

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica
Especialidad en Terapia Física y Rehabilitación

Tesis

**Condición física saludable y calidad de vida en
el adulto mayor en el Centro de Salud 15 de
Agosto, Arequipa**

Jaserin Castillo Polo

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

Arequipa, 2022

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Continental - Huancayo y sus autoridades por abrir sus puertas y darme la oportunidad de culminar mi formación profesional.

Al Mg. Aníbal Gustavo Yllesca Ramos, por el apoyo brindado para la realización de la tesis.

A la Mg. Gloria Elizabeth Idrogo Hizo, docente durante toda la carrera profesional, por sus enseñanzas, paciencia y por sus buenos consejos.

A la Red de Salud Arequipa Caylloma, por su apoyo y aceptar que pueda realizar este proyecto en beneficio del adulto mayor en el Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata.

Al Centro de Salud 15 de Agosto, Arequipa, donde se realizó el presente estudio y, principalmente a los abuelitos; integrantes del centro de salud, por el cariño y apoyo.

DEDICATORIA

A Dios y mi madre María Auxiliadora, ya que por ellos tengo vida y salud, por protegerme y guiarme dándome fuerzas para superar todo obstáculo a lo largo de mi vida.

A mi madre, gran ejemplo y admiración como persona, mamá y profesional por su apoyo incondicional, por empujarme a ser mejor cada día y por estar a mi lado siempre.

A mis hermanas, Jamelith Castillo Polo, por su apoyo y ejemplo como mayor y, Mayumi Castillo Polo, por su apoyo y paciencia.

A mi enamorado Jonan Rosas Castro, por su apoyo siempre y su compañía en todo este proyecto.

A mis abuelos, Cirila Contreras, Justina Apaza y Serafín Castillo, con mucho cariño para todos ellos al cielo. Y Agapito Polo, que aún nos acompaña en la tierra.

ÍNDICE

Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Índice de tablas	viii
Resumen	ix
Abstract	xi
Introducción	xiii
CAPÍTULO I	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1. Descripción de la situación problemática.....	15
1.2. Formulación del problema	18
1.2.1. Problema general.....	18
1.2.2. Problemas específicos	19
1.3. Objetivos de la investigación	19
1.3.1. Objetivo general	19
1.3.2. Objetivos específicos	19
1.4. Justificación de la investigación.....	20
1.4.1. Justificación teórica	20
1.4.2. Justificación social	20
1.4.3. Justificación económica	20
1.4.4. Justificación práctica.....	21
1.4.5. Importancia de la investigación.....	21
1.5. Hipótesis.....	22
1.5.1. Hipótesis general	22

1.5.2. Hipótesis específicas	22
1.6. Identificación de variables	23
1.6.1. Variable 1.....	23
1.6.2. Variable 2.....	23
1.6.3. Operacionalización de las variables	23
CAPÍTULO II.....	24
MARCO TEÓRICO	24
2.1. Antecedentes del estudio	24
2.1.1. Internacionales.....	24
2.1.2. Nacionales	30
2.1.3. Local	34
2.2. Bases teóricas.....	40
2.2.1. Condición física saludable	40
2.2.2. Valoración de la condición física funcional	42
2.2.3. Calidad de vida	43
2.3. Definición de términos básicos	44
2.3.1. Adulto mayor	44
2.3.2. Capacidad aeróbica	46
2.3.3. Fuerza muscular	47
2.3.4. Flexibilidad	47
2.3.5. Composición corporal	48
CAPÍTULO III.....	50
METODOLOGÍA.....	50
3.1. Tipo de investigación	50
3.2. Alcance o nivel de investigación	50

3.3. Diseño de la investigación.....	50
3.4. Población	51
3.5. Muestra	51
3.6. Técnicas de recolección de datos	51
3.7. Instrumentos	51
3.7.1 Confiabilidad	52
3.7.2 Validez	53
3.7.3 Objetividad	53
CAPÍTULO IV	55
PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	55
4.1. Presentación de resultados.....	55
4.2. Prueba de hipótesis	56
4.2.1. Hipótesis general	56
4.2.1.1. Hipótesis estadística.....	56
4.2.1.2. Nivel de significancia	56
4.2.2. Hipótesis específica 1	57
4.2.2.1. Hipótesis estadística.....	57
4.2.2.2. Nivel de significancia	58
4.2.3. Hipótesis específica 2	58
4.2.3.1. Hipótesis estadística.....	59
4.2.3.2. Nivel de significancia	59
4.2.4. Hipótesis específica 3	60
4.2.4.1. Hipótesis estadística.....	60
4.2.4.2. Nivel de significancia	60
4.2.5. Hipótesis específica 4	61

4.2.5.1. Hipótesis estadística.....	61
4.2.5.2. Nivel de significancia	62
4.3. Discusión de resultados.....	63
Conclusiones.....	66
Recomendaciones	67
Lista de referencias.....	69
Anexos	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prueba de relación entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa..	57
Tabla 2. Prueba de relación entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa	58
Tabla 3. Prueba de relación entre la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa	59
Tabla 4. Prueba de relación entre la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa	61
Tabla 5. Prueba de relación entre la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa	62
Tabla 6. Operacionalización de variables.....	77
Tabla 7. Matriz de consistencia.....	80

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación que existe entre la condición física saludable y la calidad de vida en el adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

Población y muestra: dicha investigación fue trabajada con una muestra de 40 adultos mayores del mencionado centro de salud, siendo seleccionados mediante muestreo por conveniencia.

