



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Trabajo Académico

Calidad de vida y capacidad funcional en los adultos mayores, hospitalizados
en medicina interna de un hospital de Lima, 2026

Para optar el Título de
Especialista en Cuidado Enfermero en Geriatria y Gerontología

Presentado por:

Autora: Mateo Magallanes, Sandra Yessica

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3258-9038>

Asesora: Mg. Barrios Cabello, Lucimar Josefina

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8303-097X>

Lima – Perú

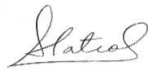
2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 03/08/2025

Yo Mateo Magallanes Sandra Yessica, Egresada(o) de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería **SEGUNDA ESPECIALIDAD CUIDADO ENFERMERO EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**, de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado **Calidad de vida y capacidad funcional en los adultos mayores, hospitalizados en medicina interna de un hospital de lima, 2026**. Asesorado por el Docente Mg. BARRIOS CABELLO LUCIMAR JOSEFINA, DNI 003135336, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8303-097X>, tiene un índice de similitud de (Dieciocho) (18) %, verificable en el reporte de originalidad oid: 14912:598990586 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(a)
LIC.MATEO MAGALLANES SANDRA YESSICA
DNI N°21867468



.....

Firma del Asesor
Mg. BARRIOS CABELLO LUCIMAR JOSEFINA
C.E: 003135336

Lima, 10 de Junio del 2026.

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01	FECHA: 03/08/2025
		REVISIÓN: 01	

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.

Justificación del Alto Porcentaje de Similitud en fuentes primarias en el presente proyecto de Investigación: Por medio de la presente, me permito someter a su consideración la justificación técnica y metodológica respecto al porcentaje de similitud en fuentes primarias detectado en el trabajo de investigación presentado por el Lic. Mateo Magallanes Sandra Yessica. En el proceso de revisión con el software Turnitin, se identificó un **18 %** de similitud total, de los cuales **5%** corresponde a fuentes primarias, superando el límite permitido del **4%**. Este informe expone las razones y justificación de dicho resultado, así como las medidas tomadas para mitigar esta situación. Análisis: Descripción del Contenido Revisado: **Portada:** sale palabra con fraseología normal, jurado: sale con **Resumen del Trabajo:** Se observó de la similitud corresponde al resumen del trabajo, el cual es necesario para la presentación general del mismo. Esta sección está redactada de manera similar a otros documentos relacionados debido a su naturaleza descriptiva. **Plantillas Utilizadas:** o Redacción de **Hipótesis:** Las hipótesis del trabajo fueron redactadas utilizando plantillas estándar que aseguran claridad y precisión. Esta práctica es común y recomendada en investigaciones académicas para mantener un formato coherente. o Diseño Metodológico: Al igual que las hipótesis, el diseño metodológico sigue una estructura predeterminada, lo que garantiza la replicabilidad y transparencia del estudio. El uso de estas plantillas incrementó el porcentaje de similitud.

2026

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia por su apoyo incondicional en mi superación diaria y constante, contribuyendo en el éxito de mis objetivos más anhelados.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por darnos la vida y por iluminar mi camino para que pueda ejercer mi profesión con auténtica vocación de servicio.

A nuestras docentes, que nos brindaron el conocimiento exacto en teoría y práctica para actuar de manera efectiva

RESUMEN

El presente trabajo tiene como propósito examinar la correspondencia entre la “calidad de vida y la capacidad funcional de los adultos mayores internados en el área de medicina interna de un Hospital de Lima”. Este trabajo se fundamentará en el enfoque cuantitativo, que tiene un alcance correlacional, un diseño de tipo transversal, no experimental. Se analizará pacientes adultos mayores que estén internados en la atención de medicina de un hospital limeño y que se alineen con los criterios de inclusión y exclusión serán la población y la muestra. Respecto a la variable de “calidad de vida”, se empleará el cuestionario para su evaluación; En lo referente a la “capacidad funcional”, se calculará utilizando el índice de Barthel. Finalmente, se utilizará el programa IBM SPSS 25.0 para llevar a cabo la prueba paramétrica de compensación de Rho de Sperman. Para interpretar los resultados, se consideran los antecedentes y el estado del arte del estudio.

Palabras claves: calidad de vida, capacidad funcional, adulto mayor.

ABSTRACT

The purpose of this study is to examine the relationship between “quality of life and functional capacity among older adults admitted to the internal medicine ward of a hospital in Lima”. This study will be based on a quantitative approach, with a correlational scope and a non-experimental, cross-sectional design. The population and sample will consist of elderly adult patients admitted to the medical service of a hospital in Lima who meet the inclusion and exclusion criteria. Regarding the “quality of life” variable, the questionnaire will be used for its evaluation; as for “functional capacity,” it will be calculated using the Barthel Index. Finally, the IBM SPSS 25.0 program will be used to carry out the parametric Spearman’s rho compensation test. To interpret the results, the study’s background and state of the art are taken into account.

Key words: quality of life, functional capacity, older adult.

1. PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la expectativa de vida es equivalente o mayor a 60 años, proyectándose al 22% (2.100 millones) para 2050, con 15-20% de estos adultos en discapacidades funcionales graves y mortalidad por cardiovasculares en 28% (1).

Por lo tanto, es fundamental destacar que todos los adultos mayores tienen el derecho a la igualdad y a cada oportunidad, así como a ser útiles y respaldados por sus seres queridos para llevar una vida digna y saludable. Durante el envejecimiento, se producen múltiples transformaciones en los aspectos psicológicos y biológicos de las personas, lo cual es significativo para el rol social (2).

En el mismo orden de idea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que en América Latina el 25% de adultos mayores tiene discapacidades, con 12% de la población regional (66 millones) afectada y proyecciones de 63,4% de aumento en dependencia para 2030 (3). Asimismo, son vulnerables los adultos por las razones a que su cuerpo se recupera lentamente y a que, cuando la vulnerabilidad comienza a notarse en la mayoría de ellos, desarrollan mecanismos estratégicos y adaptativos para compensar cualquier deficiencia. Estos procesos son cruciales para llevar una vida cotidiana con cierto grado de autonomía; por ejemplo, la reducción de fuerzas físicas que ocurre al envejecer (4).

El 71 % de los ciudadanos españoles con buen estado de salud y edad avanzada manifiestan una autoevaluación favorable acerca de su calidad de vida. No obstante, pacientes con enfermedades crónicas que se encuentran hospitalizados avanzadas como el cáncer tienen un nivel inferior (5).

En contexto latinoamericano, 8 millones de adultos mayores requieren apoyo diario (27 millones proyectados), con mujeres >60 años mostrando tasas 20% superiores por esperanza de vida extendida (6). En consecuencia, las personas mayores tienen como causa de muerte: la enfermedad cardiovascular, la enfermedad cerebrovascular, el cáncer y los accidentes por caídas y fracturas de cadera. Como consecuencia de estas patologías están las infecciones como neumonías o lesiones por presión, así como la inmovilización (7).

En Perú, el 13,5% de la población (4 millones) son adultos mayores, alcanzando 24,1% para 2050, con 78,9% sufriendo crónicos (82,9% urbanos) y discapacidades en 45% (8). Tomando en cuenta que el Ministerio de Salud (MINSA) registra mortalidad hospitalaria del 14,8% en >60 años (19,6% en >80), con rehospitalizaciones en 14% por falta de controles (9).

Asimismo, en una investigación peruana, el 80 % de los pacientes internados son personas que superan los 75 años con un grado severo de dependencia. Es más probable que los pacientes con menos de 85 años mantengan o recuperen su capacidad funcional, y un 17.4% no experimenten cambios en ella antes y después de la hospitalización, mientras que solo el 39% logra una recuperación discreta de su capacidad funcional (10).

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) muestra cáncer en 18-25% de adultos mayores, con estómago 13,9%, pulmón 8,6% y próstata 8,2% (11). A nivel nacional, 39,1% de hogares tienen adultos con crónicos (83,9% mujeres, 70% hombres), discapacidades visuales 25%, auditivas 15%, movilidad 20% (12). Localmente en San Isidro (Lima), 55% de internados en Hospital Geriátrico San Isidro Labrador presenta dependencia funcional (locomoción 56%), con 80% >75 años severos (13). En este hospital, calidad de vida es regular/mala en 75%, higiene deficitaria 65%, auditivos 40%, visuales 45%, y 46,2% hogares con mayores solos (14).

Para resumir, partiendo de la experiencia obtenida en el servicio de medicina interna funcional para pacientes hospitalizados, se ha podido notar durante este tiempo que hay adultos mayores con problemas auditivos, deambulatorios y visuales que obstaculizan su capacidad y les impiden efectuar las actividades esenciales del día a día. Esto se debe a que un número considerable de estos convalecientes tienen entre 70 y 85 años. Además, se nota que a menudo la familia deja de estar interesada en cuidar a pacientes de este tipo. Como resultado, toman el servicio con deficiencias en la higiene oral y corporal, sin haber sido sometidos a evaluaciones previas y con antecedentes patológicos no diagnosticados, incluso cuando han estado presentando señales de alarma durante uno o varios años. Por ello, es relevante llevar a cabo esta investigación para establecer si el bienestar de vida está vinculado con la capacidad funcional del colectivo de personas de edad avanzada del hospital actual. De este modo, se podrán poner en marcha estrategias de sensibilización acerca de un “envejecimiento saludable”.

1.2. Formulación

1.2.1. Problema general

¿Qué relación estadística existe entre la calidad de vida y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2026?

1.2.2. Problemas específicos

¿Qué relación estadística existe entre la dimensión función física y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2026?

¿Qué relación estadística existe entre la dimensión psicológica y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2026?

