



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN FISIOTERAPIA EN EL
ADULTO MAYOR**

Trabajo Académico

Capacidad funcional básica e instrumental y calidad de vida en adultos
mayores institucionalizados de la ciudad de Lima, 2025

Para optar el Título de
Especialista en Fisioterapia en el Adulto Mayor

Presentado por:

Autora: Procil Sánchez, Adela Taiz

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5219-7331>

Asesor: Mg. Vera Arriola, Juan Américo

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8665-0543>

Lima – Perú

2025

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

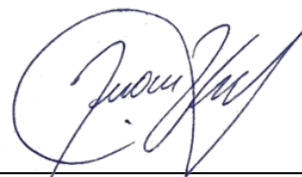
Yo, PROCIL SANCHEZ ADELA TAIZ egresado(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, del Programa Académico de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación, de la **Segunda Especialidad en Fisioterapia en el Adulto Mayor**, declaro que el trabajo académico “Capacidad funcional básica e instrumental y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Lima, 2025” Asesorado por el docente: MG. JUAN VERA ARRIOLA DNI 42714753 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8665-0543> tiene un índice de similitud de 8 (ocho) % con código oid:14912:525960229 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

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



Firma de autor
Adela Taiz Procil Sanchez
DNI: 47793266



Firma de asesor
Mg. Juan Américo Vera Arriola
DNI: 42714753

Lima, 6 de Enero de 2026

ÍNDICE

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.....	Pag 13
1.2. Formulación del problema.....	Pag 15
1.2.1. Problema general.....	Pag 15
1.2.2. Problemas específicos.....	Pag 15
1.3. Objetivos de la investigación.....	Pag 16
1.3.1. Objetivo general.....	Pag 16
1.3.2. Objetivos específicos	Pag 16
1.4. Justificación de la investigación.....	Pag 17
1.4.1. Teórica.....	Pag 17
1.4.2. Metodológica.....	Pag 18
1.4.3. Práctica.....	Pag 18
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	Pag 18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	Pag 20
2.2. Bases teóricas.....	Pag 26
2.3. Formulación de hipótesis.....	Pag 33
2.3.1. Hipótesis general.....	Pag 33
2.3.2. Hipótesis específicas.....	Pag 33

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación.....	Pag 35
3.2. Enfoque investigativo.....	Pag 35
3.3. Tipo de investigación.....	Pag 36
3.4. Diseño de la investigación.....	Pag 36

3.5. Población, muestra y muestreo.....	Pag 37
3.6. Variables y operacionalización	Pag 38
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	Pag 40
3.7.1. Técnica.....	Pag 40
3.7.2. Descripción.....	Pag 40
3.7.3. Validación.....	Pag 43
3.7.4. Confiabilidad	Pag 45
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	Pag 46
3.9. Aspectos éticos.....	Pag 46

CAPÍTULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Recursos y presupuesto.....	Pag 48
4.2. Cronograma de actividades.....	Pag 48

REFERENCIAS.....	...Pag 63
-------------------------	------------------

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia.....	Pag 74
Anexo 2: Instrumentos.....	Pag 78
Anexo 3: Aprobación del Comité de Ética.....	...Pag 81
Anexo 4: Formato de consentimiento informado.....	Pag 82
Anexo 5: Reporte de similitud de Turnitin.....	Pag 87

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El envejecimiento poblacional es un fenómeno a nivel global que ha ido cobrando especial protagonismo en países en desarrollo como Perú, donde en Lima, se ha incrementado considerablemente el número de personas adultas mayores (AM) en las últimas décadas, aumentando la necesidad de contar con servicios específicos para la misma (1). En este sentido, los adultos mayores institucionalizados en diversas instituciones (ej. hogares de reposo) son personas que presentan situaciones específicas relacionadas con su funcionalidad básica e instrumental y su calidad de vida (2).

La funcionalidad está definida por la capacidad de realizar las AVD (actividades de la vida diaria) básicas (comer, vestirse, moverse) e instrumentales (manejar dinero, comprar, utilizar el transporte público) y es un indicador del nivel de salud y autonomía en la vejez (3). Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) el 42 % de los adultos mayores de Lima cuenta con algún tipo de limitación funcional, lo que tiene una fuerte influencia en su calidad de vida (4). Este hecho es especialmente crítico en la intra-institucionalidad, en la que influye el medio, los recursos disponibles y las ayudas programadas que inciden en la calidad de vida (5).

Existen diferentes factores que afectan a la calidad de vida en la de las personas adultas mayores institucionalizadas (AMI), una de ellas es la capacidad funcional y nos dice que cuando menos funcionalidad se presenta en ese colectivo mayor dependencia y menor apoyos; en esa línea, tener pocos apoyos ha mostrado una disminución en la

percepción de calidad de vida, pérdida de la autonomía, menor actividad social y recreativa y aumentos a su vez del aislamiento y de la depresión en personas en la vejez (6). En Lima, estudios recientes indican que el 30% de los AM que viven en instituciones reporta niveles bajos de calidad de vida, lo que pone en evidencia la necesidad urgente de atender esta problemática (7).

El incremento de las limitaciones funcionales entre los AM que viven en instituciones representa un reto considerable para estas organizaciones. Muchas de ellas carecen de recursos fundamentales, como personal especializado y programas de rehabilitación, necesarios para atender adecuadamente a residentes con alta dependencia funcional. Esto contribuye al deterioro progresivo de sus capacidades, agravando su dependencia y afectando negativamente su calidad de vida (8).

A pesar de la relevancia del tema, existe poca investigación que analice de manera directa la relación entre la CFBI y la calidad de vida en AM que residen en instituciones en Lima. La mayoría de los estudios realizados hasta ahora se enfocan en personas mayores que viven en la comunidad, dejando un vacío importante de información sobre aquellos que habitan en hogares especializados (9). Esta carencia de datos dificulta que los responsables de políticas públicas y los profesionales de la atención puedan desarrollar estrategias efectivas para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional (10).

Es crucial llevar a cabo investigaciones que aporten datos locales específicos sobre la situación de los adultos mayores en instituciones de Lima. Ante el continuo aumento de la población envejecida, se prevé un incremento en el número de personas mayores que requerirán cuidados institucionales, lo que subraya la necesidad de contar con estrategias basadas en evidencia para mitigar las limitaciones funcionales y mejorar la calidad de vida. Asimismo, la crisis sanitaria generada por la pandemia de COVID-19

ha exacerbado los retos en estas instituciones, destacando la importancia de ofrecer una atención centrada en el individuo que promueva tanto la independencia como el bienestar general (11).

El aumento en la prevalencia de limitaciones funcionales entre los AMI en Lima, junto con su impacto adverso en la calidad de vida, resalta la importancia de profundizar en el análisis de esta problemática (12). Este esfuerzo es fundamental para garantizar el bienestar de una población vulnerable y asegurar que las instituciones de cuidado a largo plazo en Lima estén preparadas para atender las complejas necesidades de sus residentes.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación entre la CFBI y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características socio-demográficas de los AMI de Lima, 2025?
- ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional básica de los AMI de la ciudad de Lima, 2025?
- ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional instrumental de los AMI de la ciudad de Lima, 2025?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los AMI de la ciudad de Lima, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre la movilidad y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025?

- ¿Cuál es la relación entre autocuidado y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre capacidad funcional instrumental y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre la CFBI y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características socio-demográficas de los AMI de Lima, 2025.
- Determinar el nivel de capacidad funcional básica de los AMI de la ciudad de Lima, 2025.
- Determinar el nivel de capacidad funcional instrumental de los AMI de la ciudad de Lima, 2025.
- Determinar el nivel de calidad de vida de los AMI de la ciudad de Lima, 2025.
- Determinar la relación entre la movilidad y la calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025.
- Determinar la relación entre el autocuidado y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025.
- Determinar la relación entre capacidad funcional instrumental y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

A medida que los adultos mayores enfrentan limitaciones físicas y cognitivas, la CGBI disminuye, lo que puede repercutir negativamente en su calidad de vida. La institucionalización, si bien ofrece cuidados esenciales, puede intensificar sentimientos de dependencia y reducir la percepción de control personal, aspectos fundamentales para el bienestar general (13). Este estudio busca analizar cómo las limitaciones en la capacidad funcional básica e instrumental influyen en los diversos aspectos de la calidad de vida, incluyendo el bienestar físico, emocional y social, en adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Lima. Profundizar en esta relación permitirá entender mejor los desafíos que enfrentan este grupo vulnerable en entornos de cuidado institucionalizado.