Material y método: teniendo como metodología un diseño de nivel correlacional no experimental, de corte transversal, con un enfoque cuantitativo. Así mismo, la técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta, utilizando un instrumento creado por la tesista para ambas variables: condición física saludable y calidad de vida, con sus respectivas dimensiones, para la primera variable: capacidad aeróbica, fuerza muscular, flexibilidad, composición corporal y como segunda variable: bienestar emocional, bienestar físico, relaciones interpersonales y bienestar material, en ellos se transcribió la información pertinente para el logro de objetivos planteados. Siendo esta encuesta validada por juicio de 3 expertos, magísteres del área de terapia física y rehabilitación.

Resultados: los resultados estadísticos en cuanto a la relación entre las variables fueron determinadas por Chi cuadrado de Pearson 15.309 con 4 grados de libertad, y un valor p de $0.004 = 0.4 \%$, y un nivel de significancia del 0.05% , por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador, determinando que existe relación significativa entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

Conclusión: Llegando a la conclusión que existe relación significativa entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

Palabras clave: adulto mayor, calidad de vida, condición física saludable

ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the relationship between healthy physical condition and quality of life in the elderly at the 15 de Agosto Health Center, Arequipa.

Population and sample: this research was carried out with a sample of 40 older adults from the aforementioned Health Center, being selected through convenience sampling.

Material and method: using as a methodology a non-experimental, cross-sectional correlational level design, with a quantitative approach. Likewise, the technique used for data collection was the survey, using an instrument created by the thesis student for both variables: healthy physical condition and quality of life, with their respective dimensions, for the first variable: aerobic capacity, muscular strength, flexibility, body composition and as a second variable: emotional well-being, physical well-being, interpersonal relationships and material well-being, in them the pertinent information for the achievement of the objectives was transcribed. This survey being validated by 3 expert judgments, magisters in the area of physical therapy and rehabilitation.

Results: the statistical results regarding the relationship between the variables was determined by Pearson's square CHI 15.309 with 4 degrees of freedom, and a p value of 0.004 = 0.4%, and a significance level of 0.05%, which is why the Null hypothesis and the researcher's hypothesis is accepted, determining that there is a significant relationship between healthy physical condition and the quality of life of the elderly at the 15 de Agosto Health Center, Arequipa.

Conclusion: reaching the conclusion that there is a significant relationship between healthy physical condition and the quality of life of the elderly at the 15 de Agosto Health Center, Arequipa.

Keywords: elderly, healthy physical condition, quality of life

INTRODUCCIÓN

La preocupación que motiva la presente investigación tiene que ver con los problemas de salud que se incrementaron en los adultos mayores por falta de una buena condición física saludable. Y además que no hay muchas investigaciones al respecto. Esta investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre la condición física saludable y calidad de vida en el adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa que fue presentada en la Universidad Continental de Huancayo. Dicha investigación está conformada por 4 capítulos:

En el primer capítulo de esta investigación se expone el planteamiento del problema; dentro de ella se presenta la descripción de la situación problemática, formulación del problema, objetivos de la investigación, justificación del estudio, la importancia de la investigación, hipótesis y la identificación de variables desarrolladas y de gran importancia.

El segundo capítulo corresponde una revisión a los aspectos teóricos que definen cada una de las variables de la presente investigación, también están los antecedentes de esta investigación, bases teóricas y definición de términos básicos.

En el tercer capítulo se presenta la metodología, las características metodológicas del estudio, tipo de investigación, alcance o nivel de investigación, diseño de investigación, población, muestra, técnicas de recolección de datos y los instrumentos.

En el cuarto capítulo se efectúa la presentación y discusión de resultados, prueba de hipótesis.

Finalmente, luego de todo el análisis del estudio se presentan las discusiones que fueron hallados de otras investigaciones en los antecedentes presentados nacionales, locales e internacionales. Además de la formulación de conclusiones y recomendaciones para la mejora y aumento de estudios sobre el tema y dar a conocer el trabajo fisioterapéutico.

Adicionalmente, este proyecto cuenta con anexos, donde se registra la evidencia sobre la encuesta efectuada a la población adulto mayor; así como documentos de aceptación de la institución, validación de la encuesta, consentimiento informado, etc.

Este proyecto tuvo ciertas limitaciones; en cuanto a información bibliográfica sobre la primera variable; condición física saludable, no se encontraron muchos antecedentes.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la población adulta mayor es todo individuo mayor de 60 años, denominados también personas de la tercera edad. Este grupo de adultos mayores llegan a esta etapa en descenso de muchas funciones de su organismo, además de aspectos emocionales, mentales, económicos y esto puede repercutir en su calidad de vida (1).

Se puede entender a la condición física saludable como “un estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas realizar sus actividades de la vida diaria, disfrutar del tiempo libre y afrontar los posibles imprevistos sin mucha fatiga, a la vez que ayuda a evitar enfermedades y a desarrollar su capacidad intelectual, experimentando plenamente la alegría de vivir (2).

La calidad de vida se relaciona a factores económicos, sociales y culturales en el entorno que se desarrolla y, en su mayoría, a la escala de valores de todo individuo. En la década de los noventa se desarrolló el concepto de

calidad de vida vinculado a la salud, definiéndose como el valor en cuanto a la duración de la vida, modulado por las limitaciones del estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias (3).

Dada la inversión de la pirámide poblacional y el incremento sostenido de adultos mayores a nivel mundial, la condición física saludable es una preocupación importante por toda la población en general, por lo que se conocen varios estudios que ya se han realizado y que han tenido como resultado la importancia en el aumento y la mejora de la condición física saludable para garantizar una buena calidad de vida, es por lo que en varios países del mundo vienen impulsando programas para evitar una vida sedentaria y la aparición temprana y acelerada de enfermedades. Las autoridades de cada país establecen estos programas de salud para la mejora de la condición física saludable en el adulto mayor, además que no solo se fomenta este estilo de vida en adultos mayores, sino que se inicia desde etapas muy tempranas para fomentar un ritmo de vida saludable, porque se sabe que las consecuencias de no llevar un estilo de vida saludable y una buena actividad física a futuro se pueda generar una pésima calidad de vida.