¿Qué relación estadística existe entre la dimensión relaciones sociales y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2026?

¿Qué relación estadística existe entre la dimensión ambiente y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2026?

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo general

Determinar la relación estadística entre la calidad de vida y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2026.

1.1.2. Objetivos específicos

Identificar la relación estadística entre la calidad de vida - dimensión función física y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2026.

Identificar la relación estadística entre la calidad de vida - dimensión psicológica y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2026.

Identificar la relación estadística entre la calidad de vida - dimensión relaciones sociales y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2026.

Identificar la relación estadística entre la calidad de vida - dimensión ambiente y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2026.

1.2. Justificación

1.2.1. Teórica

Permite comprender como se relacionan las variables, estrechamente vinculadas al bienestar y la autonomía en esta etapa de vida. Su importancia radica en aportar evidencias científicas en el ámbito hospitalario, fortaleciendo el conocimiento en enfermería geriátrica y contribuyendo a una visión integral del cuidado del adulto mayor.

El modelo del déficit de autocuidado desarrollado por Dorothea Orem plantea la intervención de enfermería es necesaria cuando la persona presenta limitaciones para realizar actividades de autocuidado. En este sentido, la capacidad funcional condiciona el nivel de autonomía de un xx y su percepción de calidad de vida, lo que respalda conceptualmente el enfoque del estudio.

1.2.2. Práctica

El estudio encuentra su justificación prácticamente, debido a que ayudará a determinar la calidad de vida junto con el nivel de funcionalidad en personas adultas mayores hospitalizadas. Esto será útil para orientar el cuidado del personal de enfermería del servicio de medicina interna. De la misma forma, los resultados pueden respaldar la toma de decisiones del personal, lo que favorece una atención enfocada a la conversación de la autonomía y el bienestar del adulto mayor. Por ello, el estudio prevé que se aplique sistemáticamente los instrumentos validados, como WHOQOL-BREF y el índice de Barthel, durante la valoración del paciente, permitiendo generar información objetiva que facilite el diseño y fortalecimiento de intervenciones de cuidado basadas en las necesidades reales del adulto mayor, en coherencia con el enfoque de autocuidado propuesto por la teoría de enfermería que sustenta la investigación.

1.2.3. Metodológica

Desde una vista metodológica, la investigación tiene un enfoque cuantitativo – correlacional y transversal, posibilitando poder examinar de manera objetiva la asociación entre las variables. Se sustenta técnicamente al utilizar un instrumento previamente validado y con el correcto nivel de confiabilidad, como el WHOQOL-BREF y el índice de Barthel, lo que garantiza la coherencia al medir y la fiabilidad de datos recopilados. La contribución metodológica del estudio reside en generar evidencia replicable en contextos hospitalarios, fortaleciendo investigaciones futuras en enfermería geriátrica. Para el desarrollo del análisis se empleará el método estadístico correlacional mediante la prueba Rho Spearman, considerando la escala ordinal de las variables, y se utilizará eversión 25 en el procesamiento de datos, garantizando rigor y precisión en los resultados obtenidos.

1.3. Delimitaciones del estudio

1.3.1. Espacial

El espacio de análisis corresponderá a la atención de un Hospital de Lima ubicado en Av. Edgardo Rebagliati S/N.

1.3.2. Temporal

Desde enero hasta abril de 2026 se efectuará el proyecto de investigación actual, que evalúa la correspondencia entre las variables.

1.3.3. Población o unidad de análisis

Se tomará en cuenta criterios de exclusión e inclusión. La muestra comprenderá adultos mayores que pertenecen al servicio de medicina interna de un hospital ubicado en Lima.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Alonso et al. (15), 2022, en México. Tiene como objetivo "Analizar la relación entre calidad de vida y factores funcionales, sociales en adultos mayores." Metodología: Estudio transversal con ABVD, AIVD y apoyo social (p-valores). Resultados: ABVD influye física ($p<0,001$; 65%), psicológica ($p=0,023$; 52%); AIVD: salud ($p=0,001$; 58%), física ($p=0,010$; 61%), psicológica ($p<0,001$; 70%), ambiental ($p=0,031$; 55%); apoyo social: salud ($p=0,0027$; 62%), social ($p<0,001$; 75%). Conclusión: Autonomía funcional y soporte social optimizan calidad de vida en 68%.

Rodríguez et al. (16), 2024, en Ecuador. Tiene como objetivo "Analizar la relación entre la funcionalidad y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en un hospital de Santa Elena." Metodología: El estudio fue cuantitativo, descriptivo-correlacional, empleando el Índice de Barthel (actividades cotidianas), WHOQOL-BREF (calidad de vida), análisis SPSS con prueba de Pearson ($p=0,01$). Resultados: Se identificó predominio de dependencia funcional moderada y niveles regulares de calidad de vida, así mismo el análisis estadístico evidenció una relación significativa entre ambas variables, indicando que la disminución de la funcionalidad repercute negativamente en el bienestar y la percepción de calidad de vida de los adultos mayores. Conclusión: La funcionalidad influye de manera importante en la calidad de vida, por ello preservar la autonomía contribuye al bienestar del adulto mayor.

Gordillo y et al. (17), en Ecuador en el 2021, investigaron con el fin de "Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y la capacidad funcional relacionada con las actividades de la vida diaria del adulto mayor de la parroquia San Luis". El método de diseño fue un enfoque

cuantitativo, descriptivo de corte transversal correlacional. Los resultados fueron la calidad de vida inadecuadas en un 57.1%, calidad de vida adecuadas en un 42.9% y la capacidad funcional con discapacidad en un 76.1% y capacidad funcional sin discapacidad en un 23.9%. Se establece que hay un nivel inadecuado en la calidad de vida y la capacidad funcional, debiendo involucrar a los mayores en actividades que les permitan mejorar su vida diaria y su independencia funcional para envejecer con salud.

León, (18), en Ecuador en el 2023, su objetivo fue “Evaluar el nivel de autonomía funcional en los adultos mayores con el fin de establecer alternativas que permitan mejorar la calidad de vida en la Fundación Asilo de Ancianos Sara Espíndola”. El método de estudios fue una modalidad mixta, de tipo transversal observacional y con un alcance descriptivo, utilizando el índice de Barthel como instrumento de medición. Los resultados fueron una alta prevalencia de dependencia, 61,1% tuvo una dependencia severa, el 11,1% presentó una dependencia moderada y el 22,2% de los adultos mayores se consideró independiente. En conclusión, la omisión de factores propias e internas de una persona y del entorno pueden llevar a una clasificación errónea de la dependencia, perjudicando la calidad de vida al etiquetarlos incorrectamente como dependientes en actividades que podrían mejorar con el apoyo adecuado.

Morocho y et al, (19), en Ecuador en el 2022, tuvo como fin "Determinar la calidad de vida de las personas mayores". Se efectuó un análisis observacional descriptivo, con un diseño de cohorte transversal que no es experimental y tiene una perspectiva cuantitativa. En conclusión, se demuestra que los ancianos están contentos con su calidad de vida sin sufrir trastornos mentales que deterioren su salud.

2.1.1. Ámbito nacional

Larico (20), 2024, en Puno-Perú. Tiene como objetivo "Determinar la relación entre calidad de vida y envejecimiento exitoso en adultos mayores del Club Las Cantutas." Metodología: El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo no experimental, transversal descriptivo-correlacional, la muestra censal 64 adultos mayores, WHOQOL-BREF (calidad de vida) e Inventario SAI (envejecimiento exitoso), ambos previamente validados. Resultados: Se evidenció que una proporción importante de participantes presentaban una Calidad de vida regular 45,3%, envejecimiento moderadamente exitoso 65,6%; correlación positiva alta Rho Spearman=0,893 ($p=0,000$). Conclusión: Mayor calidad de vida se asocia significativamente con envejecimiento exitoso en la adaptación favorable a los cambios fisiológicos y funcionales acumuladas con el paso del tiempo , promoviendo condiciones físicas, psicológicas, sociales y ambientales óptimas.

Ruiz (21), 2025, en Barranco-Perú. Tiene como objetivo "Analizar la relación existente entre calidad de vida y capacidad funcional en adultos mayores del CIAM Barranco." Metodología: Investigación con enfoque cuantitativo de alcance correlacional, desarrollada bajo un diseño no experimental y de corte transversal. La información fue obtenida mediante instrumentos destinados a valorar la percepción de calidad de vida y el desempeño funcional de los participantes con el Índice de Barthel y el instrumento WHOQOL-BREF. Resultados: Se observó que los adultos mayores que conservaban una mayor autonomía para desarrollar actividades de la vida diaria manifestaban niveles más favorables de bienestar en los ámbitos físico, emocional, social y ambiental. Conclusión: Los resultados permitieron evidenciar que la funcionalidad y la calidad de vida mantienen una relación significativa,

indicando que la conservación de la independencia contribuye positivamente al bienestar integral durante el envejecimiento.

Acosta et al. (22), 2022, en Andahuaylas-Perú. Tiene como objetivo "Analizar relación entre calidad de vida y capacidad funcional en adultos mayores del centro poblado Ccantupata." Metodología: El estudio se llevó a cabo de forma cuantitativa con diseño no experimental, transversal, enfoque básico correlacional, para la obtención de la información se emplearon instrumentos destinados a evaluar la percepción de calidad de vida y el grado de dependencia funcional como el Índice de Barthel (ABVD) y WHOQOL-BREF para evaluación. Resultados: Se evidenciaron que los adultos mayores con mejor capacidad para desenvolverse de manera autónoma en sus actividades cotidianas presentaban niveles más favorables de calidad de vida. Conclusión: Existe relación directa entre calidad de vida y capacidad funcional en adultos mayores de Ccantupata, destacando que la conservación de la funcionalidad contribuye al bienestar integral de la población adulta mayor.