1.4.2. Metodológica

Para el análisis de la capacidad funcional básica e instrumental de los mayores que viven en instituciones, se utilizarán el Índice de Barthel y el Índice de Lawton y Brody, bien conocidos en los estudios geriátricos. El Índice de Barthel se ocupará de la capacidad para realizar actividades básicas como lavarse, vestirse o comer mientras que el Índice de Lawton y Brody se encargará del funcionamiento en actividades instrumentales como las compras o los temas económicos. La calidad de vida se evaluará con el cuestionario WHOQOL-OLD, que fue creado para contemplar puntos de vista específicos sobre el bienestar en personas mayores como la autonomía, las relaciones sociales o el sentido de la vida. La combinación de estos diversos instrumentos garantizará una valoración completa y concreta de la relación capacidad funcional-calidad de vida en una población institucionalizada de Lima.

1.4.3. Práctica

En el campo práctico, este texto tiene el potencial de contribuir a mejorar los servicios en instituciones para mayores de Lima. Los resultados permitirán a los directores de estas instituciones volver a formular sus programas y sus estrategias de cuidado buscando minimizar las consecuencias nocivas de la dependencia funcional y promoviendo el bienestar de sus residentes. Además, los resultados podrán ayudar a la formulación de políticas públicas orientadas a mejorar integralmente la atención geriátrica atendiendo las necesidades físicas y emocionales y sociales de las personas mayores. Estas intervenciones no solo mejorarán el bienestar de las personas mayores que habrán de residir en las instituciones, sino que también permitirán fijar criterios para futuros programas de atención geriátrica en estas localidades o en otras con similares.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Se realizará durante el mes de diciembre del 2025.

1.5.2. Espacial

La muestra será de los adultos mayores de la Casa Hogar “Padre Saturnino López Novoa”

1.5.3. Recursos

La investigación será con recursos propios y los detalles de los mismos se encuentran en el capítulo IV

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Fernández-Martínez y cols (14), realizaron un estudio con el objetivo fue determinar la asociación entre dependencia funcional y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en España. Se realizó un estudio transversal, correlacional y observacional con 190 adultos mayores en residencias geriátricas. Los instrumentos utilizados fueron el IB, el ILB, y el CWB. Los resultados mostraron que los niveles de dependencia funcional se correlacionaron significativamente con una menor calidad de vida ($p < 0.05$). Por cada punto de disminución en el Índice de Barthel, la puntuación total del WHOQOL-OLD disminuyó en 2.3 puntos, mientras que en el Índice de Lawton se registró una correlación negativa moderada con la dimensión social del cuestionario ($p = 0.004$). Se concluyó que una menor independencia funcional afecta negativamente varios dominios de calidad de vida, especialmente el bienestar psicológico y social.

Chang F, y cols. (15), en Taiwán, realizaron un estudio que tuvo como objetivo analizar cómo la dependencia funcional básica e instrumental influye en la calidad de

vida de AM en hogares de cuidado. Este estudio transversal incluyó a 220 participantes. Se aplicaron el IB, el ILB, y el CWB. Los resultados indicaron que los adultos con mayor dependencia funcional básica reportaron una reducción promedio de 18 puntos en la dimensión de autonomía del WHOQOL-OLD ($p < 0.01$). La dependencia funcional instrumental tuvo mayor impacto en las dimensiones de actividades sociales y relaciones personales, con una reducción promedio de 12 puntos ($p < 0.05$).

Rodríguez-Muñoz y cols.(16), realizaron un estudio en México que tuvo como objetivo explorar la relación entre dependencia funcional y calidad de vida en 150 adultos mayores institucionalizados. El diseño fue transversal y correlacional. Los instrumentos utilizados incluyeron el IB, el ILB, y el CWB. Los resultados indicaron que un 65% de los participantes con dependencia funcional severa ($\text{Barthel} \leq 40$) reportaron puntuaciones inferiores al percentil 25 en el dominio psicológico del WHOQOL-OLD ($p < 0.001$). Además, la dependencia instrumental explicó el 35% de la variabilidad en el dominio social ($R^2 = 0.35$, $p < 0.01$)

Kim y cols.(17), en Corea del Sur, realizaron un estudio que tuvo como objetivo investigar la influencia de la funcionalidad básica e instrumental sobre la calidad de vida en AMI. El estudio incluyó a 200 participantes, utilizando el Índice de Barthel, el Índice de Lawton y Brody, y el CWB. Se observó que los participantes con mayor dependencia funcional básica tuvieron puntuaciones significativamente más bajas en el dominio físico (reducción promedio de 20.5 puntos, $p < 0.001$). Asimismo, la dependencia funcional instrumental se asoció con reducciones significativas en la dimensión de conexión social ($p = 0.02$)

Müller y cols.(18), en Alemania, realizaron una investigación que tuvo como objetivo fue evaluar la relación entre independencia funcional y calidad de vida en adultos mayores de residencias geriátricas. Este estudio transversal contó con 180 participantes. Se emplearon los mismos instrumentos: IB, ILB, y CWB. Los resultados revelaron que un menor puntaje en el Índice de Barthel se asoció con una disminución de 15 puntos en el bienestar físico ($p < 0.05$), mientras que una menor independencia en el Índice de Lawton correlacionó con una reducción de 10 puntos en el dominio de relaciones sociales ($p = 0.03$)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Lozano-Córdova y cols.(2023), realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar la relación entre funcionalidad básica e instrumental y calidad de vida en AM de hogares geriátricos en Lima. Se realizó un estudio observacional, transversal y correlacional con 120 participantes. Se utilizaron el IB el ILB, y el CWB. Los resultados mostraron que por cada punto menos en el Índice de Barthel, la puntuación total del WHOQOL-OLD disminuyó 2.7 puntos ($p = 0.02$). Además, una menor funcionalidad instrumental explicó el 30% de la variabilidad en la dimensión social del cuestionario ($p < 0.001$) (19).

Espinoza-Tapia y cols.(2022), realizaron un estudio en Arequipa, que tuvo como objetivo determinar la asociación entre independencia funcional y calidad de vida en 130 adultos mayores institucionalizados. Se emplearon los IB y ILB, además del CWB. Los resultados mostraron una disminución promedio de 18 puntos en el

dominio físico del CWB en aquellos con mayor dependencia básica ($p < 0.05$), mientras que la dependencia instrumental se asoció significativamente con una reducción en la dimensión de relaciones sociales ($p = 0.04$) (20).

Rojas-Mendoza y cols.(21), realizaron un estudio, llevado a cabo en Cusco, que tuvo como objetivo analizar la relación entre la dependencia funcional y la calidad de vida en 140 adultos mayores de residencias geriátricas. Se utilizó un diseño transversal. Los resultados indicaron que una mayor dependencia básica, medida por el Índice de Barthel, estaba asociada con una disminución de 22 puntos en el dominio de bienestar físico del CWB ($p < 0.001$). Asimismo, la dependencia instrumental correlacionó negativamente con la dimensión de actividades sociales ($p = 0.01$)

Huamán-Castro y cols.(22), en un hogar de ancianos en Trujillo, realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar cómo la funcionalidad básica e instrumental impacta la calidad de vida de 110 adultos mayores. Este estudio transversal empleó los mismos instrumentos y encontró que una menor independencia en el Índice de Barthel se asoció con puntuaciones significativamente bajas en la dimensión de autonomía del CWB ($p < 0.05$). También se identificó que la dependencia instrumental tenía un impacto significativo en el bienestar psicológico ($p = 0.03$)

Pérez-Sánchez y cols. (23), en Lima, realizaron una investigación que tuvo como objetivo explorar la relación entre independencia funcional y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados. Se realizó un estudio transversal con 100 participantes. Los resultados indicaron que una menor puntuación en el Índice de Barthel estaba asociada con una reducción de 16 puntos en el dominio físico del

WHOQOL-OLD ($p = 0.001$). La dependencia funcional instrumental mostró una correlación moderada con la dimensión de conexión social ($p = 0.02$)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Adulto mayor

El envejecimiento de la población se ha convertido en uno de los mayores retos a los que se enfrenta la sociedad de la actualidad. En este contexto, la calidad de vida de las personas mayores que residen en instituciones ha adquirido especial inquietud dado las múltiples vulnerabilidades que se encuentran en estas personas. Uno de los aspectos determinantes de su bienestar es la capacidad funcional, tanto básica como instrumental (24). La capacidad funcional básica recoge las actividades más esenciales como son, el alimentarse, vestirse o la deambulaci3n, por el contrario, la capacidad funcional instrumental hace alusi3n a tareas m3s complejas, tales como la administraci3n del dinero o la de la preparaci3n de la comida. La disminuci3n de estas capacidades favorece, y mucho, la autonom3a y, en consecuencia, la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas (25).

