naturales y de la salud, que ofrecen perspectivas únicas. A menudo, la calidad de vida se examina para evaluar el impacto de enfermedades crónicas y tratamientos médicos, utilizando encuestas autoadministradas en el ámbito de la salud (19).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es “la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto que, en su contexto de su cultura y sistemas de

valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (20). El término "calidad de vida" ha ganado popularidad en las evaluaciones de salud y como medida de bienestar. Aunque se usa constantemente, no cuenta con una definición o significado único y a veces se confunde o se utiliza de forma errónea en relación con otros conceptos similares (21).

La calidad de vida puede entenderse como la “satisfacción general” que experimenta una persona al alcanzar sus objetivos. Se enfatiza la estrecha conexión entre la calidad de vida y el logro de uno mismo. Desde una perspectiva subjetiva, la calidad de vida engloba la confianza, la expresión emocional, la sensación de seguridad, la utilidad personal y la percepción de la salud. Desde un punto de vista objetivo, se toman en cuenta aspectos como la vivienda, la armonía con el entorno y las relaciones dentro de la comunidad (22).

Cuando se aborda la calidad de vida en la población de adultos mayores, se está haciendo referencia al producto de las interacciones entre los diversos aspectos de la vida de cada individuo, que comprenden su entorno doméstico, nutrición, vestimenta, nivel educativo y libertades personales. Estas interacciones contribuyen de manera diversa a la consecución de un nivel de bienestar óptimo, tomando en cuenta el proceso gradual de envejecimiento. La habilidad para ajustarse a cambios en las circunstancias personales, tanto sociales como físicas, se relaciona con la salud física y con factores internos como la memoria disminuida y las inquietudes sobre el fin de la vida, el aislamiento, la movilidad reducida y la necesidad de ayuda (23).

2.2.1.1. Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida abarca las dimensiones físicas, psicológicas y sociales del ser humano, representando la máxima expresión de su bienestar y salud. Las dimensiones de calidad de vida son los diferentes aspectos o áreas que se consideran al evaluar la calidad de vida de una persona. Estas dimensiones pueden variar según

el contexto y el enfoque de la evaluación, pero comúnmente incluyen aspectos como la salud física, la salud mental, las relaciones sociales, el bienestar emocional, entre otros. A continuación, se presenta as dimensiones para esta investigación:

- **Dimensión de Salud física:** Evalúa el estado corporal de un individuo, tomando en cuenta la ausencia de enfermedades, la inexistencia de síntomas y la ausencia de efectos secundarios de medicamentos. Mantener un cuerpo saludable implica estar libre de afecciones médicas y malestares asociados a enfermedades y terapias medicinales (24).
- **Dimensión de Salud psicológica:** Se centra en la percepción individual sobre su bienestar emocional y mental, considerando aspectos como el miedo, la sensación de aislamiento, la autoestima reducida y la preocupación por el futuro. Además, aborda las creencias espirituales y religiosas, explorando temas como el propósito de la vida y la actitud frente al dolor (24).

De acuerdo con la OMS, la salud mental se caracteriza por la inexistencia de trastornos psicológicos y engloba el bienestar individual, la capacidad para realizar actividades cotidianas de forma autónoma, así como el crecimiento intelectual y emocional. Representa un estado en el cual las personas reconocen sus capacidades y afrontan eficazmente los desafíos diarios y laborales (25).

- **Dimensión de Relación Social:** Se refiere a las interacciones sociales, el soporte recibido de la red social y la actividad íntima del individuo. Esta evaluación engloba la percepción del individuo sobre sus vínculos personales, su posición en la comunidad, así como la importancia del respaldo que recibe de su entorno familiar y social, y su rendimiento en el trabajo. Es un examen completo que aborda varios aspectos relacionados con la vida afectiva y

social del sujeto, tomando en cuenta la relevancia de su red de apoyo y su participación en el ámbito laboral (24).

- **Dimensión Medio ambiente:** La calidad de vida del individuo se ve significativamente afectada por el entorno en el que vive. En un informe sobre la “Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo de las Naciones Unidas”, se destacaba la advertencia de que la degradación del medio ambiente representaba una amenaza para la calidad de vida. Además, se señala que la Declaración de Derechos Humanos proclama el derecho de todas las personas a una vida digna (26).

2.2.1.2. Medición de la calidad de vida

Con el transcurso del tiempo, se han desarrollado diversos enfoques que incorporan la evaluación mediante la aplicación de cuestionarios, los cuales son empleados tanto por los profesionales de la salud como por los propios pacientes. A pesar de que presentan ciertas limitaciones, estos cuestionarios continúan siendo utilizados en investigaciones destinadas a analizar el impacto de intervenciones médicas en pacientes que padecen enfermedades (27).

La evaluación de la Calidad de Vida se realizó mediante cuestionarios que cubren aspectos físicos, emocionales, cognitivos, sociales, percepciones de salud y bienestar, así como perspectivas futuras. Estos cuestionarios son adaptables a la población general, distintos grupos etarios y poblaciones específicas con condiciones médicas. Por ejemplo, el WHOQOL-BREF, derivado del WHOQOL-100, consta de 26 preguntas divididas en cuatro áreas: física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Este instrumento es utilizado internacionalmente en estudios epidemiológicos, ensayos clínicos y otras investigaciones para captar la visión del paciente (28).

Otra herramienta es el Cuestionario de Salud SF-36, ampliamente utilizado para medir la CVRS, compuesto por 36 preguntas repartidas en 8 áreas. Originalmente desarrollado para su aplicación en los Estados Unidos, fue adaptado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA). La versión en español siguió un proceso estandarizado dentro del proyecto IQOLA (29).

2.2.2. Estado cognitivo

El estado cognitivo abarca las capacidades mentales que posibilitan las tareas cotidianas de una persona. El estado cognitivo engloba el nivel y la eficiencia de las funciones mentales de un individuo en un instante específico, como la atención, memoria, lenguaje y habilidades visuales (30). “Un estado cognitivo saludable implica un funcionamiento óptimo en estas áreas, mientras que un estado cognitivo deteriorado puede manifestarse en dificultades de atención, memoria, toma de decisiones, entre otros aspectos” (31).

El bienestar total de las personas mayores implica la habilidad para abordar los desafíos ambientales y prosperar de manera independiente en la comunidad. No obstante, la salud de los ancianos puede fluctuar, mostrándose a través de diversas condiciones como depresión, ansiedad, alteraciones del sueño y fluctuaciones emocionales, entre otros. “La depresión es una afección ampliamente experimentada a nivel mundial, siendo la principal causa de discapacidad y más de 260 millones de personas sufren trastornos de ansiedad (32)”.

A medida que las personas envejecen, la exposición a diversos factores ambientales puede afectar negativamente sus funciones cognitivas. Estos factores incluyen la presencia de sustancias como monóxido de carbono, solventes orgánicos, alimentos procesados, humo de tabaco, consumo de alcohol, grasas saturadas y contaminantes en el agua. Tales agentes pueden provocar daño pulmonar y aterosclerosis, lo que conlleva a una disminución en el flujo sanguíneo y la oxigenación en el cerebro y otros órganos, resultando en pérdida celular

y disfunción. Este proceso es más prevalente en individuos mayores de 60 años y puede desencadenar deterioro cognitivo (33).

La salud física y el bienestar emocional están interconectados, de modo que un adulto mayor que enfrenta dificultades financieras podría experimentar una disminución en su salud mental, lo que a su vez podría debilitar su sistema inmunológico. Este debilitamiento puede manifestarse en problemas como insomnio, pérdida de apetito, estrés crónico y una mayor susceptibilidad a enfermedades infecciosas. Del mismo modo, “condiciones físicas como la diabetes tipo II y la hipertensión pueden desencadenar alteraciones emocionales (34)”. Los adultos mayores pueden experimentar negligencia en la esfera familiar y social debido a su vulnerabilidad emocional. Avances médicos y tecnológicos han prolongado notablemente la vida de los ancianos, especialmente en países desarrollados o económicamente estables (35).

Varios factores contribuyen al deterioro cognitivo en los ancianos, incluyendo aterosclerosis cerebral debido a la reducción del flujo sanguíneo. Enfermedades como Alzheimer, Parkinson, cardiopatías, neoplasias y trastornos neurológicos también tienen un impacto. La situación económica de los adultos mayores también desempeña un papel importante, ya que las pensiones a menudo son insuficientes para una alimentación adecuada y el costo de la atención médica (36). “El deterioro cognitivo en el cual la persona pierde sus capacidades de razonamiento, entendimiento y de memoria, sin que cumpla con criterios para clasificarlo como demencia. Las personas presentan esta patología, tienen problemas de convivencia en la familia, lo cual los lleva a disminuir su calidad de vida (37)”.

Múltiples elementos influyen en la declinación cognitiva en los ancianos, como la aterosclerosis cerebral que disminuye la circulación sanguínea, y condiciones como Alzheimer, Parkinson, afecciones cardíacas, cáncer y trastornos neurológicos. “La situación económica de los ancianos tiene un impacto significativo en su salud cognitiva, dado que sus ingresos suelen ser limitados, lo que puede resultar en una alimentación desequilibrada

debido a la necesidad de destinar recursos a medicamentos y atención médica, lo que puede exacerbar su condición (38)".

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación entre la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

Ho: No existe relación entre la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

2.3.2. Hipótesis específicas:

Hi1: Existe relación entre el nivel de la dimensión Salud física de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

Ho1: No existe relación entre el nivel de la dimensión Salud física de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

Hi2: Existe relación entre el nivel de la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

Ho2: No existe relación entre el nivel de la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

Hi3: Existe relación entre el nivel de la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

Ho3: No existe relación entre el nivel de la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

Hi4: Existe relación entre el nivel de la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

Ho4: No existe relación entre el nivel de la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

La presente investigación, fue Hipotético - deductivo. El método Hipotético – deductivo se define como: “el conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas de investigación mediante la prueba o verificación de hipótesis” (39).

3.2. Enfoque de la investigación

La presente investigación, fue Cuantitativo. El enfoque cuantitativo se define como: “un enfoque basado en el positivismo, que busca la objetividad del conocimiento a través de un proceso deductivo donde se prueban hipótesis mediante la medición numérica y el análisis estadístico inferencial” (39).

3.3. Tipo y nivel de investigación

El presente estudio fue de tipo Aplicada. El tipo Aplicada se define como: “aquella que

tiene como objetivo la generación de conocimiento para resolver problemas específicos o aplicar soluciones prácticas en un contexto determinado” (40). El presente estudio fue de nivel correlacional. El nivel correlacional se define como: “aquel que busca establecer la relación que existe entre dos o más variables, sin intervenir en su manipulación” (40).

3.4. Diseño de la investigación

El presente estudio fue No experimental. El diseño No experimental se define como: “la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables y en la que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para luego analizarlos” (39).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población de estudio se refiere al grupo completo de elementos que comparten características comunes y que son objeto de estudio en una investigación (41). La población estuvo conformada por todos los pacientes adultos mayores que realicen sus tratamientos en el FISANAR Salamanca, y se toma de referencia a los 117 pacientes que fueron atendidos en el periodo anterior.

3.5.2. Muestra

La muestra de investigación implica seleccionar un grupo representativo extraído de una población más amplia, con el propósito de investigar y llegar a conclusiones sobre esa población en su conjunto (41). La muestra de esta investigación estuvo conformada por todos los pacientes conformado en la población de estudio.

3.5.3. Muestreo

El muestreo fue de manera no probabilístico de tipo censal, lo que significa que se incluyó a todos los participantes en lugar de seleccionarlos al azar o basarse en un método probabilístico de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión:**

- ✓ Pacientes del FISANAR Salamanca
- ✓ Pacientes adultos mayores de 60 años de edad a más.
- ✓ Pacientes de ambos sexos.
- ✓ Con comorbilidades controladas (HTA, Diabetes, Epoc, etc)
- ✓ Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- ✓ Pacientes hemodinámicamente estables.