Dada la inversión de la pirámide poblacional y el incremento sostenido de adultos mayores en las estadísticas poblacionales, diversas investigaciones en el mundo se han dedicado a valorar no solo los diversos aspectos de la fisiología del adulto mayor, sino también de los diversos elementos que pueden impactar positiva y negativamente en su calidad de vida. En tal sentido, la calidad de vida si bien es una variable compleja, tiene un aspecto claramente definido como es

la salud física o más específicamente denominado calidad de vida relacionado a la salud.

En este sentido los estudios han demostrado que la percepción de calidad de vida está íntimamente relacionada también a la percepción de funcionalidad y la autopercepción de salud que tiene cada adulto mayor, es decir, un adulto que se percibe saludable, funcional e integrado a la sociedad mediante su comportamiento independiente, registrará también altos niveles de satisfacción y de calidad de vida. En ese sentido, investigaciones como la de Guillén Vilca han registrado que la calidad de vida percibida por el adulto mayor está ligada al estado físico (15). Información concreta en ese sentido ha servido para que se justifique el incentivar práctica deportiva y la actividad física en los adultos mayores como lo demostró Gomes de Souza que efectuó una intervención en un grupo de adultos mayores mediante un programa de ejercicios y entrenamiento deportivo y en donde pudo registrar que la percepción de calidad de vida varió luego de la participación de los adultos mayores en dicho programa, pasando de un 35 % de pacientes que se identificaba con un bajo nivel de calidad de vida, y que posterior a su participación en dicho programa solo un 15 % de dichos pacientes se identificaron en dicho nivel de calidad de vida (19).

La percepción del estado físico incide en diversos aspectos de la calidad de vida como la salud mental, y fue registrado por Halo Moto quien evaluó el grado de ansiedad y depresión en un grupo de adultos mayores antes y después de su participación en un programa de ejercicios y en donde pudo evidenciar que luego de su participación en dicho programa el 45 % de adultos mayores que se identificaba con un nivel medio y alto de depresión, así como el 48 % se identifica con un nivel medio y alto de ansiedad, registraron luego de su participación en

el programa un nivel bajo de depresión (12 %) y un nivel bajo de ansiedad (22 %) (34).

A nivel nacional, las autoridades locales en salud, no le dan la importancia debida a este tema sobre la mejora de la condición física saludable y calidad de vida, ya que es de suma importancia en el adulto mayor. Esto se evidencia con la poca cantidad de talleres que deberían de crearse, ya sea en espacios públicos o algunos centros de salud.

A nivel local, existen pocos lugares que promuevan la interacción de personas y generen programas o actividades para mejorar la condición física del adulto mayor, es por lo que esta investigación podría ser de gran ayuda para establecer la relación entre la condición física saludable y la calidad de vida en el adulto mayor.

Este fenómeno ha motivado a la tesista el interés por la mejora de la condición física saludable y así, mediante los resultados que se consigan, podrán ser tomados en cuenta como criterios para potenciar la condición física saludable en el adulto mayor del centro de salud 15 de Agosto, por ello, dicha investigación pretende determinar la relación entre la condición física saludable y la calidad de vida en el adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa?
2. ¿Cuál es la relación que existe entre la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa?
3. ¿Cuál es la relación que existe entre la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa?
4. ¿Cuál es la relación que existe entre la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación que existe entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.
- Determinar la relación que existe entre la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.
- Determinar la relación que existe entre la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

- Determinar la relación que existe entre la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

Esta investigación enfocada en la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor tiene una justificación teórica porque está basada en antecedentes de investigación de otros autores y que estos a su vez han indagado sobre una o ambas variables que se relacionan a la presente investigación; como son la condición física saludable y la calidad de vida.

1.4.2. Justificación social

Esta investigación tiene una justificación social porque el trabajo se realiza sobre la población del centro de salud 15 de Agosto, conformada por adultos mayores siendo estos una población altamente predispuestas a sufrir diferentes enfermedades a consecuencia del proceso de envejecimiento de todo ser humano al no tener una vida saludable.

1.4.3. Justificación económica

Esta investigación tiene una justificación económica porque mediante los aportes que se brinde podría ayudar a disminuir los gastos en consultas innecesarias debido a caídas en la calle o en casa a

consecuencia del proceso de envejecimiento, así como problemas articulares, cardíacos, etc. Todo esto sería de gran importancia para dar una buena atención y garantizar una mejor calidad de vida de una persona adulto mayor.

1.4.4. Justificación práctica

Esta investigación tiene una justificación práctica porque podría más adelante ser utilizada para establecer alguna estrategia que ayude a disminuir el impacto de la calidad de vida en las personas adulto mayor o crear programas que ayuden a mejorar la condición física.

1.4.5. Importancia de la investigación

Este estudio aborda un tema que tiene muy poco tratamiento en el medio, no obstante la importancia que tiene como es el caso de la relación entre la calidad de vida y la condición física saludable en adultos mayores; ya que es común que en la práctica fisioterapéutica se aborde adultos mayores como parte de la rutina regular de su tratamiento, no obstante es importante que el profesional conozca ampliamente el impacto de la actividad física en los diversos aspectos de la calidad de vida de los adultos mayores para diseñar programas de ejercicios personalizados.