Existen estudios que han documentado extensamente la relaci3n que hay entre la capacidad funcional y la calidad de vida; estudios recientes han mostrado que por una parte la perdida de la capacidad funcional b3sica, disponible tras la aplicaci3n de la evaluaci3n del 3ndice de Barthel, se relaciona con una disminuci3n de la no funcionalidad f3sica y emocional medido con instrumentos como el WHOQOL-OLD(26). Se ha llegado a demostrar por ejemplo que una menor independencia funcional se relaciona con peores puntuaciones en los componentes de

la autonomía, las relaciones sociales o el entorno. Este deterioro funcional, no se ve en relación a la calidad de vida de forma general, sino que también aumentan el grado de dependencia de la persona dependiente hacia el entorno familiar o el entorno que ofrecen los cuidadores o el propio personal de la institución geriátrica (27).

Por su parte, la capacidad funcional instrumental avalada con el Índice de Lawton y Brody va a desempeñar un papel importante en relación a los aspectos sociales y psicológicos de la calidad de vida. Las personas mayores que demuestran mayor dependencia en este tipo de actividades logran puntuaciones más bajas en aquellas dimensiones relacionadas con las relaciones personales o sociales, este descenso de la funcionalidad se llega a convertir en aislamiento social, insatisfacción con la vida y un mayor estrés y ansiedad (28). Es más, entre los adultos mayores que tienen una salud que ha sido diagnosticada como claudicante, se ha clasificado como un impedimento para las actividades instrumentales y este tipo de función produce por la exhaustiva dependencia que las personas mayores tienen por parte de los cuidadores en las actividades básicas para su supervivencia y el deterioro de la salud se traduce por la incapacidad funcional (29).

2.2.2. Capacidad funcional básica

La capacidad funcional básica implica las habilidades que permiten realizar las actividades más básicas de la vida diaria: comer, vestirse, bañarse, trasladarse y mantener control de esfínteres. Estas capacidades se valoran con medios como el Índice de Barthel que evalúa el grado de independencia del adulto mayor mediante las habilidades que este es capaz de realizar para resolver tareas del día a día. Mantener estas capacidades tiene una importancia clave, dado su efecto en la autonomía y el bienestar del adulto mayor, ya que su pérdida significa una mayor

dependencia del resto de las personas y en ocasiones la institucionalización del adulto mayor en residencias geriátricas (30). La pérdida de capacidad funcional básica es bastante común en la población adulta anciana y esta pérdida está relacionada con factores como enfermedades crónicas, caídas, limitaciones físicas de la vejez o deterioro cognitivo (31). Así, como ejemplo, el hecho de tener una pérdida de movilidad o de fuerza en los músculos puede suponer una dificultad a la hora de trasladarse y el realizar actividades básicas como comer o vestirse, sin ayuda. Por otra parte, este hecho no sólo tiene repercusiones en la parte física; también tiene un efecto emocional, puesto que la pérdida de la independencia puede dar lugar a frustración, ansiedad y disminución de la propia autoestima (32).

En el ámbito de los adultos mayores que habitan en residencias geriátricas, la capacidad funcional básica tiene todavía mayor repercusión. La mayoría de los adultos mayores ingresados a la residencia geriátrica lo son debido a que han perdido estas capacidades, lo que aumenta la dependencia del personal de cuidado. Diversos estudios han demostrado cómo las peores puntuaciones en el Índice de Barthel están relacionadas con una peor calidad de vida, en la medida en que la población de adultos mayores con peores capacidades funcionales básicas tiene más limitaciones en lo que respecta al bienestar físico y psicológico. Además, la dependencia en la funcionalidad básica incrementa la carga tanto del sistema de cuidado como de los cuidadores familiares, destacando la necesidad de intervenciones destinadas a mitigar esos efectos (33).

2.2.3. Capacidad funcional instrumental

La capacidad funcional instrumental implica habilidades necesarias para una vida autónoma, que son más complejas que las actividades básicas (34): gestionar el

dinero, utilizar el transporte, preparar alimentos, utilizar medicamentos, mantener el hogar. Son indicadores importantes del nivel de independencia de las personas mayores y generalmente se evalúan mediante herramientas como el Índice de Lawton y Brody, que sirven para medir la autonomía/dependencia en la realización de estas actividades (35).

El deterioro de la capacidad funcional instrumental es común en el grupo de las personas mayores y está relacionado con el declive cognitivo, la disminución de la movilidad y la presencia de enfermedades crónicas (36). Dificultades en la planificación, en la organización, típicas del declive a nivel cognitivo pueden complicar actividades como hacer compras o manejar el dinero. Aunque no pongan en riesgo la supervivencia, producen un impacto negativo en el bienestar y en la calidad de vida, como resultado de la menor participación del adulto mayor en su propia vida cotidiana (37).

En personas mayores institucionalizadas, el deterioro de la capacidad funcional instrumental influye drásticamente en la percepción de la independencia y en la interacción con el entorno social (38). Existen estudios que demuestran que una disminución de funcionalidad en la capacidad funcional instrumental se relaciona con una disminución en la autonomía y en las relaciones interpersonales, ambos ingredientes importantes para el bienestar emocional. Esto refuerza la importancia de mantener la capacidad funcional instrumental para mejorar la calidad de vida en este grupo de población (39, 40).

2.2.4. Calidad de vida

La calidad de vida en el envejecimiento institucional es una cuestión de mayor relevancia en los ámbitos de la geriatría y de la salud pública. Dicha noción abarca la

forma en la que un mayor percibe su bienestar en las dimensiones de salud física, emocional, mental, social y la del entorno que le rodea. Para los que residen en instituciones los aspectos como la calidad de los cuidados, las relaciones sociales que establece en el interior del establecimiento, así como la capacidad de mantener su autonomía y su dignidad son elementos que consideramos fundamentales para la calidad de vida (41).

El bienestar, el bienestar físico y emocional en la vejez institucional, se encuentra estrechamente relacionado con la calidad de los servicios de salud/atención personal que reciben. Un entorno que dispense atención sanitaria de calidad, lleve a cabo actividades recreativas y favorezca el soporte emocional, puede incrementar significativamente la percepción de bienestar. En cambio, la escasez de recursos, la falta de personal especializado o de una infraestructura adecuada pueden dar lugar a un incremento del riesgo de padecer un deterioro de salud físico y emocional en la vejez (42).

La interacción social y el soporte emocional son pilares fundamentales del bienestar de esta población. Las relaciones con el personal, con los demás residentes y con la familia poseen un profundo impacto en la salud emocional de los mayores; las personas que gozan de una buena red social y un buen apoyo emocional tienden a expresar una mayor calidad de vida. Por el contrario, el aislamiento social, el sentimiento de soledad, situaciones comunes en entornos institucionales, se asocian con un deterioro de la salud mental de los mayores, y necesarias para su distinción de bienestar emocional (43).