- **Criterios de exclusión:**

- ✓ Pacientes que no comprendan los ítems de las encuestas.
- ✓ Pacientes que ingieran algún medicamento para los problemas mentales.
- ✓ Pacientes con deterioro cognitivo muy graves.
- ✓ Pacientes independientes o no realizan actividades básicas.
- ✓ Pacientes con ayudas biomecánicas para deambular
- ✓ Pacientes con déficit visual severo

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Calidad de vida

Definición Operacional: Valorar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores, considerando su entorno social y cultural, así como sus valores, 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">• Actividades de la vida diaria• Dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas• Energía y fatiga• Movilidad• Dolor y malestar• Duerme y descansa• Capacidad de trabajo	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Calidad de vida Baja = 7-16 puntos• Calidad de vida Moderada = 17-26 puntos• Calidad de vida Alta = 27-35 puntos

	Salud psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen y apariencia corporal • Sentimientos negativos • Sentimientos positivos • Autoestima • Espiritualidad/Religión/Creencias personales • Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración 		<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida Baja = 6-16 puntos • Calidad de vida Moderada = 17-25 puntos • Calidad de vida Alta = 26-30 puntos
	Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones personales • Apoyo social • Actividad sexual 		<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida Baja = 3-7 puntos • Calidad de vida Moderada = 8-12 puntos • Calidad de vida Alta = 13-15 puntos
	Medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos financieros • Libertad, seguridad física y protección • Asistencia sanitaria y social • Ambiente en el hogar • Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades. • Participación y oportunidades para actividades de recreación/esparcimiento • Eventos en el entorno físico • Transporte 		<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida Baja = 8-18 puntos • Calidad de vida Moderada = 19-29 puntos • Calidad de vida Alta = 30-40 puntos

Variable 2: Estado cognitivo

Definición Operacional: Valorar la capacidad cognitiva en individuos de edad avanzada y en aquellos que podrían estar experimentando dificultades cognitivas; mediante el Mini Mental State Examination (MMSE) de dos categorías de los ítems siguiendo el criterio de calificación de tipo Likert de 0 y 1. La clasificación final es Función cognitiva severa (01 – 11 puntos), Función cognitiva moderada (12 – 23 puntos), Función cognitiva leve (24 – 26 puntos) y Función cognitiva conservada (27 – 30 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>
Estado cognitivo	Nivel de función cognitiva	Orientación en el tiempo y espacio	Ordinal	<ul style="list-style-type: none">• Función cognitiva severa (0 – 11 puntos)• Función cognitiva moderada (12 – 23 puntos)• Función cognitiva leve (24 – 26 puntos)• Función cognitiva conservada (27 – 30 puntos)
		Memoria		
		Atención y cálculo		
		Evocación		
		Lenguaje		

Variable control: Características sociodemográficas

Definición Operacional: Describen diversos aspectos de una persona que detallan su ubicación dentro de la sociedad y su estructura poblacional, como la edad, sexo y estado civil; de cinco categorías para la dimensión edad, de dos categorías para dimensión sexo y de cinco categorías para la dimensión estado civil.

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 transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento presente.	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• 60 – 64 años• 65 – 69 años• 70 – 74 años• 75 – 79 años• 80 años a más
	Sexo	Conjunto de caracterizas de los individuos de una especie.	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino
	Estado civil	Situación definida por las conexiones familiares, matrimoniales o de parentesco.	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Soltero• Casado• Conviviente• Divorciado• Separado

3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

El presente estudio utilizó la técnica de encuesta, que consiste en recopilar información mediante preguntas estandarizadas dirigidas a la muestra de estudio. A continuación, se realizarán las siguientes acciones para obtener información:

1. Se llevó a cabo las pautas de seguridad relacionadas con el Covid-19, al momento de evaluar a los participantes.
2. Se solicitó al representante del FISANAR Salamanca, mediante una solicitud (Anexo N° 05) para efectuar esta investigación durante los meses de Junio y Julio del año 2024.
3. Se seleccionó pacientes según los criterios de inclusión y exclusión y se les explicará detalladamente el proceso de evaluación. Los pacientes que aceptaron participar en el estudio firmaron el formulario de consentimiento informado (Anexo N° 04) de manera voluntaria y consciente, y se les proporcionará una copia del documento.
4. Los pacientes que acepten participar en el estudio recibieron 2 instrumentos de evaluación: “Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL - BREF)” y “Mini Mental State Examination (MMSE)”. Cada participante será evaluado en un lapso de 20 a 25 minutos. Luego, los resultados se registraron digitalmente, asegurando la confidencialidad y el anonimato de todos los involucrados.

3.7.2. Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL - BREF)

El Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL – BREF) constituye una herramienta de evaluación elaborada por la OMS, con el fin de valorar la percepción de calidad de vida de las personas (42). Se emplea para examinar diversos aspectos relacionados con la calidad de vida en cuatro áreas principales: la salud física, la salud mental, las relaciones sociales y el entorno físico.

El cuestionario comprende un total de 26 ítems, inicialmente con dos interrogantes generales sobre la satisfacción con la salud y la calidad de vida en su conjunto. Luego, se presentan preguntas específicas para cada uno de los cuatro dominios previamente mencionados: siete preguntas se centran en la salud física, otras seis en el ámbito de la salud mental, tres abordan las relaciones sociales, mientras que ocho están destinadas a evaluar la percepción del entorno físico (42).

Los distintos aspectos del cuestionario están distribuidos en cuatro dominios, cada uno representado por una serie específica de preguntas: Para evaluar la dimensión de la Salud física, se incluyen las preguntas numeradas como 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18. En cuanto a la dimensión de la Salud psicológica, se contemplan las preguntas numeradas como 5, 6, 7, 11, 19 y 26. La dimensión Relaciones sociales se exploran a través de las preguntas numeradas como 20, 21 y 22. La dimensión del Medio ambiente está representada por las preguntas numeradas como 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25 (43).

Las respuestas a cada pregunta se registran en una escala de Likert, que incluye números del 1 al 5. En esta escala, el valor 1 indica que el paciente no experimentó la situación o no pudo realizar la acción, mientras que el valor 5 indica que el paciente experimentó la situación o quedó satisfecho al hacerlo. Este método

permite a los participantes mencionar su nivel de participación o grado de satisfacción en relación con cada aspecto evaluado.

Ficha técnica

Nombre:	Cuestionario WHOQOL - BREF de Calidad de Vida
Autores:	Cutipa y Zamora
Población:	En 203 pobladores
Tiempo:	1 mes (desde el 15 de marzo hasta el 15 de abril)
Momento:	Durante la cuarentena del Covid-19
Lugar:	En sierra peruana
Validez:	Fue validado por 7 jueces expertos y se obtuvo un Índice de Validez de contenido (coeficiente de V de Aiken) mayor a los 0.70 (43).
Confiabilidad:	Tuvo un coeficiente Alfa de Cronbach que oscila entre 0.70 y 0.81 para las distintas dimensiones, así como un coeficiente Omega de McDonald que varía entre 0.72 y 0.82 (43).
Tiempo de llenado:	Entre 10 y 15 min
Número de ítems:	26 ítems
Dimensiones:	<ul style="list-style-type: none"> • Salud física • Salud psicológica • Relaciones sociales • Medio ambiente
Alternativas de respuesta:	1, 2, 3, 4 y 5
Baremos (niveles, grados) de la variable:	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida Baja = 24-72 puntos • Calidad de vida Moderada = 73-94 puntos • Calidad de vida Alta = 95-120 puntos

Mini Mental State Examination (MMSE)

El Mini Mental State Examination es una herramienta muy empleada para valorar la función cognitiva en la población de adultos mayores y en individuos que podrían presentar alteraciones cognitivas, como la demencia. Este instrumento fue

creado en 1975 por los psiquiatras Marshall Folstein y Susan Folstein, en colaboración con Paul R. McHugh (44). Este examen comprende un conjunto de preguntas y actividades elaboradas con el fin de evaluar diversos aspectos de la función cognitiva, abarcando la capacidad de orientación temporal y espacial, la memoria, la atención, la habilidad para realizar cálculos, el uso del lenguaje y la percepción visual-espacial. Las calificaciones obtenidas pueden servir para identificar posibles dificultades cognitivas y para monitorear la evolución de estas a lo largo del tiempo. Este test está compuesto por 11 secciones y presenta 30 opciones de respuesta, con un valor de 1 punto asignado a cada una (45).

Ficha técnica

Nombre:	Mini Mental State Examination (MMSE)
Autor:	Rojas-Gualdrón, DF; Segura C, A; Cardona A, D; Segura C, A; y Garzón D, MO.
Población:	En 4034 adultos mayores residentes de Antioquia
Tiempo:	No menciona
Momento:	No menciona
Lugar:	En el domicilio de cada participante.
Validez:	Por varios tipos de validez.
Confiabilidad:	La confiabilidad de los ítems alcanzó el 0,80, lo que significa que la medida explica el 45,2% de la variabilidad de las puntuaciones sin procesar (46).
Tiempo de llenado:	En 5 a 10 minutos
Número de ítems:	30 ítems
Dimensiones:	No presenta dimensiones
Alternativas de respuesta:	0 = No acierta y 1 = Acierta
Baremos (niveles, grados) de la variable:	<ul style="list-style-type: none"> • Función cognitiva severa (0 – 11 puntos) • Función cognitiva moderada (12 – 23 puntos) • Función cognitiva leve (24 – 26 puntos)

• Función cognitiva conservada (27 – 30 puntos)

Elaboración propia

Prueba de confiabilidad

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

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

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,895	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
Calidad Vida	9,35	6,134	0,878	0,849
Estado Cognitivo	9,15	6,871	0,483	0,927
Salud Física	9,50	6,789	0,755	0,871
Salud Psicológica	9,50	7,105	0,793	0,869
Relaciones Sociales	9,50	7,105	0,793	0,869
Medio Ambiente	9,50	6,789	0,755	0,871

Finalmente, podemos deducir que el instrumento utilizado para obtener información respecto al nivel de calidad de vida y estado cognitivo, así como las dimensiones de calidad de vida, es bueno (0.895).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se procede a reunir los datos de todos los participantes, y para analizar estos datos se utilizó el software "IBM SPSS Statistics" en su versión 28.0. Además, los resultados se

visualizan utilizando las funcionalidades ofrecidas por "Microsoft Excel" en su versión 2021.

Se utilizó la distribución de frecuencias para las variables sociodemográficas. Luego, se comprobó la normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov. Después, se realizó el análisis estadístico, incluyendo pruebas de correlación con Pearson o Spearman, según la distribución de las variables. El nivel de significancia se establecerá en <0.05 .

3.9. Aspectos éticos

Los principios éticos son un conjunto de reglas morales que orientan decisiones específicas, asegurando un comportamiento responsable que no dañe a individuos ni a la sociedad en general. En esta investigación, se implementaron principios éticos que involucran la salvaguarda de la confidencialidad y la integridad de los datos, a través de la asignación de códigos exclusivos a los participantes para preservar su anonimato y privacidad.