Hernández (23), en Lima en el 2021, determinó “la capacidad funcional de adultos mayores en un albergue en Lima sur”. Realizó el estudio cuantitativo con diseño descriptivo y corte transversal. Para valorar la funcionalidad se empleó el índice de Barthel, instrumento que permite medir el grado de independencia en las actividades básicas de la vida diaria. Resultados: Los hallazgos mostraron que una proporción importante de los participantes mantenía autonomía para realizar sus actividades cotidianas y otros adultos mayores con diferentes niveles de dependencia funcional. Conclusión: Se concluye que predominó la independencia funcional, existiendo un grupo vulnerable que requiere intervenciones orientadas a preservar y fortalecer su capacidad para desenvolverse de manera autónoma.

Quispe et. al, (24), en Ica en el 2021, tuvieron como objetivo “Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional y la calidad de vida del adulto mayor que son atendidos en el servicio de medicina del hospital emergencias Grau III”. Se realizó el estudio con enfoque cuantitativo, no experimental, nivel transversal y correlacional. Para la medición de las variables se aplicaron instrumentos orientados a evaluar el grado de independencia funcional y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores. Encontrándose que aquellos adultos mayores que conservaban una mayor autonomía para realizar sus actividades diarias presentaban mejores condiciones de bienestar y una valoración más favorable de su calidad de vida. En conclusión, existe una relación significativa entre ambas variables, evidenciando que la funcionalidad desempeña un papel importante en la conservación del bienestar integral durante el proceso del envejecimiento.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Calidad de vida

Se puede definir la “calidad de vida” como aquellas condiciones espirituales, sociales, físicas, emocionales y laborales que permiten a un individuo satisfacer sus necesidades individuales y de grupo de manera satisfactoria (25).

Desde una perspectiva gerontológica, Varela señala que la “calidad de vida” en el adulto mayor se encuentra condicionada por factores biológicos propios del envejecimiento, así como por elementos culturales, sociales y económicos que repercuten directamente en su bienestar y grado de satisfacción vital (26).

En el ámbito salud, la calidad de vida no solo se vincula con la ausencia de enfermedad, sino con la percepción integral que tiene el individuo sobre su estado físico, emocional, social y ambiental. En el caso del adulto mayor, esta percepción se vuelve más compleja, ya que el proceso

de envejecimiento suele estar acompañado de cambios funcionales, psicológicos y sociales que inciden directamente en su bienestar. La hospitalización, además, puede intensificar estas alteraciones al limitar la autonomía, modificar las rutinas diarias y reducir la interacción social, aspectos que influyen negativamente en la valoración subjetiva de la calidad de vida (27).

Según la OMS, la calidad de vida en 1996 se evaluaba a partir de cómo una persona percibe el lugar donde reside, su procedencia y sus valores. Todo esto está vinculado con su salud física, su grado de independencia, su estado psicológico, sus relaciones sociales, los componentes medioambientales y sus creencias personales (28).

La “calidad de vida conectada con la salud”, Bowling señala que este constructo permite evaluar el impacto que tienen las enfermedades y sus tratamientos sobre la funcionalidad, el estado emocional y la participación social del individuo, siendo especialmente útil en poblaciones geriátricas donde la presencia de enfermedades crónicas y dependencia funcional es frecuente (29).

Por ello, la valoración en adultos mayores hospitalizados constituye un indicador relevante para valorar no solo el estado de salud, sino también la efectividad del cuidado brindado. En relación con el adulto mayor hospitalizado, la calidad de vida adquiere particular relevancia, ya que la hospitalización representa un evento que puede alterar significativamente la percepción de bienestar. Varela señala que, durante la vejez, el bienestar está estrechamente vinculado con la autonomía funcional, el soporte social y la habilidad de adaptación de cara a las limitaciones propias del envejecimiento. La pérdida temporal o permanente de independencia, frecuente en el contexto hospitalario, puede generar un deterioro en la calidad de vida (30).

Así, la calidad de vida es la conexión entre elementos subjetivos y objetivos, incluyendo factores externos como los económicos, sociopolíticos, culturales, personales y ambientales que pueden favorecer o entorpecer el desarrollo del individuo. Desde esta perspectiva, resulta necesario

analizar la calidad de vida del adulto mayor hospitalizado considerando no solo los factores clínicos, sino también aquellos vinculados a su funcionalidad y capacidad para desenvolverse de manera autónoma. Diversos estudios coinciden en que la pérdida progresiva de la capacidad funcional se asocia con una disminución significativa de la calidad de vida, lo que refuerza la necesidad de abordar ambas variables de forma articulada dentro de los contextos hospitalarios (31).

Características de la Calidad de Vida

La calidad de vida es un concepto amplio que describe el nivel de bienestar que experimenta una persona en distintos ámbitos de su vida. De acuerdo con la World Health Organization, se refiere a la valoración que cada individuo realiza sobre su situación en la vida considerando el contexto cultural, el sistema de valores en el que se desenvuelve y la relación con sus metas, tiene características fundamentales: es multidimensional, subjetiva, dinámica, contextual, integral u holística (32).

Multidimensional

Una característica fundamental es su naturaleza multidimensional ya que comprende diversas áreas del bienestar humano que se encuentran interrelacionadas. Estas dimensiones incluyen aspectos físicos, emocionales, sociales y ambientales que en conjunto permiten evaluar de manera integral el bienestar de las personas. En el caso del adulto mayor la interacción entre estas dimensiones resulta especialmente importante, debido a que los cambios propios del envejecimiento pueden afectar simultáneamente la salud física, el estado emocional y la participación social (33).

Subjetiva

Otra característica importante es su carácter subjetivo, dado que la calidad de vida depende en gran medida de la percepción individual de cada persona sobre su propia vida. La calidad de vida depende de la percepción individual, dos personas con el mismo diagnóstico pueden experimentar y evaluar su calidad de vida de manera diferente, según sus expectativas, valores y nivel de adaptación a la enfermedad (34).

Dinámica

La calidad de vida también se distingue por su condición dinámica, ya que puede modificarse a lo largo del tiempo debido a diferentes factores personales, sociales o ambientales. En el adulto mayor estas variaciones pueden estar asociadas con el proceso natural del envejecimiento, la presencia de enfermedades crónicas, los cambios en el entorno familiar o las condiciones económicas. Por ello la calidad de vida se considera un proceso cambiante que evoluciona según las circunstancias que rodean a la persona (35).

Integralidad

Asimismo, la calidad de vida posee un carácter integral, debido a que abarca todos los aspectos que influyen en el bienestar del ser humano, este enfoque reconoce que el bienestar no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que también incluye factores emocionales, sociales, económicos y ambientales que contribuyen al desarrollo pleno de la persona. Con una visión integral que permite comprender de manera más amplia las condiciones que favorecen un envejecimiento saludable y una mejor adaptación a los cambios propios de esta etapa de la vida (36).

Dimensiones de la Calidad de Vida

La calidad de vida es considerada un constructo multidimensional, ya que incluye diferentes áreas que influyen en el bienestar integral de las personas. Entre las dimensiones más relevantes se encuentran componentes físico, psicológico, social y ambiental. Con el modelo propuesto por la OMS y desarrollado por el WHOQOL Group (37).

Dimensión 1: Función Física

Está relacionada con el estado de salud general del individuo y con su capacidad para desarrollar actividades cotidianas sin limitaciones importantes. Este aspecto incluye variables como la presencia de enfermedades crónicas, dolor, movilidad, energía y capacidad para realizar actividades de la vida diaria. En los adultos mayores, la presencia de limitaciones físicas puede afectar la independencia funcional (38).

Se ha evidenciado que, a lo largo del proceso de envejecimiento, ocurren variaciones fisiológicas significativas en los adultos mayores. Por ejemplo, el riñón muestra una reducción en la filtración glomerular y en la habilidad para concentrar/diluir e hidroxilar vitamina D, el corazón pierde la capacidad de distensibilidad. Asimismo, el cerebro reduce su volumen; la masa muscular se hace más pequeña y tiene mayor infiltración de grasa, lo cual está relacionado con una pérdida gradual de fuerza muscular (39).

El envejecimiento de los músculos ocurre después de la cuarta década de vida, ya que con el tiempo la masa se infiltra con tejido conectivo y grasa, lo que causa una disminución en el movimiento y en el flujo sanguíneo. Todo ello origina que los músculos pierdan vigor. La reducción de la masa y la funcionalidad de los músculos a causa del envejecimiento se conoce como sarcopenia. Esta enfermedad afecta el equilibrio de proteínas, la masa ósea, la normalización de la glucosa en sangre, el control de temperatura y otros aspectos (40).

La sarcopenia constituye uno de los principales constituyentes de deterioro funcional en el adulto mayor, situación que puede verse agravada durante la hospitalización debido a la inmovilización prolongada y a la enfermedad de base. Estas limitaciones físicas no solo incrementan el riesgo de dependencia funcional, sino que también trascienden negativamente en la percepción de calidad de vida (41).

Desde el enfoque funcional, la OMS señala que las limitaciones físicas reducen la capacidad intrínseca del adulto mayor, afectando su autonomía y bienestar general (42).

Dimensión 2: Psicológico

Esta dimensión se vincula con los procesos emocionales y cognitivos que influyen en la percepción de bienestar. En este ámbito se consideran factores como la autoestima, la satisfacción con la vida, la estabilidad emocional y la capacidad para afrontar situaciones adversas. Un adecuado equilibrio psicológico favorece una mejor adaptación a los cambios asociados al envejecimiento (43).