La autonomía y la participación en las decisiones relacionadas con su cuidado son, en efecto, aspectos fundamentales y primordiales para los adultos mayores en

instituciones. Con la progresiva disminución de los niveles de autonomía, llegando a la pérdida de control de las rutinas o decisiones personales, se puede constatar que las instituciones que fomentan de manera activa esa participación del residente en las decisiones de su vida cotidiana, preservan su autonomía y contribuyen a mantener en gran parte una buena calidad de vida (44). Por otro lado, el lugar físico de la institución desempeña un papel fundamental en el bienestar de las personas mayores. Factores como la accesibilidad, la seguridad y la comodidad del entorno están fuertemente relacionados con su nivel de calidad de vida. Un lugar físico que permita la movilidad de las personas mayores, la interacción social y que contemple las características referidas a las particularidades de este grupo poblacional puede hacer que estas personas mayores tengan una calidad de vida más adecuada. En cambio, condiciones más aun inadecuadas o lugares donde no se garantizan unas condiciones mínimas pueden aumentar la necesidad de apoyo y hacer que progrese un deterioro físico y mental de los residentes (45).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

- Hi: Existe relación entre la CFBI y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025.
- Ho: No existe relación entre la CFBI y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Hi1: Existe relación entre relación entre la capacidad funcional básica y calidad de

vida en AM.

- Ho1: No existe relación entre la capacidad funcional básica y calidad de vida en AM.
- Hi2: Existe la relación entre la capacidad funcional instrumental y calidad de vida en AM.
- Ho2: No existe relación entre la capacidad funcional instrumental y calidad de vida en AM.
- Hi3: Existe la relación entre la movilidad y calidad de vida en AM.
- Ho3: No existe relación entre la movilidad y calidad de vida en AM.
- Hi4: Existe la relación entre el autocuidado y calidad de vida en AM.
- Ho4: No existe relación entre el autocuidado y calidad de vida en AM.
- Hi5: Existe la relación entre capacidad funcional instrumental y calidad de vida en AM.
- Ho5: No existe relación entre capacidad funcional instrumental y calidad de vida en AM.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

- Se empleará un método hipotético-deductivo, ya que se ejecutará una hipótesis propuesta por datos prácticos y se empleara normas detalladas para determinar si la hipótesis de inicio es verdadero o falso (46).

3.2. Enfoque de la investigación

- El tipo de enfoque estará de manera cuantitativa; ya que se recolectarán los datos empleados en los instrumentos, los mismos que revisaremos con un análisis estadístico. (46)

3.3. Tipo de investigación

- La investigación será aplicada; ya que se explorará nuevos saberes con la finalidad de mejorar en conocimiento científico. (46)

3.4. Diseño de la investigación

- El tipo de diseño de la investigación será no experimental; ya que no se alterará las variables, de manera que solo se hará notar el evento a investigar. Asimismo, será transversal dado que la correlación de muestra dará en un tiempo determinado con una población establecida. (46).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

Estará conformada por 130 AM de la casa de reposo “Virgen de la Natividad”, durante el segundo trimestre del 2025.

Muestreo

El tipo de muestreo utilizado será aleatorio simple, ya que cada AM tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para participar en el estudio. Este método permite obtener una muestra representativa de la población total, minimizando sesgos y asegurando que los resultados sean generalizables a la población de estudio.

Para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula para poblaciones finitas:

Donde:

$N=130$ (tamaño de la población)

$Z=1.96$ (nivel de confianza del 95 %)

$p=0.5$ (proporción esperada de éxito)

$q=1-p=0.5$

$e=0.05$ (margen de error del 5 %)

Resolviendo, el tamaño de la muestra es:

$$n = \frac{130 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot (130 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

Muestra

La muestra estará compuesta por 98 adultos mayores seleccionados aleatoriamente de la población total de 130 adultos mayores de la casa de reposo “Virgen de la Natividad”. Se realizará la selección utilizando un generador de números aleatorios

para garantizar la igualdad de oportunidades en la participación. Además, se considerarán los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- AM de ambos sexos y entre 60 a 90 años de edad.
- AM pertenecientes a la casa de reposo “Virgen de la Natividad”.
- AM que firmen el consentimiento informado
- AM que puedan realizar la marcha independiente.
- AM hemo dinámicamente estables.

Criterios de exclusión:

- AM con patologías neurológicas y otras condiciones que limiten significativamente la evaluación objetiva de la capacidad funcional y la calidad de vida.
- Presencia de condiciones médicas agudas: Individuos que presenten infecciones graves, enfermedades crónicas descompensadas, o cualquier estado de salud que requiera hospitalización o atención médica urgente durante el período del estudio.
- AM con déficits sensoriales o de lenguaje no compensados (como sordera profunda o afasia) que limiten su capacidad de comprensión o respuesta en las evaluaciones.
- Personas que, a pesar de cumplir los criterios de inclusión, no deseen participar o no otorguen su consentimiento informado para la recolección de datos y la evaluación funcional.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Capacidad funcional básica

- Dimensión: Auto cuidado
- Dimensión: Movilidad

Variable 2: Capacidad funcional instrumental

- Dimensión: Cuidado personal
- Dimensión: actividades del hogar

Variable 3: Calidad de vida

- Dimensión física
- Dimensión psicológica
- Dimensión social
- Dimensión ambiental

Unidad de análisis: Adulto mayor

Operacionalización

Variable 1: Capacidad funcional básica

Definición conceptual: La capacidad funcional básica hace referencia a las habilidades necesarias para realizar actividades esenciales de la vida diaria (30).

Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Niveles y Rangos (Valor final)
La variable será medida por el instrumento <i>Whopol Bref</i> , está constituido por 28 ítems, 24 de los cuales se distribuyen en cuatro dominios o dimensiones, siendo estas la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales y el medio ambiente.	Movilidad auto cuidado	- Alimentación: Capacidad para comer sin ayuda. - Baño: Capacidad para bañarse sin ayuda. - Vestirse: Habilidad para ponerse y quitarse la ropa. - Control de esfínteres: Control voluntario de orina y heces. - Movilidad: Capacidad para desplazarse de la cama a la silla y caminar	Ordinal	0-20: Dependencia total 21-60: Dependencia severa 61-90: Dependencia moderada 91-99: Dependencia leve 100: Independencia

Variable 2: Capacidad funcional instrumental

Definición conceptual: La capacidad funcional instrumental engloba habilidades esenciales para la vida independiente que requieren mayor complejidad en comparación con las actividades básicas (34).

Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Niveles y Rangos (Valor final)
La variable será medida por el instrumento <i>indica lawton y brody</i> , está constituido por 8 ítems, que evalúan actividades como el uso del teléfono, manejo de dinero, transporte, cocina, y otros.		- Uso del teléfono: Habilidad para realizar llamadas sin asistencia. - Preparación de comidas: Capacidad para cocinar sin ayuda. - Manejo de dinero: Capacidad para gestionar compras y pagos. - Tareas domésticas: Capacidad para realizar labores de limpieza en casa. - Toma de medicamentos: Habilidad para recordar y tomar medicamentos en los horarios adecuados.	Ordinal	0-1: Dependencia severa 2-3: Dependencia moderada 4-5: Dependencia leve 6-8: Independencia

Variable 3: Calidad de vida

Definición conceptual: la calidad de vida tiene un concepto amplio que abarca áreas físicas, psicológicas, sociales y creencias individuales a partir de la interacción que tiene la persona con su entorno (41).

Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Niveles y Rangos (Valor final)
La variable será medida por el instrumento escala de barthel , el índice consta de 10 ítems que evalúan actividades como la higiene personal, movilidad, alimentación, entre otros.	1. Salud física	3. Limitación por el dolor 4. Tratamiento médico 10. Energía para las AVD 15. Capacidad de desplazamiento 16. Satisfacción del sueño 17. Satisfacción para realizar las AVD 18. Capacidad de trabajo	Ordinal	Bajo (1 – 30) Medio (40 – 60) Alto (70 – 99)
	2. Salud psicológica	5. Percepción 6. Sentido de la vida 7. Capacidad de concentración 11. Acepta su aspecto físico 19. Satisfacción de sí mismo 20. Satisfacción con sus relaciones personales		
	3. Relaciones sociales	21. Satisfacción en su vida sexual 22. Satisfacción del apoyo amical 26. Percepción de sentimientos negativos 8. Seguro de sí mismo 9. Su entorno		
	4. Medio ambiente	12. Economía para cubrir sus necesidades 13. Información para su vida del día a día 14. Oportunidad para actividades de ocio 23. Satisfacción de donde vive 24. Acceso a los servicios sanitarios 25. Servicios de transporte		

VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	ESCALA VALORATIVA
Edad	Cantidad de años desde el momento del nacimiento	No presenta	Cantidad de años	Razón	Ficha de recolección de datos
Sexo	Genotipo característico de una persona	No presenta	Masculino Femenino	Nominal	Ficha de recolección de datos
Enfermedades asociadas	Categorías diagnósticas	Enfermedades cardiovasculares. Enfermedades osteomusculares Enfermedades respiratorias Enfermedades metabólicas Otras	Presenta No presenta	Nominal	Ficha de recolección de datos

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La encuesta; por una ficha de recolección de datos y los cuestionarios: IB, el ILB, y el CWB. Ficha de recolección de datos (Anexo 1):

3.7.2. Descripción de instrumentos

- **I Parte: Datos sociodemográficos:** edad, sexo, enfermedades asociadas.
- **II Parte: Índice de Barthel**

El Índice de Barthel es una herramienta que evalúa la capacidad funcional de una persona en actividades de la vida diaria (AVD), utilizada principalmente en contextos clínicos y de rehabilitación. Fue creado por la médica estadounidense Dorothy Barthel en 1965, con el fin de medir el grado de independencia de un individuo en tareas cotidianas esenciales, como la alimentación, la higiene personal, el uso del baño y la movilidad. El IB se utiliza para evaluar el nivel de asistencia requerido por personas con

discapacidades físicas o cognitivas, como aquellas que han sufrido accidentes cerebrovasculares o enfermedades crónicas. Su objetivo principal es facilitar la planificación adecuada de su cuidado y tratamiento (47). Este índice incluye 10 actividades básicas de la vida diaria, divididas en dos áreas: movilidad (caminar, usar escaleras, trasladarse de la cama a una silla) y autocuidado (comer, vestirse, higiene personal, control de esfínteres, entre otras). Cada actividad se puntúa en una escala de 0 a 10, donde 10 indica independencia total y 0 dependencia total. Por ejemplo, una persona que se alimenta de forma autónoma recibe 10 puntos, mientras que, si requiere ayuda parcial, obtiene una puntuación menor (47). La puntuación total obtenida al sumar las calificaciones de las 10 actividades varía entre 0 y 100. De acuerdo con esta puntuación, el Índice de Barthel clasifica el nivel de dependencia del paciente. Una puntuación entre 0 y 20 puntos indica dependencia total, mientras que una puntuación de 21 a 60 puntos sugiere una dependencia moderada, es decir, que la persona necesita asistencia parcial. Si el puntaje está entre 61 y 90, se considera que la dependencia es leve, y una puntuación entre 91 y 100 refleja una independencia casi total o total, donde la persona es capaz de realizar la mayoría de las actividades sin ayuda (47).

Este índice es ampliamente utilizado en la práctica clínica para evaluar el progreso de los pacientes en programas de rehabilitación, en la toma de decisiones relacionadas con el alta hospitalaria, o para determinar el tipo de cuidado que una persona necesitará a largo plazo. El Índice de Barthel proporciona a los profesionales de la salud una visión precisa sobre el nivel de autonomía de un paciente, facilitando así la planificación de su tratamiento y la selección de estrategias terapéuticas adecuadas. En esencia, es una herramienta práctica para evaluar la capacidad de una persona en actividades esenciales de la vida diaria, optimizando la provisión de cuidados y recursos de manera eficiente (47). A continuación, se detalla la ficha técnica del instrumento:

Nombre:	Índice de Barthel
Autor (año)	Mahoney y Barthel (1965)
Versión española (autor, año)	Solís et al. (2007)
Validez	Alta validez concurrente y de constructo. Comparado con otras escalas de discapacidad y funcionamiento.
Población	Adultos, principalmente personas con enfermedades crónicas, discapacidades neurológicas o adultos mayores.
Administración	Auto-administrado o administrado por un profesional de salud.
Duración de la prueba	Aproximadamente 5-10 minutos.
Calificación	Escala de 0 a 100 puntos. Los puntajes más altos indican mayor independencia en las actividades de la vida diaria.
Uso	Evaluación de la capacidad funcional en actividades de la vida diaria.
Materiales	Papel y lápiz, o versión electrónica en plataformas como Mendeley o plataformas de recolección de datos.
Distribución de los ítems	El índice consta de 10 ítems que evalúan actividades como la higiene personal, movilidad, alimentación, entre otros.

- III Parte: Índice de Lawton y Brody

El Índice de Lawton y Brody evalúa la capacidad funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que son tareas más complejas que las actividades básicas, y son esenciales para la independencia en la comunidad. A diferencia del Índice de Barthel, que mide actividades básicas como comer y vestirse, este índice se centra en actividades como la gestión del hogar, la movilidad fuera del hogar y las interacciones sociales y económicas. Desarrollado en 1969 por Lawton y Brody, tiene como objetivo medir el grado de independencia de una persona, especialmente en adultos mayores o personas con discapacidades (48).

El índice consta de 8 actividades que se agrupan en diferentes áreas de la vida diaria, y cada una se puntúa según el nivel de independencia o dependencia del individuo. Las actividades evaluadas incluyen: el uso del teléfono, hacer compras, preparar comidas, realizar tareas domésticas (como limpieza y lavandería), manejar los gastos del hogar, la administración de medicación, la capacidad de trasladarse de un lugar a otro (salir a la calle o usar el transporte público), y la capacidad de manejar los asuntos financieros. A

diferencia del Índice de Barthel, que utiliza una escala fija de puntuación, el Índice de Lawton y Brody se califica con opciones de respuestas dicotómicas, generalmente "independiente" o "dependiente", aunque algunos cuestionarios ofrecen más niveles intermedios para una evaluación más detallada (48).

La puntuación final se obtiene sumando los puntos obtenidos en cada actividad, donde una persona completamente independiente en todas las actividades obtendría una puntuación máxima de 8, mientras que una persona que depende totalmente de otros para realizar estas tareas tendría una puntuación de 0. Sin embargo, es importante destacar que este índice está diseñado principalmente para evaluar a personas mayores y, por lo tanto, en su interpretación, se considera el contexto social y familiar de la persona, ya que la dependencia en algunas actividades puede ser normal en ciertos grupos de edad o debido a circunstancias específicas (48).

El Índice de Lawton y Brody es una herramienta clave para evaluar la independencia funcional de adultos mayores, proporcionando información sobre su capacidad para realizar tareas esenciales en la comunidad, como el acceso a servicios, la gestión del hogar y las interacciones sociales. Es fundamental en la planificación de cuidados, la decisión sobre apoyo domiciliario o institucional, y la evaluación del riesgo de deterioro funcional. Esta herramienta es especialmente útil para los profesionales de la salud al valorar la autonomía de los pacientes en actividades cotidianas complejas, como en el caso de personas mayores o con enfermedades crónicas (48).

Nombre:	Índice de Lawton y Brody
Autor (año)	Lawton y Brody (1989)
Versión española (autor, año)	González et al. (1999)
Validez	Alta validez concurrente y predictiva. Comparado con otras escalas de evaluación funcional en adultos mayores.
Población	Adultos mayores, especialmente en contextos geriátricos.
Administración	Auto-administrado o administrado por un profesional de salud.
Duración de la prueba	Aproximadamente 10-15 minutos.
Calificación	Escala de 0 a 8 puntos. Los puntajes más altos indican un mayor nivel de independencia.
Uso	Evaluación de la capacidad funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria (como la preparación de alimentos, manejo de dinero, transporte, etc.).
Materiales	Papel y lápiz, o versión electrónica en plataformas de recolección de datos.
Distribución de los ítems	El índice consta de 8 ítems que evalúan actividades como el uso del teléfono, manejo de dinero, transporte, cocina, y otros.