Se tomaron medidas preventivas para evitar perjuicios a los participantes, velando por su bienestar durante y después del estudio. Además de garantizar la seguridad, se buscó contribuir al avance de la investigación médica, proporcionando información valiosa sobre el tema en estudio. Se siguieron los procedimientos establecidos para obtener la aprobación del Comité de Ética de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia de la Universidad Norbert Wiener antes de iniciar el proyecto de investigación propuesto.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

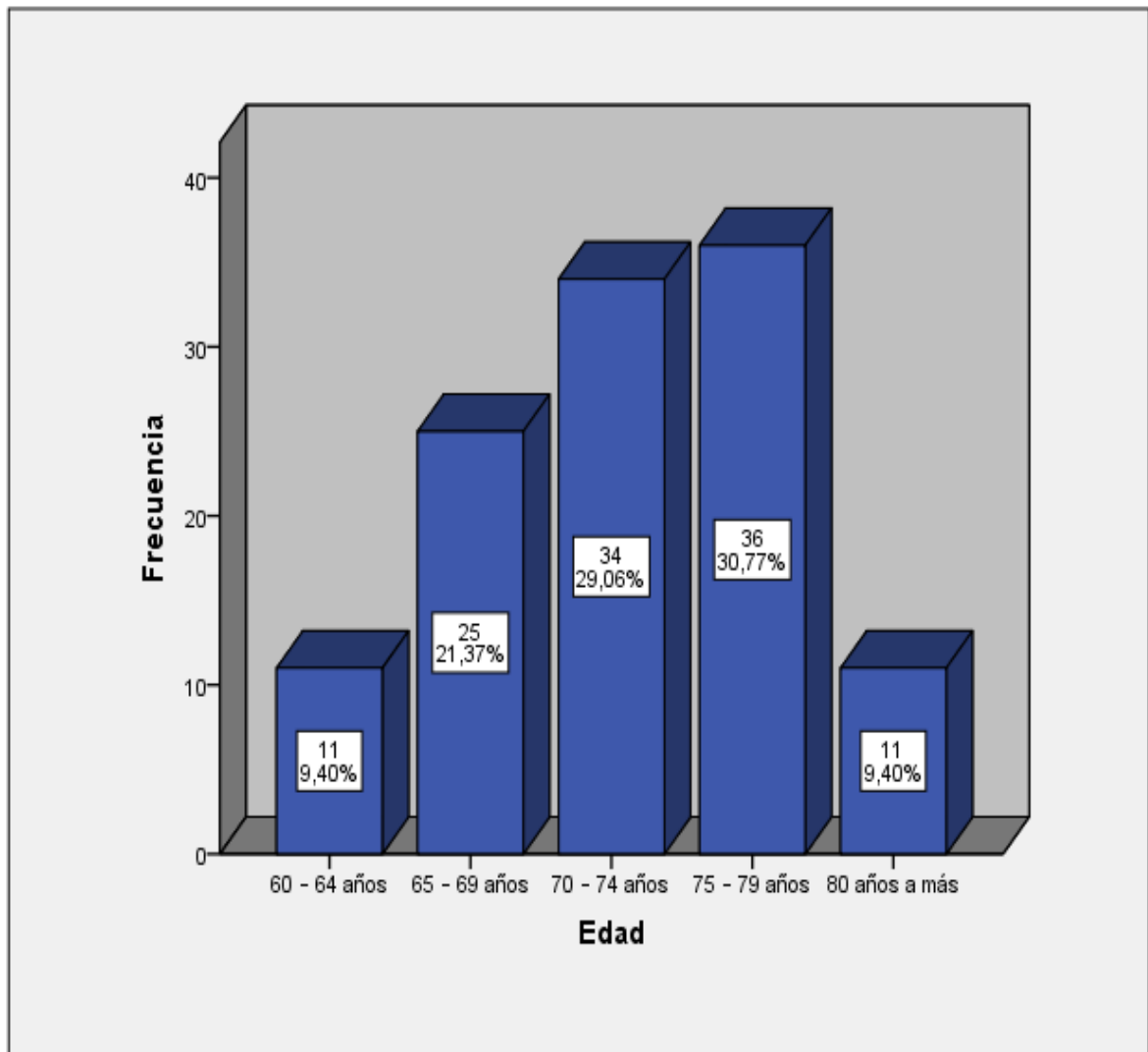
En este estudio participaron un total de 117 pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024; de ambos géneros, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

4.1.1 Características sociodemográficas de la muestra

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

EDAD			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
60 – 64 años	11	9,4%	9,4%
65 – 69 años	25	21,4%	30,8%
70 – 74 años	34	29,1%	59,8%
75 – 79 años	36	30,8%	90,6%
80 años a más	11	9,4%	100%
Total	117	100%	

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

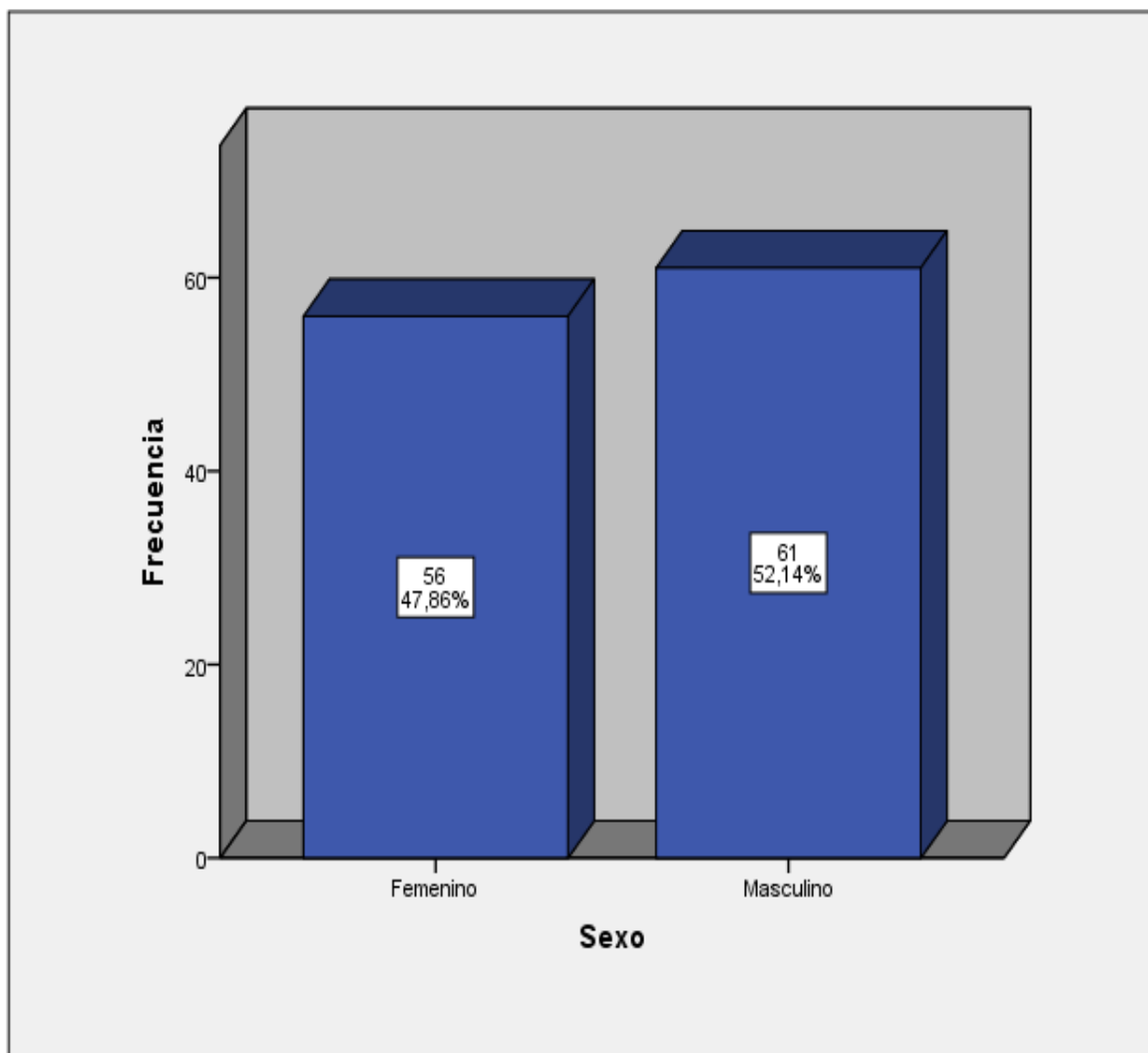


La Tabla n.º1 y la Figura n.º1 muestran la distribución por grupo etario. El grupo de estudio está conformado por pacientes de 60 años a más. El grupo con edades entre 75 y 79 años representa el 30.77%. El grupo de 70 a 74 años representa el 29.06%. El grupo de 65 a 69 años representa el 21.37%. El grupo de 60 a 64 años representa el 9.40%. El grupo de 80 años a más representa también el 9.40%.

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

SEXO			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	56	47,9%	47,9%
Masculino	61	52,1%	100%
Total	117	100%	

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

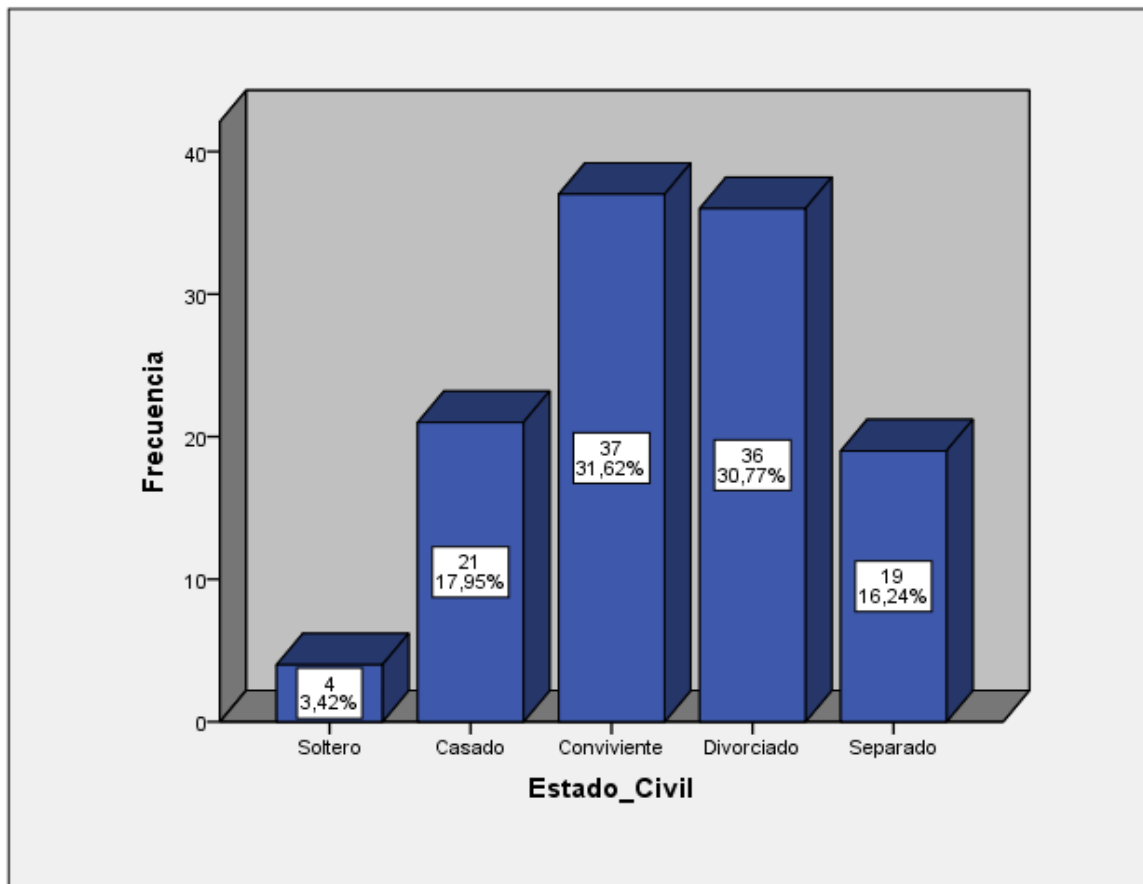


La Tabla n.º2 y la Figura n.º2 presentan la distribución por sexo de la muestra. La muestra está representada por una ligera mayoría el género masculino, con un 52.14%, mientras que el 47.86% está conformado por personas del género femenino.