La Vejez genera alteraciones en los aspectos psicológicos y emocionales que a menudo no se mencionan, hasta que las personas de la tercera edad presentan condiciones más severas, como la depresión. En Chile, una investigación indica que, entre los adultos mayores, aquellos que están en el hospital (30%) o viven en hogares geriátricos (30%) son más propensos a sufrir depresión (44).

El Bienestar psicológico es polifacético, lo que significa que incluye componentes emocionales, anímicos y propios de las distintas personalidades, así como cognitivos y ambientales. Esto genera una carga valorativa o evaluativa en el individuo sobre los logros alcanzados en áreas vitales relacionadas con su satisfacción personal (45).

El bienestar psicológico se construye a partir de la autoaceptación, el sentido de propósito y la percepción de control sobre la vida, elementos que suelen verse disminuidos durante la hospitalización del adulto mayor. Estudios en población geriátrica hospitalizada evidencian una mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad, repercutiendo en su vida diaria. (46).

La hospitalización del adulto mayor puede generar sentimientos de incertidumbre, ansiedad y pérdida de control, afectando su estabilidad emocional y su percepción de bienestar psicológico. Estas alteraciones no solo inciden en la calidad de vida, sino que también pueden limitar la participación del adulto mayor en su propio cuidado, influyendo de manera indirecta en su capacidad funcional. Por ello, el componente psicológico constituye un elemento relevante para comprender la relación entre ambas variables en contextos hospitalarios (47).

Dimensión 3: Relaciones Sociales

Esta dimensión se refiere a las relaciones interpersonales y al grado de integración del adulto mayor en su entorno familiar y comunitario. Mantener vínculos sociales positivos y contar con redes de apoyo contribuye significativamente a mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida. Hace referencia a relaciones familiares, apoyo social, participación comunitaria y redes de soporte. Éstas son interacciones de cada individuo establecidas a lo largo de su vida (48).

En resumen, las dimensiones política, económica, educativa, ocupacional, cultural y familiar configuran un elemento esencial de la calidad de vida porque comprenden el respaldo social, las relaciones personales y la satisfacción con la interacción. La interacción fomenta el intercambio de emociones, lo que puede aumentar o reducir la oferta y la recepción en términos de mantener la salud. Se ha comprobado que las interacciones sociales tienen un impacto positivo en los adultos mayores, reduciendo el impacto de las condiciones socioeconómicas sobre la mortalidad y la salud en esta población (49).

En el contexto hospitalario, las relaciones sociales suelen verse restringidas debido a la separación del entorno familiar y comunitario, generando sentimientos de aislamiento y disminución del apoyo percibido. Esta reducción del soporte social afecta la calidad de vida del adulto mayor y puede repercutir en su motivación para mantener niveles adecuados de funcionalidad, evidenciando la importancia de considerar esta dimensión en la atención integral del paciente geriátrico (50).

Dimensión 4: Ambiente

Esta dimensión comprende las condiciones del entorno en el que vive el adulto mayor, incluyendo la seguridad del hogar, el acceso a servicios de salud, el transporte y los recursos económicos disponibles. Un ambiente adecuado facilita la autonomía y favorece el mantenimiento de la independencia funcional. Incluye seguridad física, recursos económicos, acceso a servicios de salud y condiciones de vivienda (51).

La experiencia del espacio en relación con el ámbito representativo de la vida diaria, la identidad de lugar y el apego durante la vejez, es importante según algunos estudios. En estos se señala que el vecindario y la vivienda, tanto urbano como rural, son espacios públicos y privados que tienen gran notabilidad para el bienestar físico-psicológico debido a su conexión con la espiritualidad y al sentido histórico que tiene para las personas mayores (52).

El bienestar del adulto mayor depende del equilibrio entre sus capacidades personales y las demandas del entorno, siendo este enfoque especialmente relevante en contextos hospitalarios. Además, un ambiente hospitalario no adaptado a las necesidades del adulto mayor puede incrementar la sujeción funcional y deteriorar la percepción de calidad de vida, especialmente en aquellos con limitaciones físicas o cognitivas. (53).

Mediciones de la calidad de vida

De acuerdo con la OMS, se ha difundido herramientas que contribuyen a establecer calidades de vida de manera confiable y validada en numerosos países, medidas, con el objetivo de encontrar componentes más integrales midiendo la calidad de vida (54).

La medición de la calidad de vida ha sido abordada a través de diversos instrumentos que buscan captar tanto dimensiones objetivas como subjetivas del bienestar. Entre los más utilizados se encuentran el SF-36, el EQ-5D y el WHOQOL-BREF, cada uno con particularidades metodológicas y alcances específicos. No obstante, en poblaciones de adultos mayores, especialmente en contextos hospitalarios, se requiere de herramientas que permitan una evaluación integral, culturalmente adaptada y con adecuada validez psicométrica. El World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), siglas en inglés “Como medida genérica de Calidad de vida; esta es la que mejor se ajusta a los criterios desarrollados por Higginson y Carr, presenta excelente estructura conceptual y operativa, desarrollo psicométrico, confiabilidad y adaptación cultural y de lenguaje” (55).

La herramienta está compuesta por 26 puntos, de los cuales 24 se enfocan en la calidad de vida a partir de cuatro dimensiones: relaciones sociales, ambientales, psicológicas y salud física. Una calidad de vida más alta se refleja en evaluación más alta. Este El instrumento WHOQOL-BREF, que se utiliza para valorar los problemas de salud de la población general, así como otras condiciones, está presente en la literatura sobre adultos mayores (56).

En este sentido, el WHOQOL-BREF se presenta como un instrumento pertinente para la evaluación de la calidad de vida en adultos mayores hospitalizados, ya que permite explorar de manera equilibrada aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales. Su estructura facilita identificar áreas específicas de afectación, lo que resulta útil para el diseño de intervenciones

orientadas a mejorar el bienestar y la funcionalidad del adulto mayor dentro del entorno hospitalario. Es esencial señalar que se empleó este instrumento para comprobar modificaciones en la calidad de vida en términos de la enfermedad, con el fin de determinar y evaluar los pronósticos de las enfermedades y estimar acciones (57).

Desde el enfoque funcional, la OMS señala que las limitaciones físicas reducen la capacidad intrínseca del adulto mayor, afectando su autonomía y bienestar general (58).

Teorías de Enfermería relacionado con la Calidad de Vida

La calidad de vida del adulto mayor puede analizarse desde diversas teorías de enfermería que sustentan el cuidado integral, la promoción de la autonomía y el bienestar biopsicosocial. Estas teorías proporcionan un marco conceptual que orienta la práctica profesional hacia la mejora del bienestar físico, emocional y social del adulto mayor (59).

Teoría de las 14 Necesidades de Virginia Henderson

Virginia Henderson plantea que la función principal de la enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo a realizar actividades que contribuyan a su salud, recuperación o muerte tranquila, actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario.

En el adulto mayor esta teoría cobra relevancia debido a que puede existir deterioro funcional progresivo, se incrementa la dependencia para actividades básicas, se requiere apoyo para la autonomía (60).

Las 14 necesidades fundamentales como respirar, alimentarse, moverse, descansar, comunicarse entre otras están directamente relacionadas con la calidad de vida ya que cuando estas necesidades no son satisfechas, el bienestar disminuye. Desde esta perspectiva la enfermera

interviene promoviendo independencia y previniendo el deterioro funcional, lo cual impacta positivamente en la percepción de calidad de vida (61).

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem establece que las personas tienen la capacidad y responsabilidad de cuidarse a sí mismas, sin embargo, cuando existen un déficit de autocuidado, se requiere intervención de enfermería. En el adulto mayor el déficit puede presentarse por enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, limitaciones físicas, falta de apoyo familiar. La calidad de vida mejora cuando se fortalece la capacidad de autocuidado, fomentando independencia en actividades como higiene, alimentación y manejo de medicación. Esta teoría respalda programas de educación y promoción de la salud dirigidos a adultos mayores (62).

Teoría de la Adaptación de Callista Roy

Callista Roy concibe al individuo como un sistema adaptativo que responde a estímulos internos y externos. La adaptación se manifiesta en cuatro modos: fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia. En el adulto mayor, los cambios físicos, la jubilación o la pérdida de seres queridos constituyen estímulos que requieren procesos de adaptación. Una adecuada adaptación favorece una mejor calidad de vida, mientras que la dificultad para adaptarse puede generar ansiedad, depresión o aislamiento social. Desde esta teoría la enfermera facilita estrategias de afrontamiento para promover respuestas adaptativas positivas (63).

Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Jean Watson enfatiza el cuidado como un proceso humano, transpersonal y holístico, su teoría resalta la importancia de la empatía, la dignidad, el respeto y la relación enfermera-paciente. En el

adulto mayor, el cuidado humanizado es fundamental para preservar la autoestima y el sentido de valor personal, especialmente en situaciones de dependencia o institucionalización.

Esta teoría aporta una visión integral que trasciende lo físico y fortalece la dimensión emocional y espiritual de la calidad de vida (64).

2.2.2 Capacidad Funcional

La facultad funcional se refiere a la facultad de efectuar de manera satisfactoria las tareas esenciales de la vida. Del mismo modo, las actividades básicas son comportamientos que los individuos ejecutan para cuidar de sí mismos y vivir de manera autónoma y autovalente. Algunas de estas incluyen vestirse, alimentarse, el aseo personal, desplazarse, controlar esfínteres, y así sucesivamente (65).