En ese sentido, este estudio se constituye en una novedad de suma utilidad e importancia para la comunidad de fisioterapeutas. Adicionalmente se reafirma su importancia en el hecho de que permitirá evidenciar la importante labor que realizan los fisioterapeutas en el abordaje de los adultos mayores no solo en el ámbito de la rehabilitación

de sus lesiones, sino además desde la planificación de su programa de ejercitación con la perspectiva de su mejora de la condición física y de su calidad de vida, un punto de vista poco abordado por los otros colectivos profesionales que se dedican también al trabajo con adultos mayores.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

Ha: existe relación significativa entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

Ho: no existe relación significativa entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

1.5.2. Hipótesis específicas

1. Existe relación significativa entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.
2. Existe relación significativa entre la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.
3. Existe relación significativa entre la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.
4. Existe relación significativa entre la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

1.6. Identificación de variables

1.6.1. Variable 1

Condición física saludable

Se define a la condición física saludable como “un estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas llevar a cabo las tareas habituales de su vida diaria, disfrutar su tiempo de ocio activo y afrontar las diferentes emergencias imprevistas sin ninguna fatiga excesiva, a su vez que ayuda a evitar enfermedades y a desarrollar al máximo su capacidad intelectual experimentando plenamente la alegría de vivir” (2).

1.6.2. Variable 2

Calidad de vida

Se define a la calidad de vida como “la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal” (3).

1.6.3. Operacionalización de las variables

La tabla de operacionalización se encuentra en el anexo 1.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Internacionales

Herrera (4) en la tesis “*Asociación entre la calidad de vida y la capacidad cardiovascular, potencia y fuerza muscular en adultos mayores de la comuna de Molina*”, tuvo como objetivo determinar la relación entre la capacidad cardiovascular, potencia y fuerza muscular con la calidad de vida, en adultos mayores de 60 a 79 años de la comuna de Molina. Además, con una metodología en el que su estudio fue de un enfoque cuantitativo de tipo transversal y correlacional. Así mismo, con sus materiales y método en el que estuvo compuesta por 554 adultos mayores de 60 a 79 años de la comuna de Molina, pertenecientes a la cohorte del Maule, de ellos 322 eran mujeres y 232 hombres. A cada uno se evaluó la capacidad cardiovascular, potencia y fuerza muscular, a su vez se les aplicó una encuesta de calidad de vida. Con los siguientes resultados en donde las mujeres obtuvieron valores más bajos en todas las evaluaciones físicas realizadas, así mismo, los puntajes sumariados para las dimensiones física y mental del SF12.

La capacidad cardiovascular es la variable que presentó más asociación con la calidad de vida, tanto para el componente físico como el mental. Así mismo se registró que los adultos mayores evaluados presentaron un nivel de condición física evaluado como bajo (42 %); así mismo, un 20 % registró un nivel medio. Finalmente concluyó que la percepción de calidad de vida refleja la condición física y mental de los adultos mayores. La capacidad cardiovascular debe ser entrenada en la población, ya que se asocia a mejores puntajes en la percepción de calidad de vida, tanto física como mental (4).

Celeiro (5) en la tesis "*Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá*", planteó como objetivo explorar, describir y comparar la calidad de vida de los adultos mayores entre 70 a 85 años de edad, institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá, Entre Ríos. Para tal fin, acorde a los adultos mayores institucionalizados, se tomaron muestras en las residencias gerontológicas colectivas de larga estadía de la ciudad, asilo "Hogar Vivanco", asilo "Los abuelos" y en la pensión "Santa Teresita". Por otro lado, en relación a los adultos mayores no institucionalizados, se seleccionaron de manera específica a aquellos que formaron parte de este rango de edad y no presentan deterioro cognitivo. En cuanto al muestreo, el mismo fue intencional no probabilístico, con un total de 40 adultos mayores, 20 de ellos institucionalizados y 20 no institucionalizados. Dicho estudio fue cuantitativo, siguiendo un diseño de tipo descriptivo, comparativo y transversal. Para juntar la información acerca de las variables, se administró la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, utilizándose el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 22 para sacar estadísticos descriptivos e inferenciales. En cuanto a los resultados, se encontró que los adultos mayores, en

el total de la muestra, perciben su calidad de vida como “buena”, según el instrumento, con un puntaje superior a los 3 puntos tanto en la calidad de vida global como en los dominios propuestos por la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF. En referencia a si la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores varía por sexo, edad y estar o no institucionalizados, en primera instancia se encontró que, si bien las mujeres registraron medidas levemente superiores en todos los casos, no existen diferencias significativas evaluando a un valor probabilístico de $p < 5$. Entre los resultados se destaca que los adultos mayores evaluados presentaron un nivel de condición física evaluado como bajo (35 %); y el 18 % registró un nivel medio. Finalmente, en relación a las limitaciones que surgieron en esta investigación, cabe mencionar que las mismas estuvieron relacionadas al tamaño de la muestra, si bien sirvió para brindar una descripción y comparación, hubiera sido fructífero un mayor número para poder tener un análisis más exhaustivo en cuanto a las diferencias entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Asimismo, otras de las limitaciones encontradas fueron que el estudio al ser de corte transversal, no permitió comprobar si hubo cambios en relación a la percepción de la calidad de vida a lo largo del tiempo o poder indicar si era causa de determinadas circunstancias del momento. Por último, en relación al instrumento utilizado, la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, se encontró la limitación de que el mismo no posee un punto de corte y, por otro lado, que no brinda una evaluación y descripción exhaustiva de las dimensiones estudiadas (5).