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

ESTADO CIVIL			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero	4	3,4%	3,4%
Casado	21	17,9%	21,4%
Conviviente	37	31,6%	53%
Divorciado	36	30,8%	83,8%
Separado	19	16,2%	100%
Total	117	100%	

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



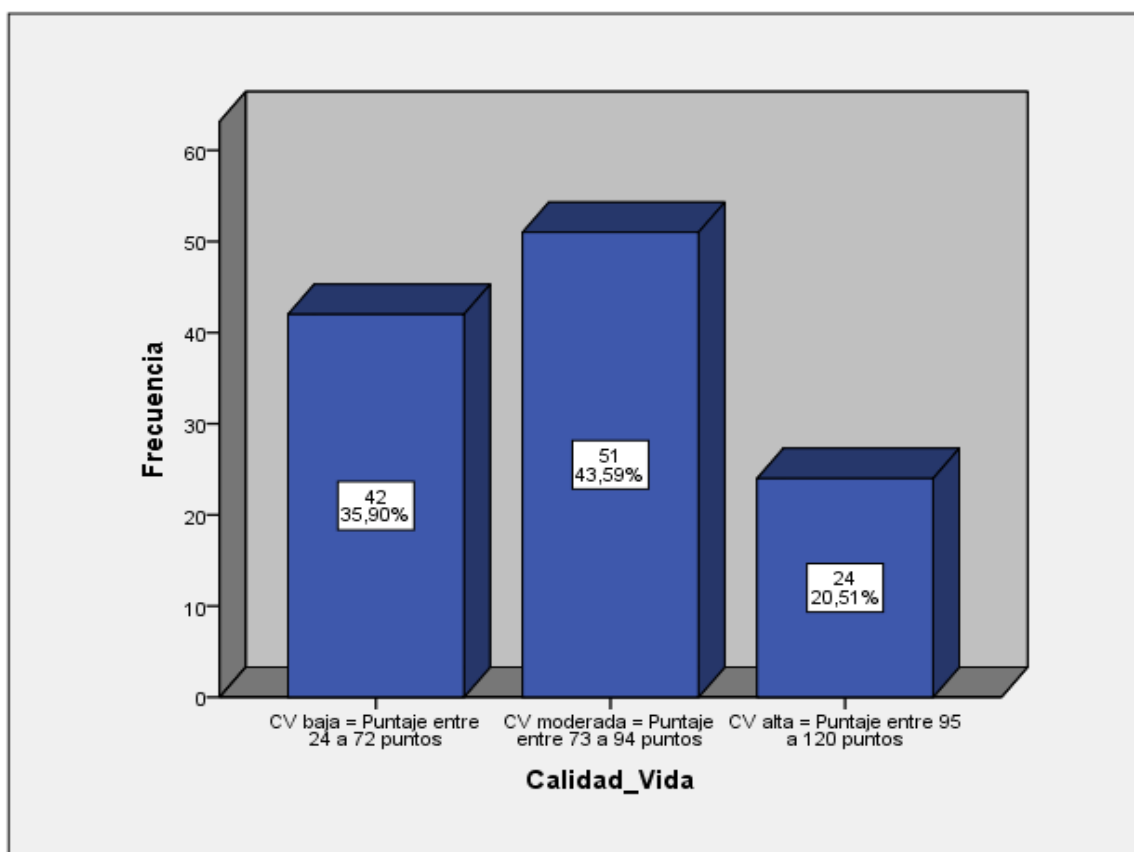
La Tabla n.º3 y la Figura n.º3 presentan la distribución por estado civil de la muestra. El 31.62% de los pacientes se encuentran en situación de convivencia. El 30.77% se encuentra divorciado. El 17.95% se encuentra casado. El 16.24% se encuentra separado. Los pacientes solteros representan el 3.42% de la muestra.

4.1.2 Características clínicas de la muestra

Tabla n.º4: Distribución del nivel de calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CV baja = Puntaje entre 24 a 72 puntos	42	35,9%	35,9%
CV moderada = Puntaje entre 73 a 94 puntos	51	43,6%	79,5%
CV alta = Puntaje entre 95 a 120 puntos	24	20,5%	100%
Total	117	100%	

Figura n.º4: Distribución del nivel de calidad de vida.

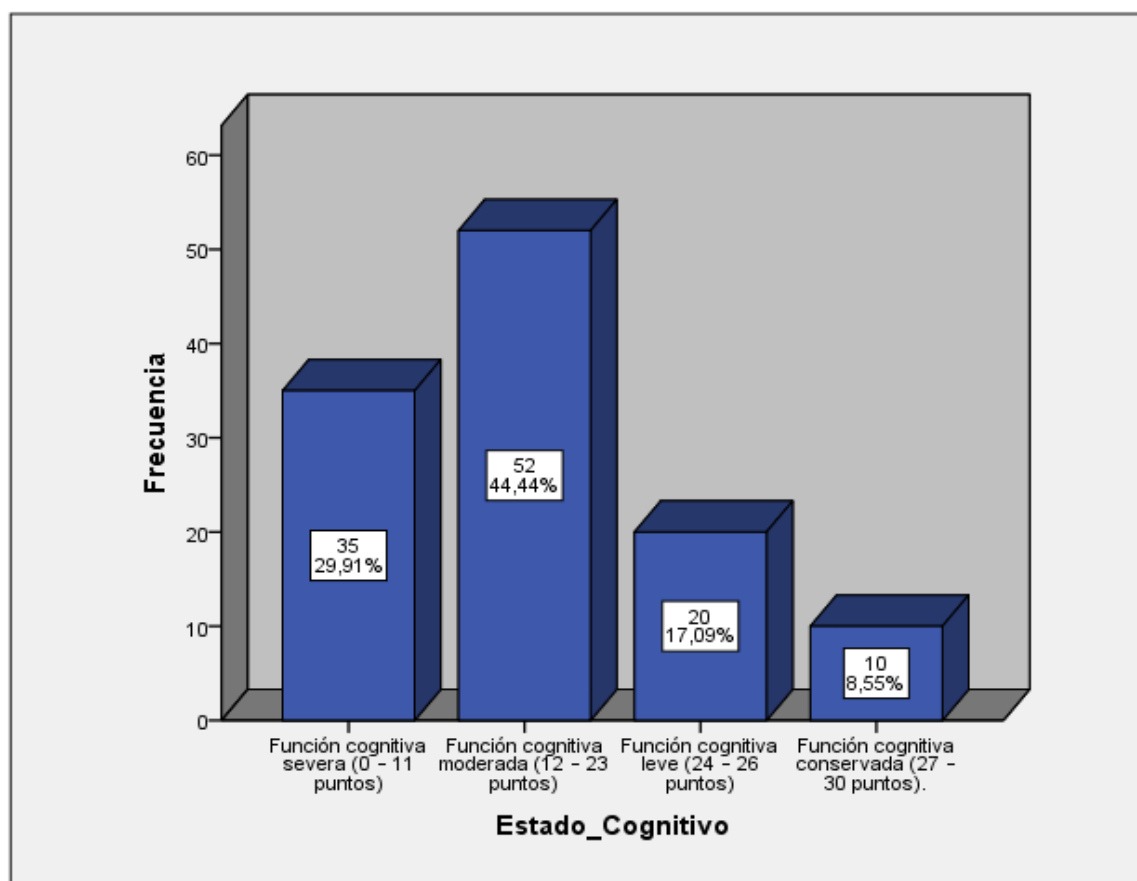


La Figura n.º4 y Tabla n.º4 muestran el nivel de calidad de vida de los pacientes. Se aprecia una prevalencia mayoritaria del nivel moderado, con un 43.59% del total de la muestra. El 35.90% evidencia un nivel bajo de calidad de vida. El 20.51% posee un nivel alto de calidad de vida.

Tabla n.º5: Distribución del nivel de estado cognitivo.

ESTADO COGNITIVO			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Función cognitiva severa (0 – 11 puntos)	35	29,9%	29,9%
Función cognitiva moderada (12 – 23 puntos)	52	44,4%	74,4%
Función cognitiva leve (24 – 26 puntos)	20	17,1%	91,5%
Función cognitiva conservada (27 – 30 puntos).	10	8,5%	100%
Total	117	100%	

Figura n.º5: Distribución del nivel de estado cognitivo.

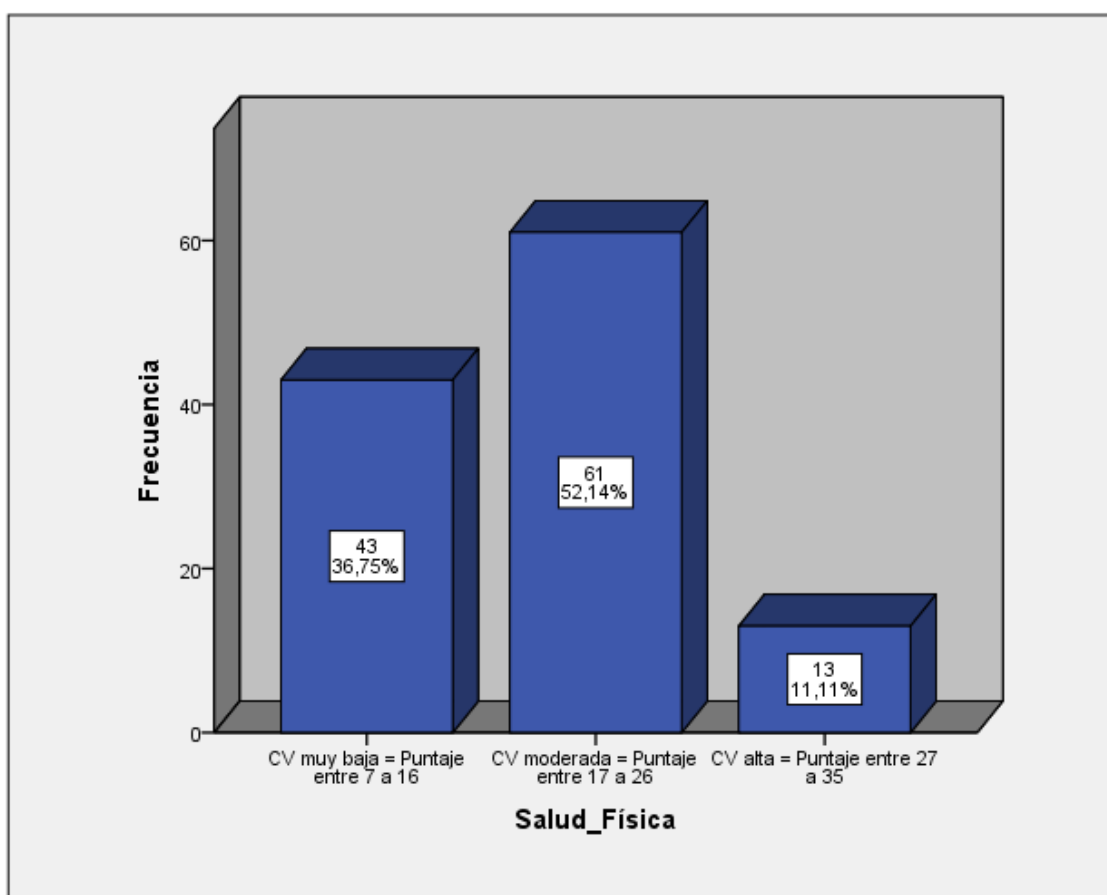


La Figura n.º5 y Tabla n.º5 muestran el nivel de estado cognitivo de los pacientes. El 44.44% de los pacientes poseen una función cognitiva moderada. El 29.91% posee un nivel de función cognitiva severo. El 17.09% posee una función cognitiva leve. El 8.55% posee una función cognitiva conservada.

Tabla n.º6: Distribución de la dimensión salud física de la calidad de vida.

SALUD FÍSICA			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CV muy baja = Puntaje entre 7 a 16	43	36,8	36,8
CV moderada = Puntaje entre 17 a 26	61	52,1	88,9
CV alta = Puntaje entre 27 a 35	13	11,1	100
Total	117	100	

Figura n.º6: Distribución de la dimensión salud física de la calidad de vida.