- IV Parte: Cuestionario de WHOQOL-BREF

El Cuestionario WHOQOL-BREF es una herramienta creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para medir la calidad de vida en distintas dimensiones de la salud. El WHOQOL-BREF es una versión más corta d)el WHOQOL-100, diseñado para evaluar la percepción del bienestar general de una persona en áreas como la salud física, emocional, social y ambiental. Este cuestionario, que consta de 26 ítems agrupados en cuatro dominios (físico, psicológico, social y ambiental), se utiliza ampliamente en investigaciones y en la práctica clínica para medir la calidad de vida de personas de todas las edades y condiciones de salud (49). Cada dominio se evalúa mediante una escala Likert, donde 1 indica el peor estado y 5 el mejor. La puntuación final se obtiene promediando las respuestas de cada área, lo que ofrece una visión general del bienestar. Este instrumento es útil tanto en el ámbito clínico para guiar el tratamiento, como en la investigación para estudiar cómo factores sociales, psicológicos o ambientales afectan el bienestar de poblaciones específicas, como adultos mayores o personas con enfermedades crónicas (49).

Nombre:	Cuestionario de WHOQOL-BREF
Autor (año)	Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996)
Versión española (autor, año)	Gómez-Benito et al. (2000)
Validez	Alta validez convergente y discriminante. Validado en diversas poblaciones y contextos culturales. El cuestionario Whogol-Bref en el Peru fue validado por el estudio de Cutipa Núñez (2020) Fue sometido por criterio de jueces expertos y se obtuvieron resultados adecuados mediante la V de Aiken mayores a .70; sobre calidad de vida en pobladores de la sierra peruana (49).
Población	Adultos, incluyendo personas con diversas condiciones de salud y edades, tanto en población general como en grupos específicos (enfermedades crónicas, discapacidad, etc.).
Administración	Auto-administrado o administrado por un profesional de salud.
Duración de la prueba	Aproximadamente 15-20 minutos.
Calificación	Puntajes en una escala de 1 a 5, donde se evalúan cuatro dimensiones del bienestar: físico, psicológico, social y ambiental.
Uso	Evaluación de la calidad de vida en contextos de salud pública, investigación clínica, y en población general.
Materiales	Papel y lápiz, o versión electrónica en plataformas de recolección de datos.
Distribución de los ítems	El cuestionario consta de 26 ítems distribuidos en las siguientes dimensiones: 1) Salud física, 2) Salud psicológica, 3) Relaciones sociales y 4) Entorno.

Validación y confiabilidad

Índice de Barthel: Este índice muestra una alta fiabilidad entre observadores, con valores de Kappa que varían entre 0,47 y 1,00. En cuanto a la fiabilidad dentro de un mismo observador, los índices de Kappa oscilan entre 0,84 y 0,97. Además, los estudios reportan valores del alfa de Cronbach entre 0,86 y 0,92 (47).

Índice de Lawton y Brody: Este índice también presenta una elevada fiabilidad, con coeficientes de Kappa entre observadores entre 0,80 y 1,00. La fiabilidad in-traobservador se encuentra en un rango de 0,70 a 0,90. Los estudios sobre su consistencia interna indican un alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,91, lo que respalda su validez y fiabilidad en la evaluación de la capacidad funcional de los adultos mayores (48).

Cuestionario WHOQOL-BREF: Presenta una elevada consistencia interna. Tiene un alfa de Cronbach de 0,88 y un rango de 0,68 a 0,81 en cada una de sus dimensiones (49).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se procederá a la creación de una base de datos que conllevará el almacenamiento de los datos que permiten llevar a cabo el análisis detallado y preciso de los datos recogidos. El análisis y procesamiento de la información se llevará a cabo por medio del software IBM SPSS Statistics, versión 26; garantizando así un análisis detallado y riguroso. Para describir los datos se aplicarán técnicas de la estadística descriptiva que incluirán el cálculo de medidas de tendencia central, dispersión y distribución con el fin de lograr una visión general de la base de datos; así como la aplicación de métodos de la estadística inferencial para tratar de inferir, analizar, realizar las pruebas estadísticas, verificar la existencia de relaciones y la posibilidad de encontrar patrones; así como comprobar hipótesis con precisión. El uso de estas herramientas será crucial para poder interpretar los resultados esenciales para poder alcanzar las conclusiones válidas y significativas.

3.9. Aspectos éticos

Para realizar el proyecto de investigación, se llevará a cabo la autorización del director de la casa de reposo y el consentimiento informado de cada una de las personas adultas mayores participantes, asegurándose de que aquella no entrañe riesgo de salud para los implicados. Igualmente, en virtud de la ética profesional, no se expondrán hechos obtenidos durante la investigación, los cuales no guarden relación con los objetivos del proyecto, ni siquiera requiriendo mandato judicial, todavía menos si no existe consentimiento expreso por parte de los colaboradores. Este estudio se regirá por principios bioéticos fundamentales.

CAPÍTULO IV

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

Inicio: febrero 2025

Término: agosto 2025

ACTIVIDADES	AG	SE	OC	NO	DI	EN	FE
Elección y elaboración del primer capítulo.	X						
Recolección de información y elaboración del segundo capítulo.		X					
Recolección de información y elaboración del tercer capítulo.			X				
Recolección de información y elaboración del cuarto capítulo.			X				
Presentación y aprobación de proyecto.				X			
Desarrollo del proyecto.					X		
Recolección y análisis de datos					X		
Presentación						X	
Sustentación							X

4.2. Presupuesto

4.1.2. Bienes

Nº	Especificación	Cantida d	Costo unitario	Costo tot al
1	Hojas Bond	1 millar	15.00	15.00
2	Lapiceros	2 caj.	15.00	30.00
3	Grapas	1 caj.	1.50	3.00
4	Engrapadora	2	7.00	14.00
5	Impresiones	400	0.20	80.00
6	Sobres manilos	100	0.50	50.00
7	Cuadernillo chico	1	1.00	5.00
8	Refrigerio	4	7.00	28.00
9	otros	1	10.00	10.00
	SUB- TOTAL			240.00

4.1.3. Servicios

N	Especificación	Cantid ad	Costo unitario	Costo tot al
1	Llamadas celulares		20.00	20.00
2	Fotocopias	400	0.10	40.00
3	Horas de internet	50 H	1.00	50.00
4	Empastado	2	16.00	32.00
5	Otros		50.00	50.00
	SUB- TOTAL			192.00

4.1.4. Resumen

Bienes + Servicios		Total
240.00	192.00	432.00

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Población adulta mayor por grupos de edad y sexo, 2020. Lima: INEI; 2020.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Envejecimiento y salud en la región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.
3. World Health Organization (WHO). World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Nacional de Hogares 2020. Lima: INEI; 2020.
5. Llibre-Rodríguez JJ, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. The Lancet. 2008;372(9637):464-74.
6. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estudio de la dependencia funcional en personas mayores: una visión desde la salud pública. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2016.
7. Martínez Velarde R, Ramos Cárdenas ML. Calidad de vida y dependencia funcional en adultos mayores institucionalizados en Lima. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2021;38(4):624-32.
8. González Fernández A, Estévez Ramírez M. Recursos institucionales y dependencia en el adulto mayor. Una revisión crítica. Gac Méd Caracas. 2020;128(1):44-55.

9. Delgado Montalvo A, Flores Vargas S. Envejecimiento y dependencia funcional en la población adulta mayor del Perú: una revisión bibliográfica. *Rev Peru Geriatr.* 2019;3(1):22-30.
10. Cieza A, Stucki G. The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008;44(3):303-13.
11. Matus-Lopez M, Prieto-Cáceres R, Herrera-Cornejo M. Impacto del COVID-19 en la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados. *Rev Gerontol Geriatr.* 2021;16(2):231-45.
12. Rodríguez-Molinero A, Pérez-López C, Ferrer A, Roig A, Cuesta-Vargas AI, Guerra-Balic M, et al. Falls among institutionalized older adults: risk factors, consequences and assessment tools. *J Aging Res.* 2015; 13(2):223-35.
13. Jagger C, Matthews R, Sivakumaran R, Kingston A, Robinson L. The relationship between functional dependence and quality of life in older adults. *J Epidemiol.* 2017; 16(2):231-45.
14. Fernández-Martínez M, López-Castillo A, Jiménez-Ramos L, et al. Dependencia funcional y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en España: estudio transversal. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2023;58(3):145-152.
15. Chang F, Huang T, Wang Y, et al. The influence of functional dependency on quality of life in elderly nursing home residents: a cross-sectional study in Taiwan. *BMC Geriatrics.* 2022;22(1):127.
16. Rodríguez-Muñoz E, López-García D, Sánchez-Cruz R, et al. Relación entre dependencia funcional y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en México. *Rev Mex Geriatr Gerontol.* 2021;36(4):321-329.
17. Kim H, Lee S, Choi J, et al. Functional dependency and its impact on quality of life in

institutionalized older adults in South Korea. *Asian Nurs Res.* 2021;15(2):87-93.