Galán (6) en la tesis “*Condición física para la salud, motivos para la práctica de ejercicio físico, adherencia a la dieta mediterránea y calidad del sueño en adolescentes europeos*”, se estableció que la adolescencia es una etapa vital no

solo para el crecimiento físico y psicológico de cualquier ser humano, sino también para el desarrollo, establecimiento y mantenimiento de determinadas conductas saludables que repercutirán de manera positiva en el estado de salud presente y futuro de los individuos. Señaló además que entre los problemas que se pueden encontrar en esta etapa vital, los altos niveles de obesidad y la prevalencia de la inactividad física se han convertido en grandes desafíos para la salud pública actual a nivel mundial. En este sentido, una óptima condición física, la práctica regular de ejercicio físico impulsada por una correcta motivación para llevarla a cabo, una buena adherencia a la dieta mediterránea y una adecuada duración y calidad del sueño se muestran como herramientas determinantes para la prevención y el tratamiento de la obesidad y para la lucha contra la inactividad física. Dicha investigación de corte transversal y cuantitativo se recogieron, analizaron y compararon los niveles de composición corporal, condición física, motivos para la práctica de ejercicio físico, adherencia a la dieta mediterránea y calidad y duración subjetiva del sueño de 17 adolescentes de entre 13 y 16 años escolarizados en las ciudades de Sevilla, Reikiavik y Tartu. Para ello se utilizó la batería Alpha-Fitness para la evaluación de la condición física relacionada con la salud, el autoinforme de motivos para la práctica de ejercicio físico (Ampef), el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (Kidmed) y el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI). En el análisis de datos se aplicaron la prueba Kolgomorov Smirnof y el test de Levene, Anova y Manova según las necesidades de las variables analizadas, posteriormente se realizó un Post-Hoc de Bonferroni cuando fue necesario. Se utilizó la prueba KMO y esfericidad de Bartlett para analizar la fiabilidad y validez del Ampef, así como se llevó a cabo un análisis factorial. A nivel general, el sexo y la edad de los participantes se muestran como factores determinantes que pueden

afectar al resultado de las diferentes variables analizadas. Los adolescentes de Sevilla arrojan los menores resultados relativos a la condición física saludable. Los participantes se sienten motivados hacia la práctica de ejercicio físico por motivos de mejora de la condición física saludable y por los sentimientos que experimentan durante la práctica deportiva. La adherencia a la dieta mediterránea de los participantes se consideró media. Relativo a la calidad del sueño, el 68,3 % no alcanzó la mínima duración necesaria y el 48,6 % mostró una mala calidad del sueño. Los resultados de esta investigación sirvieron como punto de partida para desarrollar futuras intervenciones con el objetivo de mejorar las variables analizadas para un mejor estado de salud y calidad de vida de la población adolescente (6).

Moreno et al. (7) en la tesis “Programa de actividad física para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Pacho, Cundinamarca”. Según los autores en su investigación la actividad física mejora la calidad de vida del adulto mayor de forma integral, contribuye al desarrollo y aumento de las capacidades motrices que se deterioran con el tiempo. El objetivo fue determinar los efectos de la aplicación de un programa de actividad física en 15 adultos mayores hombres de Pacho, Cundinamarca. Implementando una metodología de enfoque mixto, diseño longitudinal y alcance explicativo, está fundamentada con 43 artículos funcionales. Se realizaron actividades apropiadas al adulto mayor, para la valoración de la condición física se implementó el test “*senior fitness test*” de forma pre y post lo cual arrojó en la prueba sentarse y levantarse una media de (pre16rep - post17rep) determinando una mejora del 1.1 %. Prueba flexión de codo una media de (pre19rep - post20rep) indicando una mejora del 1.4 %. Prueba flexión de tronco en silla una media de (pre-6 cm - post -5.5 cm) donde el programa mejoró un 1 % su

ejecución. Prueba juntar las manos en la espalda media de (pre-20 cm - post de - 18 cm) sin efecto del programa. Para las pruebas aeróbicas y de agilidad se observaron: prueba caminar 6 minutos media de (pre475m - post475m), el programa arrojó mejoras mínimas en su ejecución. Prueba dos minutos de marcha media de (pre64rep - post65rep) sin mejora en la ejecución del programa. Prueba levantarse caminar y volver a sentarse media de (pre7, 86seg - post6, 89seg) se evidenció que el programa afectó de manera negativa en un -0,9 % en su ejecución. Los valores resultantes de las pruebas después del programa no revelan un porcentaje significativo en su implementación (7).

Nequiz et al. (8) en el artículo “Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clínica universitaria Reforma” teniendo como introducción que la calidad de vida con frecuencia es definida por la satisfacción que ocurre en el individuo contemplando aspectos ambientales, sociales, psicológicos y físicos. Para el adulto mayor, satisfacer cada uno de estos aspectos es importante y un tanto difícil principalmente por las circunstancias que se presentan en su vida cotidiana. Dicha investigación tuvo como objetivo identificar la percepción de calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clínica universitaria Reforma.

Con su metodología que fue realizada mediante un estudio cualitativo, observacional, transversal y descriptivo, a 104 adultos mayores de 60 años, que acudieron a la clínica universitaria Reforma, en abril 2016. Se aplicó la escala de calidad de vida de la OMS WHOQOL y los datos obtenidos se analizaron a través de frecuencias y porcentajes. Obteniendo los siguientes resultados: el 70 % de los adultos mayores tienen una percepción promedio de su calidad de vida; la cual incluyó 4 esferas: medio ambiente, con 74 %, salud física con 63 %, aspecto psicológico 62 % y relaciones sociales 55 %. Concluyendo que las dimensiones

que conforman la calidad de vida dependen de la percepción de las necesidades de la persona, a mayor satisfacción de estas, será mejor su proceso de envejecimiento y por ende su calidad de vida será mejor (8).