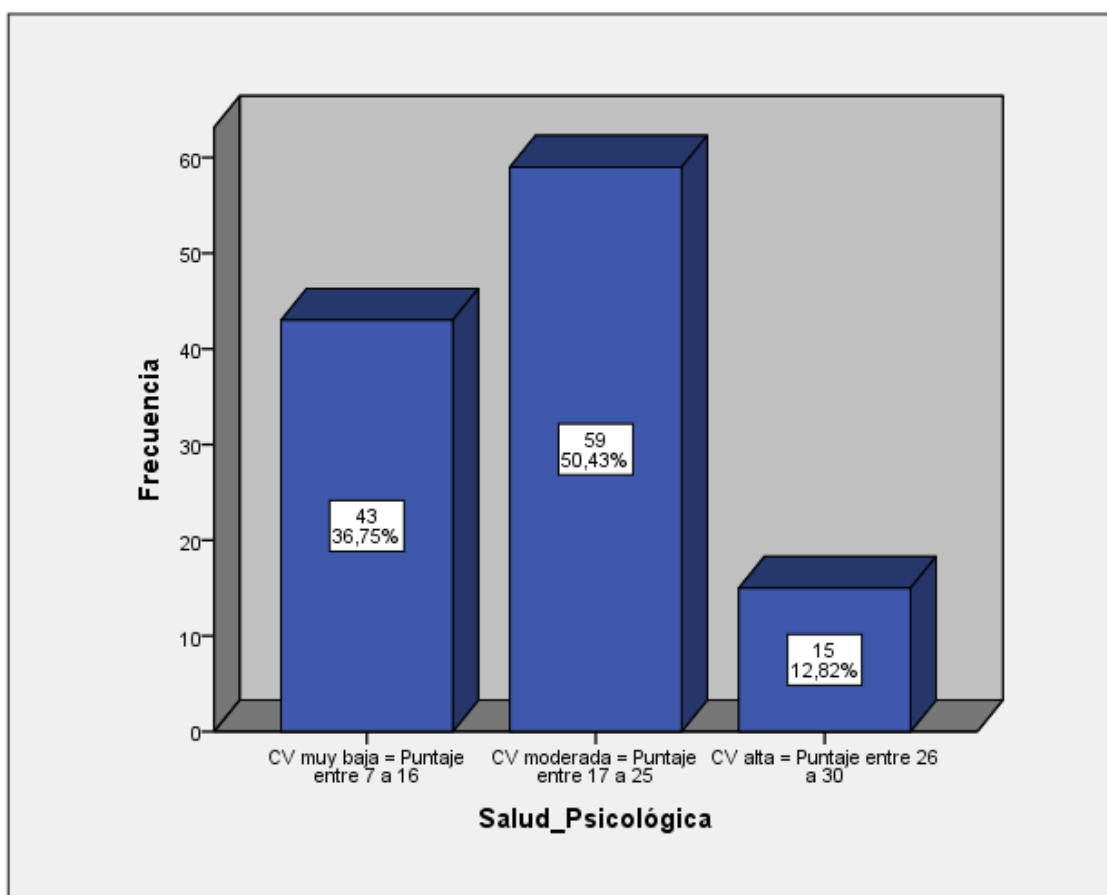


La Figura n.º6 y Tabla n.º6 muestran la distribución de la dimensión salud física de la calidad de vida. El 52.14% posee un nivel moderado de la dimensión. El 36.75% posee un nivel muy bajo. El 11.11% posee un nivel alto de salud física.

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

SALUD PSICOLÓGICA			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CV muy baja = Puntaje entre 7 a 16	43	36,8%	36,8%
CV moderada = Puntaje entre 17 a 25	59	50,4%	87,2%
CV alta = Puntaje entre 26 a 30	15	12,8%	100%
Total	117	100%	

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

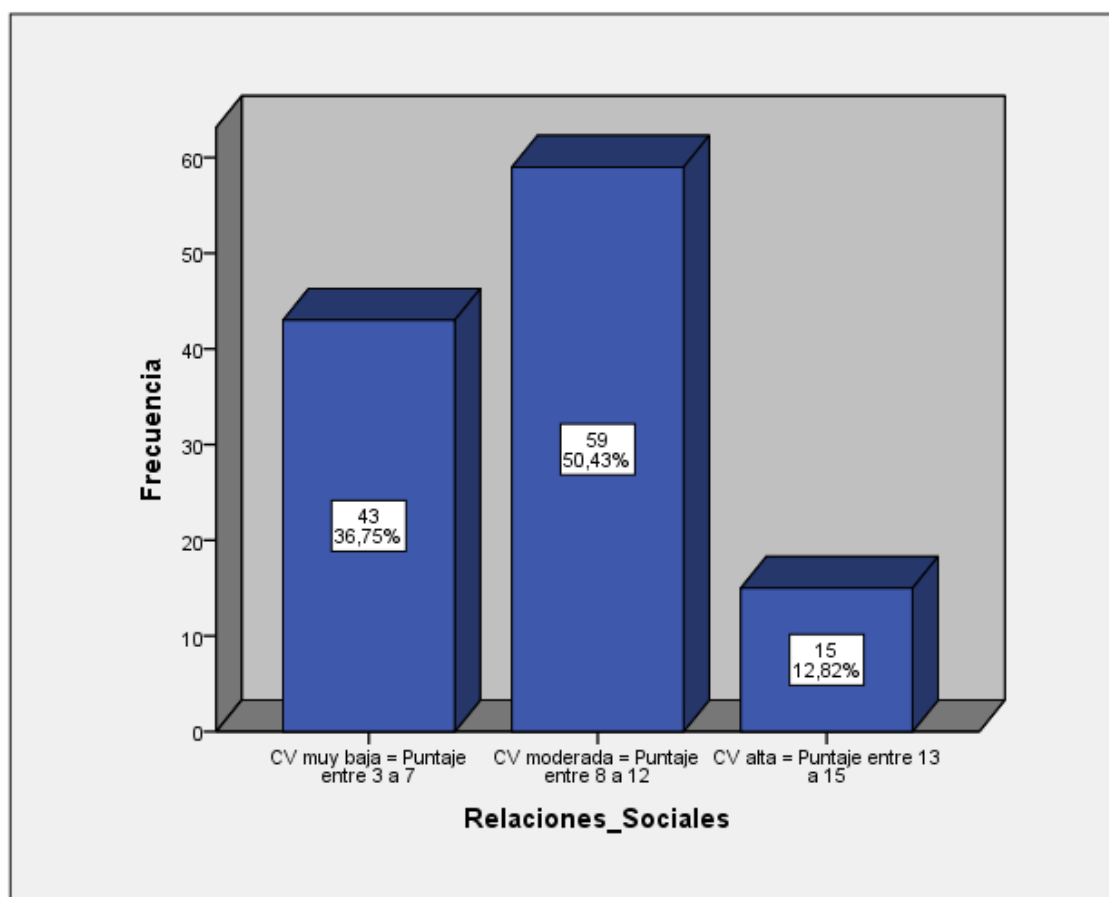


La Figura n.º7 y Tabla n.º7 muestran la distribución de la dimensión salud física de la calidad de vida. El 50.43% posee un nivel moderado. El 36.75% posee un nivel muy bajo. El 12.82% posee un nivel alto.

Tabla n.º8: Distribución de la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida.

RELACIONES SOCIALES			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CV muy baja = Puntaje entre 3 a 7	43	36,8%	36,8%
CV moderada = Puntaje entre 8 a 12	59	50,4%	87,2%
CV alta = Puntaje entre 13 a 15	15	12,8%	100%
Total	117	100	%

Figura n.º8: Distribución de la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida.

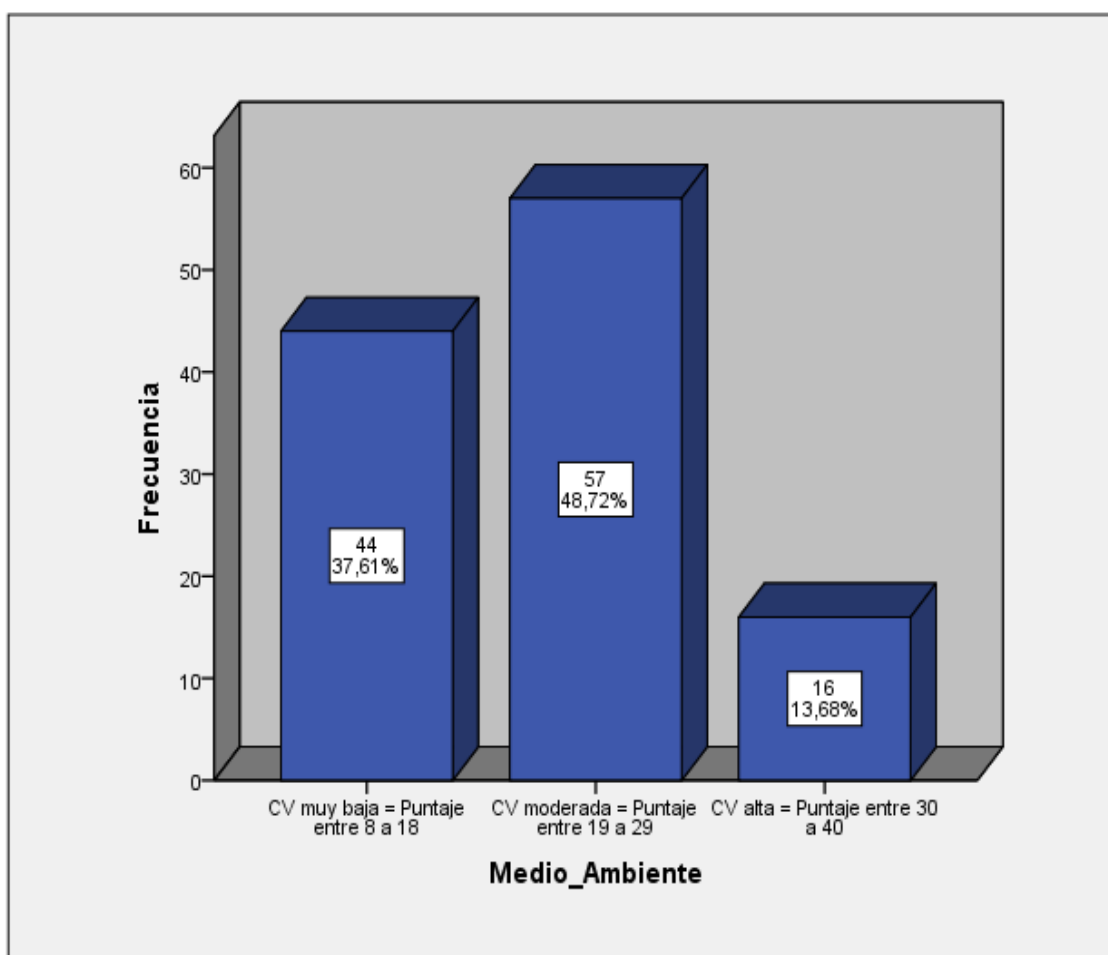


La Figura n.º8 y Tabla n.º8 muestran la distribución de la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida. El 50.43% posee un nivel moderado. El 36.75% posee un nivel muy bajo. El 12.82% posee un nivel alto.

Tabla n.º9: Distribución de la dimensión medio ambiente de la calidad de vida.

MEDIO AMBIENTE			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CV muy baja = Puntaje entre 8 a 18	44	37,6%	37,6%
CV moderada = Puntaje entre 19 a 29	57	48,7%	86,3%
CV alta = Puntaje entre 30 a 40	16	13,7%	100%
Total	117	100%	

Figura n.º9: Distribución de la dimensión medio ambiente de la calidad de vida.



La Figura n.º9 y Tabla n.º9 muestran la distribución de la dimensión medio ambiente de la calidad de vida. El 48.72% posee un nivel moderado. El 37.61% posee un nivel muy bajo. El 13.68% posee un nivel alto.

4.1.3 Prueba de normalidad.

Tabla n.º10: Prueba de normalidad de las variables y dimensiones de estudio.

PRUEBAS DE NORMALIDAD			
	Kolmogorov-Smirnov^a		
Calidad_Vida	,233	117	,000
Estado_Cognitivo	,262	117	,000
Salud_Física	,287	117	,000
Salud_Psicológica	,273	117	,000
Relaciones_Sociales	,273	117	,000
Medio_Ambiente	,262	117	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

En la Tabla n.º10 se observó que la variable calidad de vida, la variable estado cognitivo, la dimensión salud física, la dimensión salud psicológica, la dimensión relaciones sociales y la dimensión medio ambiente 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 calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

H0: No existe relación entre la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física 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 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.º11: Relación entre la calidad de vida y estado cognitivo.