Es por ello es por lo que Mahoney y Barthel desarrollaron el índice de Barthel como una herramienta para evaluar el grado de independencia funcional, convirtiéndose en una de las herramientas más utilizadas en la valoración del adulto mayor. La capacidad funcional constituye un indicador relevante del estado de salud del adulto mayor, ya que refleja su grado de independencia para realizar actividades básicas de la vida diaria. La disminución de esta capacidad no solo incrementa el nivel de dependencia, sino que también impacta negativamente en la autoestima, la percepción de utilidad y la calidad de vida. En el ámbito hospitalario, estas limitaciones pueden acentuarse debido a la inmovilización prolongada y a la gravedad de la enfermedad de base (66).

La OMS considera la capacidad funcional como un indicador central del envejecimiento saludable, ya que refleja la interacción entre la capacidad intrínseca del individuo y su entorno (67).

Capacidad Funcional en el Adulto Mayor

De acuerdo con la OMS, la capacidad funcional de una persona mayor incluye las habilidades que un individuo tiene para ser o hacer lo que es importante para sí mismo. Hay cinco dominios fundamentales: mantener la movilidad; contribuir a la sociedad; tener relaciones sociales; desarrollar y tomar decisiones; satisfacer las necesidades básicas. No obstante, durante el transcurso de envejecimiento se producen en su mayoría cambios en dimensiones familiares, sociales, psicológicas y fisiológicas, los cuales perjudican significativamente la vida del anciano (68).

El Instituto Nacional Geriátrico señala que la facultad funcional abarca varios factores, incluyendo la capacidad intrínseca y el ambiente en el que reside el anciano. La capacidad intrínseca significa que el individuo tiene la habilidad de preservar su autonomía y seguir siendo capaz de decidir sobre las cuestiones que le atañen y llevar a cabo sus decisiones. Asimismo, el entorno hace referencia a los factores externos que forman parte de la vida cotidiana de la persona (69).

Características de la Capacidad Funcional

La capacidad funcional presenta las siguientes características: multidimensional, dinámica, progresiva del envejecimiento, medible y relaciones con la autonomía (70).

Multidimensional

Incluye componentes físicos, movilidad, fuerza, equilibrio, componentes cognitivos como la memoria, orientación y componente social como la interacción y participación comunitaria (71).

Dinámica

Puede modificarse con el tiempo debido a enfermedades, procesos de rehabilitación o intervenciones preventivas (72).

Progresiva en el envejecimiento

Tiende a disminuir gradualmente con la edad, aunque puede mantenerse mediante estilos de vida saludables (73).

Medible

Se evalúa mediante instrumentos estandarizados como el índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody (74).

Relacionada con la autonomía

A mayor capacidad funcional, mayor independencia y mejor calidad de vida (75).

Tipos de Capacidad Funcional

La capacidad funcional se clasifica en Actividades Básicas de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (76).

Actividades Básicas de la Vida Diaria ABVD

Incluyen actividades esenciales para la supervivencia como alimentación, higiene personal, vestido, movilidad, uso del baño. Se evalúan frecuentemente con el índice de Barthel (77).

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria AIVD

Son actividades más complejas necesarias para vivir de forma independiente en la comunidad como el manejo del dinero, uso del teléfono, preparación de alimentos, control de medicamentos, transporte, se evalúan mediante la Escala de Lawton y Brody (78).

Actividades Avanzadas de la Vida Diaria

Incluyen participación social, actividades recreativas y roles ocupacionales (79).

Valoración de capacidad funcional en el adulto mayor

La evaluación posibilita detectar los diversos elementos que pudieran influir en el estado funcional de las personas mayores (físico, cognitivo, emocional y social), lo que posibilita la atención integral de sus necesidades y el intento de conservarlo en su máximo nivel de funcionalidad a través de la formulación de sugerencias y el diseño de tácticas que coadyuben a su cuidado. Perou, et. al., aclara que el fin de la evaluación funcional es evitar la incapacidad y promover su autonomía (80).

La valoración se llevará a cabo en función de las Actividades de Vida Diaria (AVD) que efectuará el anciano. Estos AVD incluyen actividades básicas, como ir al baño, comer y controlar esfínteres; así como también asearse, vestirse y caminar, los cuales son esenciales para el autocuidado. Para su valoración, se emplean en las actividades diarias, el índice Barthel y la Escala de Lawton y Brody (AIVD) (81).

La aplicación de estos instrumentos facilita la evaluación integral del adulto mayor y permite identificar necesidades de cuidado, contribuyendo a mejorar la planificación de intervenciones orientadas a mantener la independencia funcional (82).

Adulto Mayor

De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, en Perú es considerado adulto mayor a quienes cumplen 60 años o más. El envejecimiento naturalmente ocurre al final de la vida y se relaciona con la pérdida de fuerza y el vigor muscular. La disminución de la potencia muscular con el paso del tiempo se debe a la reducción y pérdida de tamaño de los filamentos musculares tipo dos, así como a la disminución de la actividad neutral. Las características fundamentales son: problemas en el cuello y espalda, osteoporosis, diabetes, depresión, neuropatías obstructivas crónicas, demencia y cataratas (83).

De acuerdo con el MINSA la población adulta mayor (PAM) son: Persona Adulta Mayor Activa Saludable. Se refiere a una persona que no tiene antecedentes de riesgo ni signos o síntomas relacionados con enfermedades crónicas, subagudas o agudas. Persona de edad avanzada enferma: son personas con enfermedades crónicas o agudas, que pueden tener distintos niveles de gravedad y que, a menudo, no están invalidadas. No cumplen con los criterios de paciente anciano complejo o persona adulta mayor frágil (84).

Adultos mayores frágiles: personas de 80 años o más que cumplen con dos o más criterios. Dependencia parcial, valoraciones funcionales del índice de Gato. Deterioros cognitivos de leve a moderado, valoraciones en lo afectivo, Test Pfeiffer de valoraciones cognitivas, visiones depresivas y Test abreviados de Yesavage. con escalas para determinar la valoración sociofamiliar. Caída: al menos una caída reciente o más de una caída a lo largo del año. Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas. Paciente geriátrico complejo: aquel con tres o más condiciones y de 80 años o más, que padece enfermedades crónicas. La dolencia o procedimiento principal tiene una naturaleza incapacitante (Katz: dependencia absoluta) y un deterioro cognitivo grave (85).

Teoría del Déficit del autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem, una reconocida enfermera teórica, sostiene que cada individuo tiene el deber de cuidar de sí mismo para preservar su salud; para cumplir con este compromiso es preciso obtener habilidades, motivación y conocimiento. Orem, en 1969, formuló la “teoría de déficit del autocuidado” guía general, que se compone de tres teorías interconectadas: déficit del autocuidado, autocuidado y sistemas de enfermería (86).

Según dicha autora, la enfermería es quien tiene la capacidad de detectar las carencias en la habilidad potencial de autocuidado y necesidades de autocuidado del individuo. Su propósito es

proporcionar un cuidado adecuado, no solamente ayudando al paciente sino también instruyéndolo para que logre sobreponerse o aprender a convivir con alguna limitación, fomentando así su autocuidado, la pérdida de capacidad funcional implica mayor dependencia y riesgo de deterioro de la calidad de vida (87).

En el adulto mayor la pérdida de capacidad funcional genera déficit en higiene personal, dificultad en alimentación, incapacidad para manejar medicación, dependencia parcial o total, el fortalecimiento del autocuidado mediante educación y rehabilitación mejora la funcionalidad y rehabilitación mejora la funcionalidad y por ende la calidad de vida (88).

Teoría de la Adaptación Callista Roy

Roy considera al individuo como un sistema adaptativo. La pérdida de capacidad funcional representa un estímulo que exige procesos de adaptación en cuatro modos, fisiológico, autoconcepto, rol e interdependencia, cuando el adulto mayor logra adaptarse a sus limitaciones, mantiene mejor estabilidad emocional y social. La capacidad funcional refleja el nivel de adaptación alcanzando frente a los cambios del envejecimiento (89).

Teoría de las Necesidades de Virginia Henderson

La satisfacción de las 14 necesidades básicas está directamente vinculada con la capacidad funcional. Cuando el adulto mayor no puede satisfacer necesidades como movilidad, higiene o descanso, se evidencia deterioro funcional (90).

2.3. Formulación de Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la capacidad funcional en los adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de

Lima, 2025.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida - dimensión función física y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2025.

H2: Existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida - dimensión psicológica y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2025.

H3: Existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida - dimensión relaciones sociales y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2025.

H4: Existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida - dimensión ambiente y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2025.

2.3.3. Hipótesis nula

H01: No existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida - dimensión función física y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2025.

H02: No existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida - dimensión psicológica y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2025.

H03: No existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida - dimensión relaciones sociales y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2025.

H04: No existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida – dimensión ambiente y la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2025.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Es de tipo hipotético deductivo, por cuanto el inductivo emplea premisas específicas para obtener una conclusión general, a diferencia del deductivo, que recurre a principios generales para alcanzar una conclusión particular (91).

La presente investigación se fundamenta en el método hipotético-deductivo, el cual parte de supuestos teóricos previamente establecidos sobre la relación entre calidad de vida y capacidad funcional en el adulto mayor, para posteriormente contrastarlos mediante evidencia empírica obtenida en el contexto hospitalario. Este método permite formular hipótesis derivadas del marco

teórico y someterlas a verificación estadística, garantizando coherencia lógica entre teoría y datos observados (92).

3.2. Enfoque de la investigación

Cuando se habla de un enfoque cuantitativo, se refiere a los parámetros estadísticos. Dicho enfoque se fundamenta en el análisis de realidades objetivas mediante mediciones numéricas y estadísticas para determinar patrones o hacer predicciones sobre problemas planteados o la conducta de fenómenos (93).

El estudio adopta un enfoque cuantitativo, ya que las variables serán medidas mediante instrumentos estandarizados y analizadas a través de procedimientos estadísticos. Este enfoque posibilita determinar la magnitud, dirección e intensidad de la relación entre las variables, permitiendo obtener resultados objetivos y generalizables al contexto del servicio evaluado.