2.1.2. Nacionales

Carbajal (9) en la tesis “Calidad de vida en el adulto mayor del centro integral de La Molina” cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida de los adultos mayores asistentes al Centro Integral del Adulto Mayor del distrito de La Molina, teniendo su método de estudio un diseño no experimental, transversal. Se realizó un muestreo no probabilístico, participando 174 adultos mayores de 60 años, residentes del distrito de La Molina. Se excluyó a adultos mayores con deterioro cognitivo y con discapacidad física crónica. El instrumento que se aplicó fue el cuestionario *Short-Form Health Survey* (SF-36) que consta de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones: función física, rol físico, rol emocional, función social, salud mental, salud general, dolor corporal y vitalidad fue validado en Perú por Salazar y Bernabé en el año 2012. Los resultados fueron en total que participaron 174 adultos mayores donde se encontró un predominio del sexo femenino (70.7 %), con una edad promedio de 74. De las 8 dimensiones totales, se obtuvieron mayores puntuaciones en las dimensiones de rol emocional (76.6 %), rol físico (74.2 %) y dolor corporal (67 %). No se evidenció diferencia significativa entre hombres y mujeres en ninguna de las ocho dimensiones de calidad de vida. Concluyendo así que el cuestionario SF-36 es útil para obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores. Las puntuaciones obtenidas en las 8 dimensiones obtuvieron puntajes por encima del 60 %, lo cual demuestra que los adultos mayores del Centro Integral de La Molina mantienen una

buena calidad de vida. Sus recomendaciones fueron guiar e incluir a los familiares o cuidadores a los tratamientos para mejorar las condiciones físicas, mentales, sociales y otras (9).

Párraga (10) en la tesis “*Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo*”, tuvo como objetivo analizar la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo y conocer el soporte social, salud, actividad física y recreativa, estado emocional, ingresos económicos, situación actual de viviendas, alimentación personal y todo lo que integra la perspectiva de calidad de vida. La investigación se realizó con los participantes adultos mayores del CIAM la población se considera un aproximado de 120 adultos mayores en la institución, la investigación fue de tipo básico por las siguientes razones: está orientado a la búsqueda de conocimientos y características de las condiciones de vida de los adultos mayores que participan en el CIAM. Se obtuvo información de dicha institución existente en la actualidad en la ciudad de Huancayo con el objetivo de enriquecer y ampliar conocimientos previos, a través de la principal técnica de entrevista a cada uno de los adultos mayores, ya sea dentro de la institución o en sus respectivos hogares, también se incluyeron fotografías de sus domicilios, que permitirá conocer y comprender mejor el fenómeno social de los adultos mayores. El nivel de investigación fue descriptivo, ya que tiene como finalidad describir, ampliar y precisar cuál fue la condición de vida en los adultos mayores, el método fue descriptivo de análisis y síntesis, porque se describió a profundidad y se dio un informe detallado de cómo es la calidad de vida de los adultos mayores que participan el CIAM de la ciudad de Huancayo (10).

Velásquez (11) con la tesis “*Calidad de vida y estado de salud del adulto mayor del Centro del adulto mayor de la municipalidad provincial de Huancayo 2015*”, tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de vida con la percepción del estado de salud del adulto mayor de la Municipalidad provincial de Huancayo, 2015. Fue aplicado mediante un método siendo un estudio cuantitativo, de tipo prospectivo, analítico, transversal y observacional, de diseño correlacional, con 117 adultos mayores, quienes previo consentimiento, respondieron una entrevista y las escalas de calidad de vida y estado de salud autopercebido, los que fueron validados y viabilizados. La comprobación de la hipótesis fue mediante la correlación Rho de Spearman para un $p \leq 0,05$, apoyados en el PASW V23.0. Teniendo como resultados el análisis entre la calidad de vida y el estado de salud clínico y funcional del adulto mayor en estudio, correlaciones moderadas y bajas [$r_s = 0,448$, y $p = 0,000$ y $r_s = 0,204$ con $p = 0,027$ respectivamente]; y se determina que si los puntajes de la calidad de vida son de nivel moderado o bueno; también, el estado de salud clínica y funcional es percibido como bueno o regular. Por el contrario, no hubo correlación entre la calidad de vida y el estado de salud adaptativo [$r_s = 0,136$ con $p = 0,136$ y $r_s = 0,073$ con $p = 0,433$ respectivamente]. Concluyendo así que existe correlación entre la calidad de vida y el estado de salud del adulto mayor usuario del Centro del Adulto Mayor de la Municipalidad de Huancayo, ($r_s = 0,249$ con $p = 0,007$), ello indicó que a medida que se incrementa una variable, la otra también lo hace (11).

Contreras (12) en la tesis “*Condición física y su relación con el índice de masa corporal en los estudiantes del nivel secundaria de la institución educativa Industrial Abancay 2011*”, se realizó con el propósito de conocer la condición física y el índice de masa corporal de los estudiantes de la institución educativa Industrial.