CORRELACIONES				
		Calidad Vida	Estado Cognitivo	
Rho de Spearman	Calidad Vida	Coeficiente de correlación	1,000	
		Sig. (bilateral)	,000	
	Estado Cognitivo	N	117	117
		Coeficiente de correlación	,703**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	117	117

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

Conclusión: En la Tabla n.º11. se observa que la relación entre la calidad de vida y estado cognitivo es significativa ($p = 0.000 < 0.05$); así mismo, el coeficiente de Spearman es 0.703, lo cual indica que existe una correlación positiva moderada. **Al 95% de confianza podemos concluir que la variable calidad de vida y la variable estado cognitivo se relacionan entre sí de manera positiva y moderada** para los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

4.1.4.2 Hipótesis Específica 1

H1: Existe relación entre el nivel de la dimensión Salud física de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

H0: No existe relación entre el nivel de la dimensión Salud física de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física 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.º12: Relación entre la dimensión salud física de la calidad de vida y estado cognitivo.

CORRELACIONES					
			Salud Física	Estado Cognitivo	
Rho de Spearman	Salud Física	Coeficiente de correlación	1,000	,545**	
		Sig. (bilateral)	.	,000	
			N	117	117
	Estado Cognitivo	Coeficiente de correlación	,545**	1,000	
		Sig. (bilateral)	,000	.	
			N	117	117

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

Conclusión: En la Tabla n.º12 se observa que la relación entre la dimensión salud física de la calidad de vida y la variable estado cognitivo es significativa ($p = 0.000 < 0.05$); así mismo, el coeficiente de Spearman es 0.545, lo cual indica que existe una correlación

positiva moderada. **Al 95% de confianza podemos concluir que la dimensión salud física de la calidad de vida y la variable estado cognitivo se relacionan entre sí de manera positiva y moderada** para los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

4.1.4.3 Hipótesis Específica 2

H1: Existe relación entre el nivel de la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

H0: No existe relación entre el nivel de la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física 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 utilizo el coeficiente de correlación de Spearman, dado que se analizarán variables cualitativas ordinales con distribución no normal.

Tabla n.º13: Relación entre la dimensión salud psicológica de la calidad de vida y estado cognitivo.

CORRELACIONES			
		Salud Psicológica	Estado Cognitivo
Rho de Spearman	Salud Psicológica	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,686**
		N	117
	Estado Cognitivo	Coeficiente de correlación	,686**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	117

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

Conclusión: En la Tabla n.º13 se observa que la relación entre la dimensión salud psicológica de la calidad de vida y la variable estado cognitivo es significativa ($p = 0.000 < 0.05$); así mismo, el coeficiente de Spearman es 0.686, lo cual indica que existe una correlación positiva moderada. **Al 95% de confianza podemos concluir que la dimensión salud psicológica de la calidad de vida y la variable estado cognitivo se relacionan entre sí de manera positiva y moderada** para los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

4.1.4.4 Hipótesis Específica 3

H1: Existe relación entre el nivel de la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

H0: No existe relación entre el nivel de la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física 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 la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida y estado cognitivo.

CORRELACIONES			
		Relaciones Sociales	Estado Cognitivo
Rho de Spearman	Relaciones Sociales	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,686**
		N	. 117
Rho de Spearman	Estado Cognitivo	Coeficiente de correlación	,686**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	,000 117

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

Conclusión: En la Tabla n.º14 se observa que la relación entre la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida y la variable estado cognitivo es significativa ($p = 0.000 < 0.05$); así mismo, el coeficiente de Spearman es 0.686, lo cual indica que existe una

correlación positiva moderada. **Al 95% de confianza podemos concluir que la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida y la variable estado cognitivo se relacionan entre sí de manera positiva y moderada** para los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

4.1.4.5 Hipótesis Específica 4

H1: Existe relación entre el nivel de la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

H0: No existe relación entre el nivel de la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física 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.º15: Relación entre la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida y estado cognitivo.

CORRELACIONES			
		Medio Ambiente	Estado Cognitivo
Rho de Spearman	Medio Ambiente	1,000	,590**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	117
Rho de Spearman	Estado Cognitivo	,590**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000
		N	117

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

Conclusión: En la Tabla n.º15 se observa que la relación entre la dimensión medio ambiente de la calidad de vida y la variable estado cognitivo es significativa ($p = 0.000 < 0.05$); así mismo, el coeficiente de Spearman es 0.590, lo cual indica que existe una correlación positiva moderada. **Al 95% de confianza podemos concluir que la dimensión medio ambiente de la calidad de vida y la variable estado cognitivo se relacionan entre sí de manera positiva y moderada** para los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

4.2 Discusión de Resultados

- ✓ El objetivo del presente estudio es determinar si existe relación entre la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.

- ✓ Los hallazgos obtenidos con relación a edad muestran que la población de estudio estuvo conformada por edades de 65 años a más. El grupo mayoritario es el de 75 a 79 años, con un 30.77% del total. La distribución por edad se asemeja parcialmente al trabajo realizado por Su et al. (13), en donde el promedio de edad fue de 71 años. También existen trabajos en donde el grupo de estudio fueron adultos mayores, como los de Kralj-Vasilj et al. (14), Alarcón y Bobadilla (15), Diaz y Paredes (16), Bazalar (17) y Ramírez (18); sin embargo, la distribución de adultos mayores fue diferente. Por ejemplo, en el trabajo de Bazalar (17), la edad promedio fue de 84.4 años, y en el trabajo de Ramírez (18), el grupo mayoritario estuvo conformado por pacientes entre 80 y 90 años, representando un 53.8% del total.
- ✓ Respecto a la distribución por sexo, en nuestro estudio se evidencia que el 52.1% de los pacientes estudiados eran del género masculino. Estos hallazgos discrepan de trabajos como el de Su et al. (13), en donde el 40.67% eran del género femenino. También se encuentra discordancia en la distribución en el trabajo de Bazalar (17), en donde el 60% eran del género femenino. El trabajo de Ramírez (18) también dista del nuestro al mostrar una prevalencia mayoritaria del género femenino con un 96% de mujeres en el estudio.
- ✓ La distribución por estado civil, indica que la mayoría de los adultos mayores se encuentra en situación de conviviente, con un 31.62% del total. Discrepamos de los hallazgos de Ramírez (18), en donde el 38.8% de los pacientes eran solteros o viudos. En nuestro estudio los solteros representan el 3.42%, y no se cuenta con la categoría de viudos.
- ✓ Respecto a la distribución del nivel de calidad de vida, el 43.59% de los pacientes presentó un nivel moderado, seguido del grupo con calidad baja con un 35.90%. Concordamos con el estudio de Alarcón y Bobadilla (15), en donde el grupo

mayoritario tuvo un nivel medio de calidad de vida (59.8%). Discrepamos de la distribución por calidad de vida del trabajo de Diaz y Paredes (16), en donde el 92% de los pacientes adultos mayores estudiados poseían un nivel de calidad de vida medio.

- ✓ Respecto a la distribución del nivel de estado cognitivo, nuestros hallazgos muestran una prevalencia mayoritaria de pacientes con función cognitiva moderada, representado por un 44.44% del total de la muestra. Coincidimos con la distribución presentada en el trabajo de Kralj-Vasilj et al. (14), en donde el 53% de los pacientes presentaron un resultado normal respecto a sus capacidades cognitivas. Concordamos con el trabajo de Bazalar (17), en donde el 16% de personas no presentaron deterioro cognitivo, un porcentaje bajo similar al nuestro en donde el 9% presentó una función cognitiva conservada. También concordamos con el trabajo de Ramírez (18) en donde el 11% de los pacientes presentaron una función cognitiva leve. En nuestro estudio, el grupo con función cognitiva leve representó el 17% del total de pacientes.
- ✓ Respecto a la dimensión salud física de la calidad de vida, nuestro estudio muestra que la prevalencia del grupo con calidad de vida moderada es de 52.14%. Estos hallazgos discrepan del trabajo de Alarcón y Bobadilla (15), en donde el 54.3% presentó un nivel alto de la dimensión. También se toma distancia del trabajo de Diaz y Paredes (16), en donde la dimensión salud física fue mayoritariamente representado por el nivel medio con un 78%.
- ✓ Respecto a la dimensión salud psicológica de la calidad de vida, nuestro estudio muestra una prevalencia del nivel moderado de 50.43%. Estos hallazgos guardan relación con el trabajo de Diaz y Paredes (16), en donde el 66% de los adultos mayores poseía un nivel medio de calidad de vida. Distamos del trabajo de Alarcón

y Bobadilla (15), en donde la mayoría de los pacientes presentó un nivel alto de la dimensión con un 45.7% del total.

- ✓ Respecto a la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida, nuestros hallazgos indican que el 50.43% de los pacientes presentó un nivel moderado de la dimensión. Discrepamos de la distribución encontrada en el trabajo de Alarcón y Bobadilla (15), en donde el 87.4% de los pacientes presentó un nivel bajo de la dimensión.
- ✓ Respecto a la dimensión medio ambiente de la calidad de vida, en nuestro estudio se evidencia una mayoría con un nivel de calidad de vida moderada, siendo un 48.72% del total de la muestra. Coincidimos con la distribución del trabajo de Alarcón y Bobadilla (15), en donde el 64.6% de los pacientes presentó un nivel medio. También coincidimos con la distribución del trabajo de Diaz y Paredes (16), en donde el 60% de los pacientes presentaron un nivel medio en esta dimensión.
- ✓ En cuanto a la relación entre el nivel de calidad de vida y estado cognitivo, nuestro estudio logra evidenciar una correlación entre dichas variables de manera positiva y moderada. La correlación encontrada fue de 0.703 en el coeficiente de Spearman. Coincidimos con el trabajo de Kralj-Vasilj et al. (14), en donde se logró determinar una relación entre el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida de modo que, a menor funcionamiento cognitivo, menor calidad de vida.
- ✓ Respecto a la relación entre la dimensión salud física de la calidad de vida y estado cognitivo, fue posible encontrar una correlación positiva y moderada, con un coeficiente de Spearman de 0.545.
- ✓ Respecto a la relación entre la dimensión salud psicológica de la calidad de vida y estado cognitivo, fue posible encontrar una correlación positiva y moderada, con un coeficiente de Spearman de 0.686.

- ✓ Respecto a la relación entre la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida y estado cognitivo, fue posible encontrar una correlación positiva y moderada, con un coeficiente de Spearman de 0.686.
- ✓ Respecto a la relación entre la dimensión medio ambiente de la calidad de vida y estado cognitivo, fue posible encontrar una correlación positiva y moderada, con un coeficiente de Spearman de 0.590.
- ✓ Se concluye que existe una relación positiva moderada entre la variable calidad de vida y estado cognitivo, así como también entre las dimensiones de calidad de vida (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente) y el estado cognitivo.

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- ✓ El grupo con edades entre 75 y 79 representa un mayor porcentaje de la muestra.
- ✓ La muestra está representada por una ligera mayoría el género masculino.
- ✓ El mayor porcentaje de los pacientes se encuentran en situación de convivencia.
- ✓ Según el estado cognitivo de los pacientes el mayor porcentaje de los pacientes poseen una función cognitiva moderada.
- ✓ Según la dimensión salud física de la calidad de vida el mayor porcentaje de los pacientes posee un nivel moderado.
- ✓ Según la dimensión salud física de la calidad de vida el mayor porcentaje de los pacientes posee un nivel moderado.
- ✓ Según la dimensión relaciones sociales de la calidad de vida el mayor porcentaje de los pacientes posee un nivel moderado.
- ✓ Según la dimensión medio ambiente de la calidad de vida el mayor porcentaje de los pacientes posee un nivel moderado.
- ✓ La variable calidad de vida y la variable estado cognitivo se relacionan entre sí de manera positiva y moderada

- ✓ La dimensión salud física de la calidad de vida y la variable estado cognitivo se relacionan entre sí de manera positiva y moderada.
- ✓ La dimensión salud psicológica de la calidad de vida y la variable estado cognitivo se relacionan entre sí de manera positiva y moderada.
- ✓ La dimensión relaciones sociales de la calidad de vida y la variable estado cognitivo se relacionan entre sí de manera positiva y moderada.
- ✓ La dimensión medio ambiente de la calidad de vida y la variable estado cognitivo se relacionan entre sí de manera positiva y moderada.