3.3. Tipo y nivel de investigación

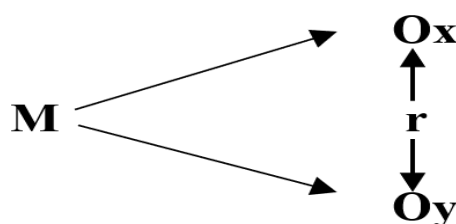
Es estudio de tipo aplicado tiene como objetivo producir conocimientos que se puedan aplicar de manera directa a los problemas de la sociedad o del sector productivo. En este caso aplicados a la enfermería geriátrica. En cuanto al nivel, corresponde a un estudio descriptivo-correlacional, ya que inicialmente se describirán las características de las variables en la población estudiada y posteriormente se analizará la relación estadística entre ellas (94).

3.4. Diseño de la investigación

De carácter no experimental, por cuanto las variables no son alteradas y solamente se considerará a pacientes adultos mayores que estén hospitalizados en su entorno natural, con el

propósito de lograr una valoración más exacta. De corte transversal, por cuanto se hará la recolección de datos en un único instante. El diseño no se elabora en situaciones puntuales, sino que se toman las que ya existen (95).

En este sentido se sigue el siguiente esquema:



Dónde:

M = Muestra

Ox = Calidad de vida

Oy = Capacidad funcional

R = Relación entre las variables

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población:

Los 80 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina de un hospital de Lima serán la población objeto de estudio. La muestra está formada por la población que puede ser alcanzada en su totalidad, la muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, conforme a los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos (96).

Criterio de Inclusión.

- Adultos mayores de ambos sexos, con 65 años o más, orientados en persona, tiempo y espacio.

- Personas de edad avanzada hospitalizadas en el sector de medicina del Hospital Rebagliati.
- Los adultos mayores que opten por firmar el consentimiento informado, en consecuencia, se involucran de manera voluntaria en el trabajo actual.

Criterio de exclusión.

- Adultos mayores que son menores de 65 años, no tienen lucidez y están orientados en términos de espacio, tiempo y persona.
- Adultos mayores hospitalizados fuera del campo de la medicina interna
- Adultos mayores que se negaron a firmar el consentimiento informado.

3.5.2. Muestra

El presente trabajo investigativo estará constituido por 80 adultos mayores que conforman la población de estudio, debido al tamaño accesible de la población trabajando con la totalidad de sus integrantes del servicio de medicina interna de un hospital ubicado en Lima.

3.5.3. Muestreo

El presente estudio no se aplica una técnica de muestreo, debido a que se trabajará con la totalidad de la población, utilizando una muestra censal.

3.6. Operacionalización y variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Escala Valorativa
V1: Calidad de Vida	La calidad de vida se define como la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que vive en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones (97).	La variable se medirá mediante el cuestionario WHOQOL-OLD que evalúa la percepción del adulto mayor respecto a su bienestar físico, psicológico y social.	Dimensión Función Física Dimensión Psicológica Relaciones Sociales Dimensión Ambiente	Energía, fatiga, dolor, malestar, sueño, descanso, movilidad Capacidad para realizar actividades de la vida diaria Dependencia de medicamentos o tratamientos. Autoestima, sentimientos positivos Pensamiento, aprendizaje y concentración, Imagen corporal Sentimientos negativos (ansiedad, depresión) Relaciones personales Apoyo social Satisfacción con la vida social Satisfacción con la vida Seguridad Física Ambiente del hogar Recursos económicos Acceso a servicios de salud Oportunidades de recreación y ocio Entorno físico (contaminación, transporte, clima)	Ordinal	Bajo (0-30) Medio (31-69) Alto (70-100)
V2: Capacidad Funcional	La capacidad funcional es la habilidad que tiene una persona para realizar de manera independiente las actividades básicas e instrumentales necesarias para la vida diaria (98).	Se evaluará mediante el Índice de Barthel que determinan el grado de independencia en las actividades de la vida diaria.	Actividades Básicas de la vida diaria ABVD Actividades instrumentales de la vida diaria AIVD	Higiene personal, vestirse, uso del baño, movilidad, control de esfínteres. Uso del teléfono, reparación de alimentos, manejo del dinero, responsabilidad en la medicación, compras, uso de transporte.	Ordinal	Dependencia total: < 20pts Dependencia grave: 20-35pts Dependencia moderada: 40-55 pts. Dependencia Leve: ≥ 60pts. Independiente: 100pts.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Para el proyecto de estudio actual, la encuesta se empleará como método para evaluar la calidad de vida, mientras que la encuesta y la observación se usarán como método para la variable segunda, que es la capacidad funcional (99).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Se dispondrá de un cuestionario estandarizado para cada variable, que ha sido ampliamente validado en la población de adultos mayores:

Instrumento 1: Calidad de vida

Se manejará el WHOQOL BREF como primera herramienta para examinar la calidad de vida. El WHOQOL-BREF, compuesto por 26 ítems, ofrece una valoración integral y amplia. En caso los encuestados tengan la comprensión necesaria del instrumento, este debe autoadministrarse; Si no es así, hay que utilizar formularios en los que el entrevistador asistente. Incluye 4 dimensiones, las los cuales reflejan la percepción de los individuos sobre su calidad de vida en esos aspectos. Los puntajes del dominio se incrementan de manera positiva, lo que significa que los puntajes más elevados reflejan una mejor calidad de vida. La puntuación de la dimensión se calcula usando la puntuación media de los elementos que comprenden cada dimensión. Después De que se hacen las conversiones, los puntajes finales están en una escala de 0 a 100.

Instrumento 2: Capacidad Funcional

Se creó el Índice de Barthel con el propósito de cuantificar la mejoría en los pacientes con discapacidad crónica que estaban siendo rehabilitados. Se evalúan las actividades esenciales del día a día, que incluyen ir al baño, bañarse, vestirse, comer, moverse de un lugar a otro y caminar. Los pacientes reciben evaluaciones numéricas en función de si necesitan asistencia física para ejecutar la tarea o pueden hacerla de forma independiente. Los componentes se valoran según el criterio profesional de los desarrolladores. Si un cliente tuviera una puntuación de 0 puntos, sería dependiente de todas las actividades evaluadas en la vida diaria; si su puntuación fuera de 100 demostraría autonomía en esas mismas actividades.

Hay dos versiones fundamentales: la extendida, que consta de 15 indicadores, y la original, compuesta por 10. Se ha evidenciado que el Barthel tiene una confiabilidad de regular a moderada, aunque la versión más usada es la de diez artículos. El sistema de puntuación original, según Shah, presenta coeficientes de consistencia interna alfa de Crombach que oscilan entre 0,87 y 0,92 (en admisión y alta). El Barthel se puede aplicar clínicamente a través de una entrevista, observando el rendimiento del paciente en un ambiente determinado o solicitándole al paciente que realice una actividad.

3.7.3. Validación

Espinoza et.al., confirmaron la ejecución y diferenciaron dimensiones, las cuales fueron descritas en un principio. Se confirmó con LISREL 8.50. Se aplicó el método del componente principal para calcular los factores. Se estimó el modelo fue el de máxima verosimilitud. En relación con la segunda variable, Buzzini y otros señalan que el índice Barthel, creado en 1965 por Mahoney y Barthel y empleado por más de tres décadas

para medir la dependencia en las tareas diarias, se ha convertido en una prueba estándar para analizar las actividades cotidianas (AVD).

3.7.4. Confiabilidad

La prueba estadística Alfa de Cronbach arrojó un valor de 0.70 en la calidad de vida, lo que permite afirmar que el instrumento es seguro y confiable.

El Alfa de Cronbach del instrumento índice de Barthel se situó entre 0,86 y 0,92 en la capacidad funcional, lo que también señala su confiabilidad.

3.8. Plan de análisis y procesamiento de datos

Se procederá a solicitar una carta de presentación a la Universidad Norbert Wiener, que será remitida a los responsables del servicio de medicina interna del Hospital de Lima. Tras recibir la autorización, se coordinará con los miembros del personal asignados para recopilar datos. Esto se llevará a cabo de acuerdo con el cronograma previamente definido. Una vez que se haya recibido la aprobación, se implementará el instrumento durante las evaluaciones habituales de valoración integral de los adultos mayores. Se ingresarán los datos recolectados en una matriz, en la que se comprobará si el instrumento está correctamente completado. trasladará después a una matriz del programa SPSS 25, donde se llevará a cabo un análisis descriptivo. Primero, de la información sociodemográfica, mostrando proporciones y tablas de frecuencia. Seguidamente, se llevará a cabo el instrumento en sí, obteniendo las evaluaciones finales y por dimensiones que se detallan mediante tablas y figuras. Finalmente, se llevará a cabo un análisis correlacional de las variables usando la prueba de clasificación Rho de Spearman, pues las dos variables fueron medidas en escala ordinal y no se supuso que los datos tuvieran una distribución normal ordinal y no se supuso que los datos tuvieran una distribución normal. Esta prueba posibilitó establecer la presencia, el sentido y la intensidad

de la correspondencia entre la funcionalidad y la calidad de vida en los ancianos que se encuentran hospitalizados. Para las investigaciones en ciencias de la salud, se estipuló el nivel de significancia estadística en $p < 0,05$.

El uso del coeficiente Rho de Spearman se justifica por tratarse de variables medidas en escala ordinal y por no asumirse normalidad en la distribución de los datos.

3.9. Consideraciones éticas

Esta investigación es exacta y confiable, y no se reunirán datos personales. Se hará referencia a las fuentes de este estudio siguiendo el formato Vancouver. La información que no sea pública y esté relacionada con el área de medicina interna de un hospital en Lima, Perú, será confidencial.