Teniendo como objetivo general determinar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la condición física en los estudiantes de nivel secundaria de la institución educativa "Industrial" Abancay 2011. La fundamentación teórica fue sustentada en bases científicas de la condición física, componentes, niveles, capacidades físicas y el índice de masa corporal, basadas en didácticas de educación física, así como los procedimientos, formas y modos de aplicación de dichos métodos que se deben seguir, además se detalla la conceptualización de términos de manera sistemática y organizada. La metodología que se utilizó para la presente investigación fue de tipo básico, nivel de investigación correlacional, método de investigación cuantitativo. Este método utiliza la recolección y el análisis, mientras las técnicas y los instrumentos que fueron utilizados son: evaluación de antropométricos y evaluación de condición física. La población involucrada en el siguiente trabajo de investigación estuvo conformada por 650 estudiantes de la institución educativa secundaria Industrial de Abancay. Mientras que la muestra estuvo conformada por 210 estudiantes de la institución educativa secundaria Industrial del nivel secundaria del distrito de Abancay, provincia del mismo nombre y departamento de Apurímac. Los resultados obtenidos se basaron en 210 estudiantes, debidamente sistematizados y analizados sobre su condición física y su índice de masa corporal (12).

Mansilla (13) en la tesis "*Condición física y su relación con el sobrepeso y obesidad en adolescentes escolares de 12 a 14 años de la institución educativa secundaria gran unidad escolar San Carlos de Puno 2019*", el objetivo fue relacionar la condición física y su relación con el sobrepeso y obesidad en adolescentes escolares de 12 a 17 años de la institución educativa secundaria unidad San Carlos Puno 2019, contribuyendo así a la calidad educativa en la ciudad de Puno. Frente

a la preocupación de los docentes y padres de familia por el sobrepeso y obesidad de los estudiantes en el primer grado; este panorama motivó el interés por averiguar las causas del problema; porque los resultados permitieron diseñar algunas estrategias que les permitió tener alternativas en las actividades físicas y emplear recursos para superar las dificultades que causan el sobrepeso y la obesidad en los estudiantes. El proceso de aprendizaje en el área de educación física es más expositivo que activo; es decir que, muchos alumnos desarrollan sus actividades sin el uso respectivo de los recursos materiales y tecnológicos, pese a la existencia de muchos medios didácticos en la institución educativa. Existe la posibilidad que las causas del no uso de los recursos audiovisuales en el proceso de aprendizaje del área de Educación Física son falta de interés y compromiso de algunos profesores de la especialidad lo que incide en la despreocupación del estudiante y por ende es una causa del sobrepeso y obesidad en esta edad del desarrollo humano de los estudiantes. Pretendieron que a partir de esta investigación permita al docente tecnificar su desempeño profesional en función al avance de las tecnologías para el desarrollo físico que inducen construir conocimientos de alta significatividad en los alumnos para mejorar su condición física (13).

2.1.3. Local

Quiroga (14) en la tesis "*Relación entre el nivel de actividad física, adiposidad corporal y condición física en los estudiantes de primer año de la escuela profesional de Ciencias de la Nutrición UNSA, Arequipa 2017*", el objetivo fue determinar la relación entre el nivel de actividad física, adiposidad corporal y condición física en los estudiantes de primer año de la escuela profesional Ciencias de la Nutrición. En la que participaron 89 universitarios. Mujeres 74.2 % (n = 66) y

hombres 25.8 % (n = 23), se identificó el nivel de actividad física mediante la aplicación del IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física), se valoró la adiposidad corporal a través del peso, talla y pliegues cutáneos: tricípital, bicipital, subescapular y suprailíaco. La condición física se evaluó mediante los test para flexibilidad, fuerza, resistencia y velocidad. Con los siguientes resultados en el nivel de actividad física resultó ser baja representada por el 65.2 %, moderada 30.3 % y vigoroso 4.5 %. La adiposidad corporal, 64 % tiene un nivel de adiposidad aceptable (bajo), el 28 % aceptable (alto) y un 8 % no saludable (obesidad). Sin embargo, el nivel de condición física en fuerza fue 83 % calificado como bueno y 17 % resultó con calificación promedio, la flexibilidad resultó ser el 44 % calificada como deficiente, otro 44 % como bueno y el 12 % como superior, la resistencia fue el 47 % calificada como suficiente, el 26 % como regular, 22 % como excelente y 5 % como malo; la velocidad resultó ser el 57 % que calificó como suficiente, el 32 % como malo y un 11 % como bueno. Y así llegando a la conclusión que la relación entre el nivel de actividad física, la adiposidad corporal para el sexo femenino sí existe, mientras que en el sexo masculino no existe y el nivel de condición física de los estudiantes tiene relación estadística significativa con la adiposidad, a pesar de tener un nivel de actividad física bajo, un nivel de adiposidad aceptable (bajo), resultaron con un nivel de condición física promedio (14).

Guillen (15) en la tesis "*Calidad de vida en adultos mayores de tercera y cuarta edad del centro del adulto mayor Zamácola - EsSalud Arequipa – 2018*", el objetivo fue comparar la calidad de vida del adulto mayor de tercera y cuarta edad pertenecientes al centro del adulto mayor Zamácola de EsSalud - Arequipa. Mediante materiales y métodos en el que se realizó un estudio de tipo comparativo longitudinal de calidad de vida mediante la aplicación del cuestionario de escala de

calidad de vida del adulto mayor MGH, que abarca cuatro dimensiones: salud física, relaciones interpersonales, independencia para realizar actividades y satisfacción por la vida, obteniendo como resultado que la población en estudio estuvo constituida por dos grupos, adultos mayores de tercera edad y adultos mayores de cuarta edad pertenecientes al centro del adulto mayor de Zamácola – EsSalud - Arequipa 2018. La muestra estuvo constituida por 119 participantes de los cuales 84 fueron de tercera edad (60-80 años) y 35 de cuarta edad (>80 años). Respecto a los resultados de la escala del adulto mayor MGH, se puede observar que las dimensiones salud física, relaciones interpersonales, independencia para realizar actividades y satisfacción por la vida en ambos grupos etarios lograron menos del 50 %, de estos, obtuvieron un puntaje que cae dentro de una calidad de vida alta. En el grupo de adultos mayores de tercera edad el 8.33 % de ellos tiene una muy baja calidad de vida en la dimensión de independencia para realizar actividades, en comparación con los adultos mayores de cuarta edad, de los cuales 17 % cree que tienen una muy baja calidad de vida para realizar actividades. En conclusión, para la muestra tomada de ambos grupos etarios no hay diferencia significativa en cuanto a la calidad de vida que manifiestan tener los participantes del presente trabajo de investigación, sin embargo, se esboza ciertas diferencias que sugieren que el adulto mayor de tercera edad percibe mejor calidad de vida que el de cuarta edad (15).