5.2 Recomendaciones

- ✓ Desarrollar estrategias para la realización de ejercicios y actividades funcionales, adecuadas para los pacientes adultos mayores, basándose en la actividad y estilos de vida de los pacientes que acuden al centro de terapia física.
- ✓ Realización de talleres activos de manera presencial para favorecer la capacidad funcional y el estado cognitivo en el paciente adulto mayor, así como a sus familiares.
- ✓ Uso de las plataformas digitales para dar charlas informativas a los pacientes periódicamente sobre su patología, en acompañamiento de sus dudas, pautas, regulación de repeticiones y sugerencias.
- ✓ Mejorar y reeducar sobre el dolor a los pacientes adultos mayores, desde un abordaje biosicosocial.
- ✓ Implementar programas de ejercicios de flexibilización y descarga muscular 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 adulto mayor, generando una actividad adecuada para el paciente, en que el paciente no piense en el movimiento que realiza sino en la actividad que realiza.

CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICOS

1. Investigación en envejecimiento hoy: principales retos de salud pública [Internet]. Elsevier.es. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X02747896>
2. Envejecimiento y salud [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. WMaster H. Problemas que enfrentan los adultos mayores: Mirada profunda [Internet]. Homewatch CareGivers. 2022. Disponible en: <https://cuidadoadultomayor.com/cuidado-adulto-mayor/problemas-que-enfrentan-los-adultos-mayores/>
4. Hussenoeder FS, Conrad I, Roehr S, Fuchs A, Pentzek M, Bickel H, et al. Mild cognitive impairment and quality of life in the oldest old: a closer look. *Qual Life Res* [Internet]. 2020; 29(6):1675–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-020-02425-5>
5. Song R, Fan X, Seo J. Physical and cognitive function to explain the quality of life among older adults with cognitive impairment: exploring cognitive function as a

- mediator. *BMC Psychol* [Internet]. 2023; 11(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-023-01087-5>
6. Stites SD, Harkins K, Rubright JD, Karlawish J. Relationships between cognitive complaints and quality of life in older adults with mild cognitive impairment, mild Alzheimer disease dementia, and normal cognition. *Alzheimer Dis Assoc Disord* [Internet]. 2018; 32(4):276–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/wad.0000000000000262>
 7. Cullacay B, Karen G y Márquez C, Candice S. Estudio del deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Casa Hogar Betania en el periodo 2021- 2022. Universidad Politécnica Salesiana Sede Cuenca; 2022.
 8. Carvajal B, Brigitte L y Lanche M, Delia N. Prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor. Universidad de Guayaquil; 2023.
 9. Allasi G, Nicolet J y Cardoso A, E. Deterioro cognitivo en adultos mayores. Universidad Continental; 2021.
 10. Tenorio-Mucha J, Romero-Albino Z, Roncal-Vidal V, Cuba-Fuentes MS. Calidad de vida de adultos mayores de la Seguridad Social peruana durante la pandemia por COVID-19. *Rev Cuerpo Med HNAAA* [Internet]. 2021;14(Sup1):41–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14sup1.1165>
 11. Luna-Solis Y, Vargas Murga H. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2018; 81(1):9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972018000100003&script=sci_arttext “F.ARRIETA.C”

12. Costa Lima EF, Oliveira da Silva E, Silva Fhon JR. Functional capacity and its associated factors in older adults in the rural area in Brazil. *Nurs Pract Today* [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18502/npt.v10i4.14081>
13. Su Y, Dong J, Sun J, Zhang Y, Ma S, Li M, et al. Cognitive function assessed by Minimal state examination and risk of all-cause mortality: a community-based prospective cohort study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2021; 21(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-021-02471-9>
14. Kralj-Vasilj M, Mikšić Štefica, Farčić N, Degmenčić D, Miškulin M, Musović K, Barać I. Cognitive Functioning and Life Quality of the Elderly: A Cross-sectional Study. *Open Access Maced J Med Sci* [Internet]. 2020 Apr. 24; 8(E):284-90. Disponible en: <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/3634>
15. Alarcón Pérez E, Bobadilla Carmona SP. Calidad de vida del adulto mayor que acude a un puesto de salud en Carabayllo, Lima 2022. Universidad María Auxiliadora; 2022.
16. Diaz Lozano R y Paredes Primo JL. Calidad de vida del adulto mayor en tiempos de Covid-19 en el Puesto de Salud Santa Rosa de Belén – Lima, 2022. Universidad César Vallejo; 2022.
17. Bazalar G, Gonzalo A. Deterioro cognitivo y el desempeño de las actividades de vida diaria en adultos mayores de un hospital de día de Surco – 2020. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021.
18. Ramírez C, Manuela J. Relación entre estado cognitivo y el riesgo de caída en los adultos mayores en la casa de reposo de nuestra señora de la piedad año 2021. Universidad Norbert Wiener; 2021.
19. Botero de Mejía BE y Pico Merchán ME. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. *Hacia Promoc Salud* [Internet]. 2007; 12(1):11–24.

- Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en
20. WHOQOL - measuring Quality of life [Internet]. Who.int. 2003. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
 21. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*. [Internet]. 2012; 30(1):61–71. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
 22. Ardila, R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]. Redalyc.org. 2003; 35(2) p.161-164. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
 23. Velandia Mora, AL. Investigación en Salud y Calidad de Vida [Internet]. Blogspot.com. Disponible en: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2011/09/ana-luisa-velandia-mora-investigacion.html>
 24. Rojas Benavides A. Calidad de vida, calidad ambiental y sustentabilidad como conceptos urbanos complementarios. *Fermentum Revista Venezolana de Sociología y Antropología* [Internet]. 2011; 21(61):176–207. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70538663003>
 25. World Health Organization. Invertir en salud mental [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42897/9243562576.pdf?sequence=1>
 26. Burgui Burgui M, Medio ambiente y calidad de vida. *Cuadernos de Bioética* [Internet]. 2008; XIX (2):293-317. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87506607>
 27. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020; 25 (2):693–702. Disponible en: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n2/693-702/>

28. Cardona-Arias JA, Higuera-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2014; 40(2):175–89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003
29. Alonso J, Prieto L, and Antó JM. La versión española del "SF-36 Health Survey" (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Medicina Clinica. 1995; 104(20):771-776.
30. Rodríguez-alvarez M. Descripción del estado cognitivo de los adultos mayores tras un año de confinamiento por COVID-19. Estudio de caso: Centro del Adulto Mayor de Acción Social Municipal, Cuenca 2021. Polo del Conoc. 2022;7(2):533–47.
31. Martínez P, Víctor T. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. 2005; 21(1–2):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017
32. OMS. Plan de Acción sobre Salud mental. Un estado de bienestar. [Internet]. Organización Mundial de la Salud, Suiza. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
33. La contaminación atmosférica se asocia con el deterioro cognitivo en hombres mayores [Internet]. Agencia SINC. Disponible en: <https://www.agenciasinc.es/Noticias/La-contaminacion-atmosferica-se-asocia-con-el-deterioro-cognitivo-en-hombres-mayores>
34. La importancia del ejercicio para la salud física y mental [Internet]. Edu.co. Disponible en: <https://www.lasalle.edu.co/Noticias/ViveUnisalleNoticias/uls/La-importancia-del-ejercicio-para-la-salud-fisica-y-mental>
35. Los avances en la ciencia ayudaron a alargar los años de vida, pero el envejecimiento ahora está aumentando la carga de enfermedades no transmisibles en la Región de las

- Américas [Internet]. Paho.org. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-6-2023-avances-ciencia-ayudaron-alargar-anos-vida-pero-envejecimiento-ahora-esta>
36. Especial A. Aspectos cognitivos y legales en [Internet]. Scielo.cl. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n8/0717-6163-rmc-148-08-1183.pdf>
37. Benavides-Caro DCA. Deterioro cognitivo en el adulto mayor [Internet]. Medigraphic.com. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
38. León Samaniego GF, Leon Tumbaco ED. Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo (Ecuador). Cumbres (En línea) [Internet]. 2018; 4(1):75–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.48190/cumbres.v4n1a7>
39. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C y Baptista Lucio, P. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. McGraw-Hill Companies; 2014.
40. Ñaupas Paitán H, Valdivia Dueñas MR, Palacios Vilela JJ y Romero Delgado HE. Metodología de la investigación: cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. 2018.
41. López PL. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO. Punto Cero [Internet]. 2004; 09(08):69–74. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012
42. World Health Organization (WHO). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2012. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>

43. 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.
44. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". J Psychiatr Res [Internet]. 1975; 12(3):189–98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1202204/>
45. Maragall FP. ¿En qué consiste y para qué se utiliza el test Mini-Mental? [Internet]. Fpmaragall.org. Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/mini-mental-test>
46. Rojas-Gualdrón, DF; Segura C, A; Cardona A, D; Segura C, A; y Garzón D, MO. Análisis Rasch del Mini Mental State Examination (MMSE) en adultos mayores de Antioquia, Colombia. CES Psicol [Internet]. 2017; 10(2):17–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.10.2.2>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

“CALIDAD DE VIDA Y ESTADO COGNITIVO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Formulación de hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? • ¿Cuál es la relación entre el nivel de la dimensión Salud física de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? • ¿Cuál es la relación entre el nivel de la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? • ¿Cuál es la relación entre el nivel de la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes 	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024 • Determinar la relación entre el nivel de la dimensión Salud física de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. • Determinar la relación entre el nivel de la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. • Determinar la relación entre el nivel de la dimensión Relaciones 	<p>Hipótesis general: Hi: Existe relación entre la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. Ho: No existe relación entre la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.</p> <p>Hipótesis específicas: Hi1: Existe relación entre el nivel de la dimensión Salud física de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. Ho1: No existe relación entre el nivel de la dimensión Salud física de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. Hi2: Existe relación entre el nivel de la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima,</p>	<p>Variable 1: Calidad de vida</p> <p>Variable 2: Estado cognitivo</p> <p>Variable control: Características sociodemográficas</p>	<p>Método de la investigación: Hipotético - Deductivo</p> <p>Enfoque de la investigación: Cuantitativo</p> <p>Tipo y nivel de investigación: Tipo aplicado y de nivel correlacional</p> <p>Diseño de la investigación: No experimental, prospectivo y de corte transversal</p> <p>Población: Estará conformada por todos los pacientes que realicen sus tratamientos en el FISANAR Salamanca, se toma de referencia a 117 pacientes del periodo anterior.</p> <p>Muestra: Serán todos los pacientes de la población de estudio.</p> <p>Muestreo: Será de tipo no probabilístico de tipo censal.</p>

<p>adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre el nivel de la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024? 	<p>sociales de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre el nivel de la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. 	<p>periodo 2024.</p> <p>Ho2: No existe relación entre el nivel de la dimensión Salud psicológica de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.</p> <p>Hi3: Existe relación entre el nivel de la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.</p> <p>Ho3: No existe relación entre el nivel de la dimensión Relaciones sociales de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.</p> <p>Hi4: Existe relación entre el nivel de la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.</p> <p>Ho4: No existe relación entre el nivel de la dimensión Medio ambiente de la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024.</p>		
---	--	---	--	--

Anexo 2: Instrumento

Código: _____

Fecha: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Conviviente
- Divorciado
- Separado

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.

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

	Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
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.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
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.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
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

	Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
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.