Los principios éticos que se Aplicarán en este proyecto de investigación son los siguientes:

Justicia: Todos los encuestados, sin distinciones, podrán ser parte del estudio de investigación. Serán tratados con respeto y amabilidad, así como con equidad e igualdad a lo largo de toda la investigación.

Autonomía: Se acatará la decisión de los participantes de participar o no, y se utilizará el consentimiento informado para toda la población objeto de estudio.

Beneficencia: La presente propuesta será capaz de comunicar la idea de equilibrar correctamente el daño posible y la probabilidad de un bienestar superior que resulte del estudio. Es necesario llevar a cabo un análisis meticuloso de cómo se reducen los daños y se maximizan los beneficios en la población mayor.

No maleficencia: ya que el estudio actual es una práctica en la cual los profesionales tienen que evitar dar medidas ineficaces o comportarse con falta de voluntad hacia los pacientes o sujetos del estudio.

La aplicación de los principios éticos en esta investigación se orienta a garantizar el respeto y la protección del adulto mayor hospitalizado, considerando su condición de vulnerabilidad. El consentimiento informado se obtuvo asegurando la comprensión del propósito del estudio y la voluntariedad de la participación, mientras que la confidencialidad de la información fue resguardada en todo momento, evitando la divulgación de datos sensibles.

4.2. Presupuesto

CONCEPTO	VALOR
Materiales	S. 65.
Internet	S. 200.
Movilidad	S. 30.
Asesoramiento de proyecto de tesis	S. 1000.
Otros gastos	S. 300.
TOTAL	S.1595.

5. REFERENCIAS

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 22 Feb 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
3. Organización Panamericana de la Salud. Década del envejecimiento saludable en las Américas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2022 [citado 22 Feb 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/decada-envejecimiento-saludable-las-americas-dunieski-cintra-ops-octubre-2022_0.pdf
4. Palloni A, McEniry M. Effect of Early Conditions on Disability among Elderly in Latin America and the Caribbean. Soc Forces. 2007;85(4):1671-702.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares ENAHO 2021. Lima: INEI; 2021.
6. Banco Interamericano de Desarrollo. Envejecimiento y discapacidad en América Latina [Internet]. Washington, DC: BID; 2023 [citado 22 Feb 2026]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/envejecimiento-y-discapacidad/>
7. Dirección General de Epidemiología. Sala Situacional Mortalidad Perú [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 22 Feb 2026]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/Se24/mortalidad.pdf>.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de población adulta mayor [Internet]. Lima: INEI; 2024 [citado 22 Feb 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/926048>

9. Quispe T, Ticse R, Gálvez M, Varela L. Rehospitalización en adultos mayores de un hospital de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(4):635-640.
10. Lama K, et al. Capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados, Hospital Nacional de Lima. Rev Unjfsc. 2023;2(1):45-52.
11. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Registro de Cáncer en Perú 2023. Lima: INEN; 2024.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe técnico: Adulto mayor [Internet]. Lima: INEI; 2021 [citado 22 Feb 2026]. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/media/menurecursivo/boletines/informe-tecnico_adultomayor_1.pdf
13. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Nivel de independencia funcional en adultos mayores, Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, Lima 2017 [Internet]. Lima: UNMSM; 2017 [citado 22 Feb 2026]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9162>
14. Gerontología.org. Perú: Una de cada cuatro personas mayores en Lima vive sola [Internet]. 2025 [citado 22 Feb 2026]. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showinformation.php?idinfo=5516>
15. Alonso MAM, Barajas MES, Ordóñez JAG, Alpírez HA, Fhon JRS, Durán-Badillo T. Calidad de vida relacionada con dependencia funcional, funcionamiento familiar y apoyo social en adultos mayores. Rev Esc. Enferm. USP [Internet]. 2022;56: e20210482. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cyjffnkyglc383sv6hfjffd/?format=pdf&lang=es>

16. Rodríguez Suárez, Karen Dayana (2025). Dependencia funcional y calidad de vida del adulto mayor. Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor. Santa Elena, 2024[tesis de licenciatura]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena;2025.
17. Gordillo S, Peralta V. Capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con las actividades de la vida diaria del adulto mayor de la Parroquia San Luis. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2021.

<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8250/1/5.-TEIS%20Samy%20Carolina%20Gordillo%20Erazo%20y%20Veronica%20Vanesa%20Peralta-MED.pdf>
18. León P. Autonomía funcional y calidad de vida en adultos mayores en el asilo Sara Espíndola: Universidad Uniandes; 2023. Artículo Científico de Licenciatura en Enfermería.

<https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17316>
19. Morocho Ochoa LY. Síndromes geriátricos y calidad de vida en los adultos mayores [tesis de grado]. Loja: Universidad Técnica Particular de Loja;2022. Asesora: Rodríguez Quintana T.
20. Larico Pari AE. Calidad de vida y envejecimiento exitoso en adultos mayores del club Las Cantutas del Establecimiento de Salud I-4 José Antonio Encinas, Puno – 2024 [tesis de licenciatura]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/>
21. Ruiz Marín O. Calidad de vida y capacidad funcional del adulto mayor que acude al CIAM, Barranco – 2025 [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2025. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/>

22. Acosta M, Vargas R. Capacidad funcional y calidad de vida en los adultos mayores de la jurisdicción del centro poblado de Ccantupata de Andahuaylas. Apurímac: Universidad Tecnológica de Los Andes; 2022.
- <https://repositorio.utea.edu.pe/bitstream/utea/403/1/capacidadfuncional-acosta%machacca,maritza%aday,vargas%chavez,edith%angelica..pdf>
23. Hernández M., Altamirano L. Capacidad funcional en adultos mayores de un albergue ubicado Lima-Sur. Revista Científica Cuidado y Salud Pública. 2021;01(01):11-17.
24. Quispe M, Navarro K. Capacidad funcional y la calidad de vida del adulto mayor que son atendidos en el Servicio de Medicina, Hospital de Emergencias Grau III. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021.
25. Rubio O., Rivera M., Borges O., Gonzales C., Calidad de vida en el adulto mayor. Varona. 2015 Julio a diciembre.
26. World Health Organization. WHOQOL: Measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997.
27. Varela P., salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016 marzo; 33(2)
28. World Health Organization. WHOQOL-OLD manual. Geneva: WHO; 2006.
29. OMS. La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? Foro Mundial de la Salud. 1996; 17(4).
30. Ann Bowling y otros. Rev. Internacional de Envejecimiento y Desarrollo Humano Dev. 2003. <https://doi.org/10.2190/BF8G-5J8L-YTRF-6404>
31. Varela P., salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016 marzo; 33(2)
32. Aranda M., Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2018 setiembre-Octubre; 17(5).

33. World Health Organization. WHOQOL: Measuring quality of life. Geneva: World Health Organization; 1997.
34. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996.
35. Robert L. Schalock, Miguel Ángel Verdugo. Quality of life handbook: For human service practitioners. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; 2002.
36. Richard M. Ryan, Edward L. Deci. On happiness and human potential: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52:141-166.
37. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. *Res Dev Disabil.* 1995; 16(1):51-74.
38. WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the world Health Organisation. *Soc Sci Med.* 1995; 41:1403- 9. [http://refhub.elsevier.com/S1665-7063\(16\)30019-7/sbref0130](http://refhub.elsevier.com/S1665-7063(16)30019-7/sbref0130)
39. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996.
40. Peterson M., Rhea M., Sen A., Gordon M. Ejercicio de resistencia para la fuerza muscular en adultos mayores: un metaanálisis. *National Library of Medicine.* 2010 abril; 9(3).
41. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento activo: Un marco político. Washington DC: OPS; 2002.
42. Irwin H. Rosenberg. Sarcopenia: Origins and clinical relevance. *J Nutr.* 1997;127(5 Suppl):990S-991S.

43. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
44. World Health Organization. WHOQOL: Measuring quality of life. Geneva: World Health Organization; 1997.
45. Chile Ud. Comunicaciones HCUCH. [Online].; 2012 [cited 2022 enero 19. Available from: <https://www.uchile.cl/noticias/83237/saber-envejecer-bienestar-psicologico-en-el-adulto-mayor#:~:text=Los%20cambios%20impulsados%20por%la,cuadros%20ansiosos%2C%20estr%C3%A9s%20somatizaciones.>
46. World Health Organization. WHOQOL: Measuring quality of life. Geneva: World Health Organization; 1997.
47. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996.
48. Salech F., Jara R., Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2012 enero; 23(1).
49. Robert L. Schalock, Miguel Ángel Verdugo. Quality of life handbook: For human service practitioners. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; 2002.
50. Richard M. Ryan, Edward L. Deci. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annu Rev Psychol. 2001; 52:141-166.
51. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. Res Dev Disabil.
52. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996.

53. WHOQOL Group. Development of the world Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med. 1998;28(3):551-558.
54. OMS. WHOQOL-BREF. [Online].; 1996 [cited 2021 Diciembre 03. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.
55. OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/who_fwc_alc_15.01_spa.pdf
56. World Health Organization. WHOQOL: Measuring quality of life. Geneva:World Health Organization; 1997.
57. WHOQOL Group. Development of the world Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med. 1998;28(3):551-558.
58. Espinoza I., Osorio P., Torrejón M., Lucas R., Burnout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Revista médica de Chile. 2011 mayo; 139(5).
59. OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/who_fwc_alc_15.01_spa.pdf
60. Watson J. Human caring science. New York: Jones & Bartlett; 2012.
61. Virginia Henderson. The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education. New York: Macmillan; 1966.
62. Virginia Henderson & Gladys Nite. (1978). Principles and practice of nursing (6th ed.). New York:Macmillan.
63. Dorothea E. Orem. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
64. Callista Roy. The Roy adaptation model.3rd ed. Upper Saddle River: Pearson; 2009.
65. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Boulder: University Press of

Colorado; 2008.