18. Müller T, Weber C, Schmidt P, et al. Relationship between functional independence and quality of life in elderly residents of nursing homes in Germany. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2020;75(7):1198-1205.
19. Lozano-Córdova P, Alarcón-Rivera J, Carrillo-Huerta M, et al. Funcionalidad básica e instrumental y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en Lima. *Rev Per Med Geriatr.* 2023;29(1):47-54.
20. Espinoza-Tapia L, Huanca-Valle S, Rodríguez-Soto F, et al. Relación entre independencia funcional y calidad de vida en adultos mayores en Arequipa. *Rev And Salud Pub.* 2022;39(2):98-106.
21. Rojas-Mendoza A, Choque-Cárdenas J, Valverde-Quiroz P, et al. Dependencia funcional y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en Cusco. *An Med Geriatr Cusco.* 2021;25(2):88-95.
22. Huamán-Castro P, Yupanqui-Tello G, López-Vargas R, et al. Impacto de la funcionalidad básica e instrumental en la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados en Trujillo. *Acta Med Peru.* 2021;38(3):215-223.
23. Pérez-Sánchez L, Velásquez-Ramos K, Vargas-López M, et al. Independencia funcional y calidad de vida en adultos mayores en Lima. *Rev Per Med Geriatr.* 2020;26(4):295-302.
24. Organización Mundial de la Salud. (2021). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de <https://www.who.int>
25. Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. <https://doi.org/10.1093/geront/9.3.179>
26. Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2006). Development and validation

of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 785-791. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>

27. Santos, R. L., & Almeida, P. J. (2017). Relationship between functional dependence and quality of life in institutionalized elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(4), 637-644. <https://doi.org/10.1111/ggi.12897>
28. Ciro, C. A., & Ottenbacher, K. J. (2017). Assessment of instrumental activities of daily living in elderly adults: A comparative study. *Journal of Aging and Health*, 19(5), 778-791. <https://doi.org/10.1177/0898264307304464>
29. Zhang, L., Zeng, H., & Zhang, Q. (2020). The effects of a multidisciplinary rehabilitation program on functional capacity in institutionalized older adults. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 1127-1137. <https://doi.org/10.2147/CIA.S251695>
30. Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14(2), 61-65.
31. Cesari, M., Landi, F., & Vellas, B. (2014). Physical function and caregiving among institutionalized elderly with chronic diseases. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(8), 538-544. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.05.002>
32. Fried, L. P., & Walston, J. (2003). Frailty and loss of independence in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(10), M722-M730. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.10.M722>
33. Gomes, C. C., & Coutinho, J. P. (2016). Functional independence and quality of life in elderly residents in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 1202-1214. <https://doi.org/10.1111/jan.12922>
34. Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. <https://doi.org/10.1093/geront/9.3.179>

35. Chiu, E., & Wong, P. (2018). Instrumental activities of daily living and quality of life in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(4), 229-235.
<https://doi.org/10.1177/0891988718787200>
36. Sousa, R. M., & Ferri, C. P. (2009). Impact of functional impairment on quality of life among older adults: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 9(1), 38.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-9-38>
37. Prince, M. J., & Acosta, D. (2009). Cognitive function and functional decline in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(3), 201-211.
<https://doi.org/10.1002/gps.2091>
38. Sánchez, H., & Albala, C. (2004). Socioeconomic inequalities and dependence in activities of daily living among older adults. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(1), 53-60. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892004000700008>
39. Spector, W. D., Katz, S., & Feller, A. (1987). The effect of personal care needs on institutionalization. *Journals of Gerontology*, 42(4), 327-333.
<https://doi.org/10.1093/geronj/42.4.327>
40. Buchman, A. S., & Boyle, P. A. (2010). Rehabilitation strategies to improve functional independence in older adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(6), 884-890. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.03.001>
41. Bowling A. Quality of life in older age: What older people say. In: Mollenkopf H, Walker A, editors. *Quality of Life in Old Age*. Dordrecht: Springer; 2007. p. 15-30.
42. Kane RA. Long-term care and a good quality of life: Bringing them closer together. *Gerontologist*. 2001;41(3):293-304.
43. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc*. 2005;25(1):41-67.

44. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1-10.
45. Hauge S, Heggen K. The nursing home as a home: A field study of residents' daily life in the common living rooms. *J Clin Nurs*. 2008;17(4):460-7.
46. Hernández R. Metodología de la investigación. 3rd ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
47. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 1965;14:61-65.
48. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179-186.
49. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring, and generic version of the assessment. World Health Organization. 1996. Available from: https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

**“Capacidad funcional básica e instrumental y calidad de vida en adultos mayores
institucionalizados de la ciudad de Lima, 2025”**

PARTE I: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
Edad.		
Sexo.	M	F
Enfermedades asociadas		

PARTE II: Índice de Barthel

Parámetro	Situación del Paciente	Puntuación
COMER	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	Dependiente	0
LAVARSE	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
VESTIRSE	Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
ARREGLARSE	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
DEPOSICIONES (Valórese la semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
MICCIÓN (Valórese la semana previa)	Continencia normal o es capaz de cuidarse la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
USAR EL RETRETE	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
TRASLADARSE	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5
	Dependiente	0
DEAMBULAR	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
ESCALONES	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0

(Máxima puntuación: 100 puntos -90 si va en silla de ruedas-)

Resultado	Grado de Dependencia
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independiente

PARTE III: Índice de Lawton y Brody

Escala de actividad instrumental de la vida diaria	Puntos
Capacidad para usar el teléfono :	
. Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
. Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
. Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
. No utiliza el teléfono	0
Hacer compras :	
. Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
. Realiza independientemente pequeñas compras	0
. Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
. Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida :	
. Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
. Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
. Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
. Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa :	
. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) ..	1
. Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
. Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
. Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
. No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa :	
. Lava por sí solo toda su ropa	1
. Lava por sí solo pequeñas prendas	1
. Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte :	
. Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
. Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
. Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
. Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0
. No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación :	
. Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
. Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
. No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos :	
. Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
. Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1
. Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL	

Anotar, con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria.

Máxima dependencia: 0 puntos..... 8 puntos : Independencia total.

PARTE IV: Cuestionario de WHOQOL-BREF

PREGUNTAS	INDICADORES FRASES - PUNTUACION				
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) e impide hacer lo que necesita?	Nada 1	Un Poco 2	Lo Normal 3	Bastante 4	Extremadamente 5
¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada 1	Un Poco 2	Lo Normal 3	Bastante 4	Extremadamente 5
¿Cuánta seguridad siente en su vida?	Nada 1	Un Poco 2	Lo Normal 3	Bastante 4	Extremadamente 5
¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	Nada 1	Un Poco 2	Lo Normal 3	Bastante 4	Extremadamente 5
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	Nada 1	Un poco 2	Moderado 3	Bastante 4	Totalmente 5
¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	Muy Insatisfecho 1	Poco 2	Lo Normal 3	Bastante Satisfecho 4	Muy Satisfecho 5
¿Cuán satisfecho está con sus relaciones interpersonales?	Muy Insatisfecho 1	Poco 2	Lo Normal 3	Bastante Satisfecho 4	Muy Satisfecho 5
¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	Muy Insatisfecho 1	Poco 2	Lo Normal 3	Bastante Satisfecho 4	Muy Satisfecho 5
¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	Muy Insatisfecho 1	Poco 2	Lo Normal 3	Bastante Satisfecho 4	Muy Satisfecho 5

Anexo 4: Consentimiento informado en un estudio de investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto de investigación: "Capacidad funcional básica e instrumental y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Lima, 2025"

Investigadora principal:
Adela Taiz Procil Sánchez

Institución:
Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Propósito del estudio

Se le invita a participar en el estudio titulado: "Capacidad funcional básica e instrumental y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Lima, 2025", desarrollado por la investigadora Adela Taiz Procil Sánchez de la Universidad Privada Norbert Wiener. El propósito de este estudio es evaluar la relación entre la capacidad funcional (básica e instrumental) y la calidad de vida en adultos mayores residentes en instituciones de cuidado en Lima, Perú. A través de este estudio, se busca identificar cómo la capacidad para realizar actividades de la vida diaria influye en la percepción de bienestar físico, psicológico, social y ambiental de los adultos mayores. Los resultados contribuirán a diseñar estrategias que mejoren la calidad de vida y promuevan un envejecimiento activo y saludable en esta población.