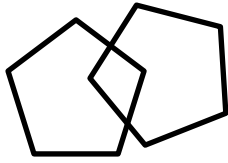
	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Resultados:

	DIMENSIONES				CALIDAD DE VIDA
	SALUD FÍSICA	SALUD PSICOLÓGICA	RELACIONES SOCIALES	MEDIO AMBIENTE	
Calidad de vida Baja					
Calidad de vida Moderada					
Calidad de vida Alta					

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)							
Ítems				Indicador	Puntaje		
¿En qué año estamos?		0-1		Orientación temporal (Máx. 5 puntos)			
¿En qué estación?		0-1					
¿En qué día (fecha)?		0-1					
¿En qué mes?		0-1					
¿En qué día de la semana?		0-1					
¿En qué hospital (o lugar) estamos?		0-1		Orientación espacial (Máx. 5 puntos)			
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?		0-1					
¿En qué pueblo (Ciudad)?		0-1					
¿En qué provincia estamos?		0-1					
¿En qué país (o nación, autonomía)?		0-1					
Nombre tres palabras: Soles - Caballo - Manzana o (Balón - Bandera - Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego e pide al paciente que los repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, has un máximo de 6 veces.				Nº de repeticiones necesarias			
Soles 0-1		Caballo 0-1		Manzana 0-1			
Balón 0-1		Bandera 0-1		Árbol 0-1			
Fijación - Recuerdo inmediato (Máx. 3 puntos)							
Si tiene 30 soles y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.				Atención – Calculo (Máx. 5 puntos)			
30 0-1		27 0-1		24 0-1			
O 0-1		D 0-1		N 0-1			
				U 0-1			
				M 0-1			
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.				Recuerdo diferido (Máx. 3 puntos)			
Soles 0-1		Caballo 0-1				Manzana 0-1	
Balón 0-1		Bandera 0-1				Árbol 0-1	
Denominación. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿Qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera.				Lápiz 0-1	Lenguaje (Máx. 9 puntos)		
				Reloj 0-1			
Repetición. He de pedirle que repita la frase: " ni si, ni no, ni, pero" (o "En un trigal había 5 perros")				0-1			
Ordenes. He de pedirle que siga la orden: "Tome un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".				Coge con la mano 0-1			
				Dobla por la mitad 0-1			
				Pone en el suelo 0-1			
Lectura. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase				0-1			
Escritura. Que escriba una frase (con sujeto y predicado)				0-1			

Copia. Dibuje 2 pentágonos interceptados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección.



0-1

Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)

Resultados:

NIVEL DE ESTADO COGNITIVO	
Función cognitiva severa	
Función cognitiva moderada	
Función cognitiva leve	
Función cognitiva conservada	

Anexo 3: Validez del instrumento
“CALIDAD DE VIDA Y ESTADO COGNITIVO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Calidad de vida							
	DIMENSIÓN: Salud física							
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		
	DIMENSIÓN: Salud psicológica							
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		
	DIMENSIÓN: Relaciones sociales							

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	
DIMENSIÓN: Medio ambiente							
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	

Nº	DIMENSIONES / ítems Variable: Estado cognitivo	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿En qué año estamos?	X		X		X		
2	¿En qué estación?	X		X		X		
3	¿En qué día (fecha)?	X		X		X		
4	¿En qué mes?	X		X		X		
5	¿En qué día de la semana?	X		X		X		
6	¿En qué hospital (o lugar) estamos?	X		X		X		
7	¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	X		X		X		
8	¿En qué pueblo (Cuidad)?	X		X		X		
9	¿En qué provincia estamos?	X		X		X		
10	¿En qué país (o nación, autonomía)?	X		X		X		
11	Nombre tres palabras: Soles - Caballo - Manzana o (Balón - Bandera - Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego e pide al paciente que los repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, has un máximo de 6 veces.	X		X		X		

12	Si tiene 30 soles y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.	X		X		X	
13	Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.	X		X		X	
14	Denominación. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿Qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera.	X		X		X	
15	Repetición. He de pedirle que repita la frase: " ni si, ni no, ni, pero" (o "En un trigal había 5 perros")	X		X		X	
16	Ordenes. He de pedirle que siga la orden: "Tome un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".	X		X		X	
17	Lectura. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase	X		X		X	
18	Escritura. Que escriba una frase (con sujeto y predicado)	X		X		X	
19	Copia. Dibuje 2 pentágonos interceptados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección.	X		X		X	

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

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]**

Aplicable después de corregir []

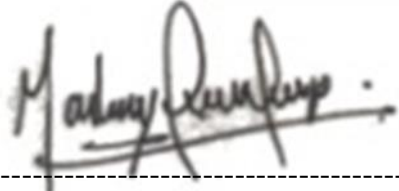
No aplicable []

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

DNI: 42393626

Especialidad del validador: Gestión en salud

11 de Enero del 2024



Firma del Experto Informante

“CALIDAD DE VIDA Y ESTADO COGNITIVO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”

Nº	DIMENSIONES / ítems Variable: Calidad de vida	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN: Salud física							
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		
	DIMENSIÓN: Salud psicológica							
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		
	DIMENSIÓN: Relaciones sociales							
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		

DIMENSIÓN: Medio ambiente							
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	

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Estado cognitivo							
1	¿En qué año estamos?	X		X		X		
2	¿En qué estación?	X		X		X		
3	¿En qué día (fecha)?	X		X		X		
4	¿En qué mes?	X		X		X		
5	¿En qué día de la semana?	X		X		X		
6	¿En qué hospital (o lugar) estamos?	X		X		X		
7	¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	X		X		X		
8	¿En qué pueblo (Ciudad)?	X		X		X		
9	¿En qué provincia estamos?	X		X		X		
10	¿En qué país (o nación, autonomía)?	X		X		X		
11	Nombre tres palabras: Soles - Caballo - Manzana o (Balón - Bandera - Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego e pide al paciente que los repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, has un máximo de 6 veces.	X		X		X		
12	Si tiene 30 soles y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.	X		X		X		
13	Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.	X		X		X		

14	Denominación. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿Qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera.	X		X		X	
15	Repetición. He de pedirle que repita la frase: " ni si, ni no, ni, pero" (o "En un trigal había 5 perros")	X		X		X	
16	Ordenes. He de pedirle que siga la orden: "Tome un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".	X		X		X	
17	Lectura. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase	X		X		X	
18	Escritura. Que escriba una frase (con sujeto y predicado)	X		X		X	
19	Copia. Dibuje 2 pentágonos interceptados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección.	X		X		X	

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

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

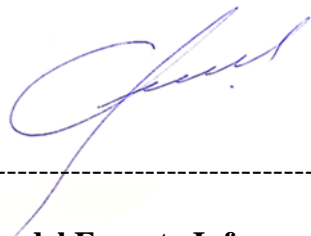
Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

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

DNI: 25777874

Especialidad del validador: Docencia universitaria y gestión universitaria

12 de Marzo del 2024



Firma del Experto Informante

“CALIDAD DE VIDA Y ESTADO COGNITIVO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2024”

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Calidad de vida							
	DIMENSIÓN: Salud física							
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		
	DIMENSIÓN: Salud psicológica							
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		
	DIMENSIÓN: Relaciones sociales							
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		
	DIMENSIÓN: Medio ambiente							
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	

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Estado cognitivo							
1	¿En qué año estamos?	X		X		X		
2	¿En qué estación?	X		X		X		
3	¿En qué día (fecha)?	X		X		X		
4	¿En qué mes?	X		X		X		
5	¿En qué día de la semana?	X		X		X		
6	¿En qué hospital (o lugar) estamos?	X		X		X		
7	¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	X		X		X		
8	¿En qué pueblo (Cuidad)?	X		X		X		
9	¿En qué provincia estamos?	X		X		X		
10	¿En qué país (o nación, autonomía)?	X		X		X		
11	Nombre tres palabras: Soles - Caballo - Manzana o (Balón - Bandera - Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego e pide al paciente que los repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, has un máximo de 6 veces.	X		X		X		
12	Si tiene 30 soles y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.	X		X		X		
13	Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.	X		X		X		
14	Denominación. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿Qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera.	X		X		X		
15	Repetición. He de pedirle que repita la frase: " ni si, ni no, ni, pero" (o "En un trigal había 5 perros")	X		X		X		
16	Ordenes. He de pedirle que siga la orden: "Tome un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".	X		X		X		

17	Lectura. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase	X		X		X	
18	Escritura. Que escriba una frase (con sujeto y predicado)	X		X		X	
19	Copia. Dibuje 2 pentágonos interceptados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección.	X		X		X	

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

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

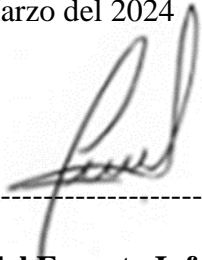
Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

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

DNI: 42774279

Especialidad del validador: Gestión en salud

15 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 : “Calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024”
Investigador : Angélica María Imán Elías
Institución : Universidad Norbert Wiener

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

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la relación entre la calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024. Su ejecución ayudará/permitirá a conocer la relación entre las variables de estudio.

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

Nº esperado de participantes: 117 pacientes.

Criterios de Inclusión y exclusión: Los criterios de inclusión serán: Pacientes del FISANAR Salamanca, de 60 años de edad a más, de ambos sexos y que firmen el consentimiento informado. Los criterios de exclusión serán: Pacientes que no comprendan los ítems de las encuestas, que ingieran algún medicamento para los problemas mentales, con deterioro cognitivo muy graves e independientes o no realizan actividades básicas.

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le pedirá resolver 2 cuestionarios de forma voluntaria. El primer cuestionario estará conformado por las características sociodemográficas y el “Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL – BREF)” para evaluar la calidad de vida; y el segundo cuestionario será el “Mini Mental State Examination (MMSE)” para evaluar el nivel cognitivo que posea actualmente. Completar los cuestionarios puede demorar entre 15 a 20 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 calidad de vida y el estado cognitivo en pacientes 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 Angélica María Imán Elías, al número de celular 952050858 o al correo angimaria.16@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: Angélica María Imán Elías

DNI: 45115715

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, 05 de Mayo del 2024

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

Sr:

Ángel Daniel González Chávez

Director

FISANAR SALAMANCA

Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, Angélica María Imán Elías, alumna de la E.A.P. de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Norbert Wiener, con código n° a2019200241, 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 calidad de vida y estado cognitivo en pacientes adultos mayores de un centro de terapia física de Lima, periodo 2024; asimismo, solicito la presentación de los resultados en formato de tesis y artículo científico. La mencionada recolección de datos consiste en obtener datos personales de los participantes como la edad y el género.

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

Atentamente,

Angélica María Imán Elías
Universidad Norbert Wiener
E.A.P. de Tecnología Médica

Anexo 6: Carta de aceptación para la recolección de datos



Lima, 18 de Junio del 2024

AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

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

CERTIFICA:

Que doña Angélica María Imán Elías con código N° a2019200241 se le da autorización para la ejecución de recolección de datos en esta empresa FISANAR SALAMANCA domiciliado en pasaje las colias 119 urbanización Salamanca— Ate, en Mayo del 2024 hasta Junio del 2024.

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

Lima 18 de Junio del 2024



LIC. DR. GONZALEZ CHAVEZ ANGEL
FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN
COD. 19128

Lic. Angel Daniel Gonzalez Chavez

Gerente



Pasaje las colias 119 urbanización salamanca-Ate ©10628009

Anexo 7: Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 27 de mayo de 2024

Investigador(a)
Angélica María Imán Elías
Exp. N°: 0401-2024

De mi consideración:

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

- Protocolo titulado: “Calidad de vida y Estado Cognitivo en Pacientes Adultos Mayores de un Centro de Terapia Física de Lima , Periodo 2024” Versión 01 con fecha 09/05/2024.
- Formulario de Consentimiento Informado Versión 01 con fecha 09/05/2024.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Angélica María Imán Elías.

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

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

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

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

Atentamente,



Raul Antonio Rojas Ortega
Presidente
Comité Institucional de Ética para la Investigación
UPNW

● 14% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	repositorio.ucv.edu.pe Internet	2%
3	repositorio.uss.edu.pe Internet	1%
4	Universidad Wiener on 2022-11-19 Submitted works	1%
5	hdl.handle.net Internet	1%
6	repositorio.udh.edu.pe Internet	<1%
7	wiener on 2023-03-08 Submitted works	<1%
8	wiener on 2023-03-04 Submitted works	<1%