66. Pinillos-Patiño, Yisel; Prieto-Suarez, Edgar. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2012;14(3):43:447.
67. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J*. 1965Feb; 14: 61-65.
68. Salech F., Jara R., Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012 enero; 23(1).
69. OMS. Envejecimiento Saludable y capacidad funcional Foro 26 octubre 2020.
70. Instituto Nacional de Geriátria. ISSU. [Online].; 2020 [cited 2022 enero 05. Available from: https://issuu.com/institutonacionaldegeriatria/docs/boletin_febrero2020/s/1022421
71. Delgado C., capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico “Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro”, lima-2014. *Rev. Peru. Obstet. Enferm*. 2014; 10(1).
72. Vargas S., Vargas A., Apoyo social y bienestar psicológico en adultos mayores que asisten a los CIAM de Lima metropolitana. Tesis. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Facultad de Psicología; 2017.
73. Uhlmann S., Facchini L., Borges N., Soares W., Kessler M, Thumé E. Relaciones sociales y supervivencia en la cohorte de adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2021 agosto; 29.
74. Sánchez G., Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía. Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de geografía Norte Grande*. 2015 mayo;(60).

75. Giraldo M., Franco A., Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Revista UNAL. 2008 febrero.
76. Richard M. Ryan, Edward L. Deci. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52:141-166.
77. World Health Organization. WHOQOL: Measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997.
78. Sidney Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL-A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963;185(12):914-919.
79. M. Powell Lawton MP, Elaine M. Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist.* 1969;9(3):179-186.
80. Sánchez-Rodríguez MA, Zacarías-Flores M, Correa-Muñoz E, Mendoza-Núñez VM. Advanced activities of daily living in community-dwelling older adults: a cross-sectional study of the Mexican Health and Aging Study. *Healthcare.* 2023;11(14):2107.
81. Dorothea E. Orem. *Nursing: Concepts of practice.* 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
82. Lawton MP; Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
83. Barbara Resnick B, Boltz M. Optimizing function and physical activity in hospitalized older adults to prevent functional decline and falls. *Clin Geriatr Med.* 2015;31(1):49-67.
84. Segovia M, Torres E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos* [revista en Internet] 2011 [acceso 4 de febrero de 2020]; 22(4): 162-166. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v22n4/comunicacion2.pdf>
85. Ministerio de Salud del Perú. (2019). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de

Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima: Ministerio de Salud del Perú.

86. John E.Morley JE, Vellas B, van Kan GA, et al.Frailty consensus: a call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(6):392-397.
87. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6 th ed. St Louis: Mosby; 2001.
88. Naranjo H., Concepción P., Rodríguez L., La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. SCIELO. 2017 setiembre-Diciembre; 19(3).
89. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6 th ed. St Louis: Mosby; 2001.
90. Callista Roy. The Roy adaptation model.3rd ed. Upper Saddle River: Pearson; 2009.
91. Virginia Henderson. The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education. New York: Macmillan; 1966.
92. Hernández S., Fernández C., Baptista L., Metodología de la Investigación. 6th ed. interamericana editores SA, editor. Mexico: McGRAW-HILL; 2014.
93. Dávila N., El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. Laurus. 2006 enero; 12(1).
94. Barreo S., García A., Ojeda M., Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Nuevos Horizontes. 2005 Julio Diciembre; 4(1).
95. Cid R., Damian m., valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. revista española de salud pública. 1997 marzo; 71(2).
96. Buzzini M., Secundini R., Gazzotti A., Giraldes R., Arbildo A., Druetta S. Validación del Índice de Barthel. Boletín del Departamento de Docencia e Investigación IREP. 2002; 6(1).
97. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-1409.

98. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-186.
99. Giraldo M., Franco A., Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Revista UNAL*. 2008 febrero.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General		Diseño Metodológico
¿Qué relación existe entre la calidad de vida con la capacidad funcional en los adultos mayores, hospitalizados en el servicio medicina interna de un Hospital de Lima, 2025?	Determinar la relación entre la calidad de vida con la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Lima, 2025.	Existe una relación significativa entre la calidad de vida con la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de medicina interna de un hospital de Lima, 2025.	Variable 1 Calidad de vida del adulto mayor Dimensiones • Función física • Psicológica • Relaciones sociales • Ambiente	1. Tipo de Investigación Aplicada 2. Método de la investigación Método hipotético deductivo
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas		
¿Cuál es la relación entre la dimensión función física con la capacidad funcional en los adultos mayores, hospitalizados en el servicio de medicina interna de un Hospital de Lima?	Identificar la relación entre la calidad de vida en su dimensión función física con la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Lima.	Existe una relación significativa entre la dimensión función física con la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Lima.		
¿Cuál es la relación entre la dimensión psicológica con la capacidad funcional en los adultos mayores, hospitalizados en el servicio de medicina interna de un Hospital de Lima?	Identificar la relación entre la calidad de vida en su dimensión psicológica con la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Lima.	Existe una relación significativa entre la dimensión psicológica con la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Lima.	Variable 2 Capacidad funcional del adulto mayor Dimensiones ABVD AIVD • Comer • Traslado silla/cama • Aseo personal • Uso de baño • Bañarse/ ducharse • Desplazarse • Subir y bajar escaleras • Vestir y desvestirse • Control de heces • Control de orina	3. Diseño de la investigación No experimental 4. Alcance Descriptivo- correlacional 5. Población 50 pacientes adultos mayores hospitalizados 6. Muestra: No probabilística que cumplan criterios de inclusión y exclusión
¿Cuál es la relación entre la dimensión relaciones sociales con la capacidad funcional en los adultos mayores, hospitalizados en el servicio de medicina interna de un Hospital de Lima?	Identificar la relación entre la calidad de vida en su dimensión relaciones sociales con la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Lima.	Existe una relación significativa de la dimensión relaciones sociales con la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Lima.		
¿Cuál es la relación entre la dimensión ambiente con la capacidad funcional en los adultos mayores, hospitalizados en el servicio de medicina interna de un Hospital de Lima?	Identificar la relación entre la calidad de vida en su dimensión ambiente con la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Lima.	Existe una relación significativa entre la dimensión ambiente con la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de Lima.		7. Instrumento Cuestionario de WHOQOL-BREF Índice de Barthel

Anexo 2: Instrumentos: WHOQOL BREF Calidad de Vida

Nº	Ítems	Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?				
		Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastantes satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?				
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?				
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?				
5	¿Cuánto disfruta de la vida?				
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?				
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?				
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?				
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?				
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?				
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?				
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?				
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?				
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?				
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?				
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?				

17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?				
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?				
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?				
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?				
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?				
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?				
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?				
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?				
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?				
		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?				

Anexo 3: Instrumentos: INDICE DE BARTHEL DE CAPACIDAD FUNCIONAL

Actividades	Descripción	Puntos
Comer	Dependiente, requiere ayuda de otra persona	0
	Requiere ayuda, para actividad específica como cortar carne	5
	Independiente, puede hacerlo solo	10
Traslado silla/cama	Dependiente, no se mantiene sentado	0
	Necesita ayuda importante, puede estar sentado	5
	Necesita algo de ayuda, requiere supervisión o ayuda física	10
	Independiente, no requiere ayuda	15
Aseo Personal	Dependiente, necesita ayuda con el aseo personal	0
	Independiente, puede hacerlo solo	5
Uso del baño	Dependiente, requiere ayuda	0
	Necesita alguna ayuda	5
	Independiente, puede realizarlo solo	10
Bañarse	Dependiente	0
	Independiente	5
Desplazarse	Dependencia	0
	Independiente en silla de ruedas	5
	Requiere ayuda de una persona	10
	Independiente	15
Subir y bajar escaleras	Dependiente	0
	Necesita ayuda física o verbal	5
	Independiente	10
Vestir y desvestirse	Dependiente	0
	Necesita ayuda, pero puede realizar la mitad de las acciones	5
	Independiente	10
Control de heces	Incontinente	0
	Accidentes ocasionales	5
	Continente	10
Control de orina	Incontinente	0
	Accidentes ocasionales	5
	Continente	10
Puntaje	0 a 100 puntos (0 a 90 si usa silla de ruedas)	

Dependencia total: ≤ 20 pts.
Dependencia grave: 20-35 pts.
Dependencia moderada 40-55pts.
Dependencia leve ≥ 60 pts.
Independiente 100 pts.

Anexo 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: “Calidad De Vida y Capacidad Funcional en los Adultos Mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2026”

Nombre de la investigadora principal: Lic. Sandra Mateo Magallanes

Propósito del estudio: Determinar la relación entre la calidad de vida y la capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en medicina interna de un hospital de Lima, 2026.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido y no se usará para ningún otro propósito fuera de la investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Derechos del participante: Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario, podrá retirarse de éste en cualquier momento, sin que eso lo perjudique. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio.

Desde ya se agradece su participación.

CONSENTIMIENTO Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Participante:

Investigador:

DNI:

DNI:

Firma:

Firma:

18% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 15%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 15% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	5%
2	Trabajos entregados	uwiener on 2024-10-07	2%
3	Internet	hdl.handle.net	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-08-09	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-06-10	<1%
6	Trabajos entregados	Unidad Titulacion on 2025-07-22	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2026-05-06	<1%
8	Trabajos entregados	uwiener on 2023-01-23	<1%
9	Internet	repositorio.unap.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-02-24	<1%