Procedimientos

1. Reclutamiento: Se invitará a participar a adultos mayores residentes en instituciones de cuidado en Lima, previa firma del consentimiento informado.
2. Evaluación de la capacidad funcional:
 - o Capacidad funcional básica: Se utilizará el índice de Barthel, que evalúa actividades como alimentación, movilidad, higiene personal y uso del baño.
 - o Capacidad funcional instrumental: Se aplicará la Escala de Lawton y Brody, que mide actividades como el manejo de finanzas, uso del transporte, preparación de alimentos y manejo de medicamentos.
3. Evaluación de calidad de vida: Se aplicará la Escala WHOQOL-OLD, que consta de 24 ítems agrupados en seis dimensiones (autonomía, actividades pasadas/presentes/futuras, participación social, intimidad, muerte y morir, y sentido de la vida).
4. Análisis de datos: Los datos obtenidos se analizarán estadísticamente para determinar la relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida.

Riesgos

- Físicos: Durante la evaluación de la capacidad funcional, existe un riesgo mínimo de fatiga o molestias, especialmente en adultos mayores con condiciones de salud preexistentes.
- Psicológicos: Algunos ítems del WHOQOL-OLD pueden generar incomodidad al abordar temas sensibles, como la muerte o la intimidad.

- **Confidencialidad:** Se tomarán todas las medidas necesarias para garantizar la privacidad y confidencialidad de los datos personales y médicos de los participantes.

Beneficios

- **Para los participantes:** Los adultos mayores recibirán una evaluación detallada de su capacidad funcional y calidad de vida, lo que puede ayudar a identificar áreas de mejora en su bienestar. Además, los resultados del estudio podrían contribuir a la implementación de programas de rehabilitación y bienestar en las instituciones de cuidado.
- **Para la comunidad científica:** El estudio aportará evidencia sobre la relación entre capacidad funcional y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados, lo que enriquecerá el conocimiento en el campo de la gerontología y geriatría.
- **Para la sociedad:** Los hallazgos podrían ser utilizados para diseñar políticas públicas y programas de intervención que promuevan un envejecimiento saludable y activo.

Costos e incentivos

- **Costos:** No habrá costos para los participantes, ya que todos los procedimientos y materiales serán cubiertos por la investigadora y la institución responsable.
- **Incentivos:** Los participantes no recibirán compensación económica, pero obtendrán una evaluación gratuita de su capacidad funcional y calidad de vida, así como recomendaciones personalizadas para mejorar su bienestar. Además, contribuirán al avance del conocimiento científico en beneficio de futuras generaciones de adultos mayores.

Confidencialidad

La información que usted proporcione será tratada con absoluta confidencialidad. Sus datos serán codificados y almacenados de manera segura, sin utilizar su nombre ni información que permita su identificación. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a esta información. En caso de que los resultados del estudio sean publicados, se garantiza que no se incluirá ningún dato personal que pueda identificarlo. Si decide retirarse del estudio, sus datos serán eliminados de manera permanente y no se utilizarán para ningún análisis posterior.

Derechos del participante

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a:

- Retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificación y sin perjuicio alguno.
- Negarse a responder cualquier pregunta que considere incómoda.
- Solicitar más información sobre el estudio en cualquier momento.
- Recibir una copia firmada de este consentimiento informado.

Si tiene alguna inquietud o molestia, puede comunicarse con:

- **Investigadora principal:** Adela Tajz Procił Sánchez
Teléfono: 976 039 578
- **Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener:**
Dr. Raúl Antonio Rojas Ortega ([Presidente](#) del Comité de Ética)
Teléfono: 706-5555, con anexos 3236, 3286 y 3285
Correo electrónico: comite.etica@uwiener.edu.pe

Consentimiento

Al firmar este documento, usted confirma que:

- Ha leído y comprendido la información proporcionada.
 - Ha recibido respuestas satisfactorias a todas sus preguntas.
 - Acepta participar voluntariamente en este estudio.
 - Comprende que puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias.
-

Firmas

Participante

Nombres: _____

DNI: _____

Firma: _____

Investigadora

Nombres: Bustamante Werlen Danae Juliet

DNI: _____

Firma: _____

Nombre del testigo o representante legal (solo en caso de ser necesario):

Nombres: _____

DNI: _____

Firma: _____

Fecha: / _____ (dd/mm/aaaa)

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

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “Capacidad funcional básica e instrumental y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Lima, 2025”					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
GENERAL:	O. GENERAL:	H. GENERAL:		MÉTODO:	POBLACIÓN:
¿Cuál es la relación entre la CFBI y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025?	Determinar la relación entre la CFBI y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025	- - Hi: Existe relación entre la CFBI y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025. - Ho: No existe relación entre la CFBI y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025.	-Variable 1: Capacidad funcional básica -Variable 2: Capacidad funcional instrumental -Variable 3: Calidad de vida	Según el enfoque es cuantitativa,	Estuvo constituida por 130 adultos mayores
ESPECIFICA:	O. ESPECIFICA:			DISEÑO DE INVESTIGACION:	MUESTRA:
- Cuáles son las características socio-demográficas de los AMI de Lima, 2025? - ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional básica de los AMI de la ciudad de Lima, 2025? - ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional instrumental de los AMI de la ciudad de Lima, 2025? - ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los AMI de la ciudad de Lima, 2025? - ¿Cuál es la relación entre la movilidad y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025? - ¿Cuál es la relación entre autocuidado y calidad de vida	- Identificar las características socio-demográficas de los AMI de Lima, 2025. - Determinar el nivel de capacidad funcional básica de los AMI de la ciudad de Lima, 2025. - Determinar el nivel de capacidad funcional instrumental de los AMI de la ciudad de Lima, 2025. - Determinar el nivel de calidad de vida de los AMI de la ciudad de Lima, 2025. - Determinar la relación entre la movilidad y la calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025. - Determinar la relación entre			Según el diseño es observacional	98 adultos mayores

en AMI de la ciudad de Lima, 2025? - ¿Cuál es la relación entre capacidad funcional instrumental y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025?	el autocuidado y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025. - Determinar la relación entre capacidad funcional instrumental y calidad de vida en AMI de la ciudad de Lima, 2025.				
---	--	--	--	--	--

Anexo 5: Carta de aprobación del Comité de Ética de la UPWN



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 15 de mayo de 2025

Investigador(a)
Adela Taiz Procil Sánchez
Exp. N°: 0653-2025

De mi consideración:

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

- Protocolo titulado: "Capacidad funcional básica e instrumental y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Lima, 2025" con fecha 30/05/2025.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Adela Taiz Procil Sánchez

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

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

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

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

Atentamente,



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

Av. Arequipa 440 - Santa Beatriz
Universidad Privada Norbert Wiener
Teléfono: 706-5555 anexo 3290 Cel. 981-000-698
Correo: comite.etica@upwien.edu.pe

8% 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

- 8%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 5%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 8% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 5% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2024-12-30	<1%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-08-11	<1%
4	Internet	daneshyari.com	<1%
5	Internet	revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-07-06	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-09-17	<1%
8	Internet	repositorio.upse.edu.ec	<1%
9	Internet	www.coursehero.com	<1%
10	Trabajos entregados	Unidad Titulacion on 2025-07-22	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-09-07	<1%