Apaza (16) en la tesis "*Calidad de vida y práctica de hábitos saludables en feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015*", el objetivo del estudio fue determinar la relación de la calidad de vida con los hábitos saludables de los miembros del distrito Misionero Socabaya de la iglesia adventista del Séptimo Día de Arequipa, 2015. Planteándola mediante una investigación tipo

descriptivo, con diseño correlacional, transversal en una muestra de 110 miembros de iglesia. Los resultados de esta investigación mostraron que existe relación significativa entre calidad de vida y los hábitos saludables; es decir, mientras mejor es la calidad de vida de los miembros de iglesia, estos practicarán mejores hábitos saludables; específicamente con las variables de alimentación y ejercicio, sin embargo, respecto a la variable: descanso, la correlación no fue significativa. Concluyendo que, en vista de estos resultados, se determina que los miembros del distrito misionero tienen bienestar económico y mostraron mejores relaciones con amigos y vecindario, además de las facilidades a entidades y servicios; así como los que se sienten satisfechos con su vida familiar adhiriéndose mejor a la práctica de hábitos saludables (16).

Escarcina (17) en la tesis "*Dependencia del adulto mayor y calidad de vida del cuidador familiar Hospital III Yanahuara, Arequipa 2015*", el objetivo general fue determinar la relación entre la dependencia del adulto mayor y la calidad de vida del cuidador familiar en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital III Yanahuara – EsSalud, Arequipa 2015. Para tal fin, se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de diseño correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por un total de 150 cuidadores familiares de adultos mayores, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó como método la encuesta, como técnica la entrevista y como instrumentos, la ficha sociodemográfica del cuidador familiar, cuestionario de calidad de vida de un miembro familiar que brinda cuidados a un paciente (QOL), ficha sociodemográfica del adulto mayor y el índice de Barthel. Los resultados obtenidos se sometieron a técnicas estadísticas descriptivas: frecuencia absoluta y relativa, técnicas de estadística correlacional: prueba de Chi Cuadrado,

obteniéndose los siguientes resultados: en relación a las características sociodemográficas del adulto mayor: la edad promedio fue de 75 a 90 años, con predominio del sexo masculino, en su mayoría casados, siendo su grado de instrucción secundaria; en cuanto a la dependencia del adulto mayor se observó que el 60.7 % presentó dependencia total. En las características del cuidador familiar se obtuvo que en su mayoría son de sexo femenino, la edad promedio fue de 25 a 54 años, en su mayoría casados, siendo el hijo(a) el familiar responsable del cuidado, teniendo un grado de instrucción superior, con un trabajo independiente, dedicándose al cuidado en el turno mañana y por más de 12 meses. Referente a la calidad de vida del cuidador familiar el 52.0 % presenta una calidad de vida regular. En la dimensión física presentan problema moderado con un 42.7 %, con fuerte tendencia a mucho, de la misma manera en la dimensión psicológica se aprecia que un mayor porcentaje de cuidadores familiares tienen un problema moderado con un 44.7 %, en la dimensión social, los cuidadores familiares tienen problema moderado con un 44.0 % y en la dimensión espiritual también presentan problema moderado con un 48.7 %. Concluyendo que existió relación significativa entre las variables dependencia del adulto mayor y calidad de vida del cuidador familiar, según el test de Chi Cuadrado que muestra dicha relación ($P = 0,000$) (17).

Justo (18) en la tesis "*Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial microrred Edificadores Misti – Minsa, Arequipa 2016*", el objetivo fue determinar la relación del autocuidado y calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial en la microrred Edificadores Misti - Minsa, Arequipa - 2016", en efecto se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, con un diseño de correlación. Cuya población de estudio estuvo

conformada por 91 adultos mayores con hipertensión arterial, que reunieron los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos, se utilizó como método la encuesta, como técnica la entrevista y como instrumentos para medir la variable autocuidado se utilizó el instrumento “nivel de autocuidado” que se realizó en los pacientes hipertensos que asistían al programa del adulto mayor de hospital EsSalud de Chincha en el año 2011 validada por Martínez; para la variable calidad de vida se utilizó el cuestionario QLQ C-30 de la EORTC. Considerando las características sociodemográficas de la población de estudio, se encontró que la mayor parte de la población fueron mujeres en un 75 % con un mayor porcentaje de edades entre 75 a 80 años con 19.78 %, en relación a los varones que fueron un 25 %, en el sexo masculino no existe una predominancia de años; en ambos sexos el 46.2 % fueron viudos(as). Asimismo, con relación a las características sociodemográficas el 45.1 % son sin instrucción, 82.4 % su ocupación es su casa, y el 65.9 % su procedencia es de Arequipa. En lo que respecta al autocuidado, se observó que el 84.6 % de los adultos mayores con hipertensión tienen un autocuidado regular en la dimensión alimentación, un 61.5 % presentaron un autocuidado regular en la dimensión actividad física y descanso, un 86.8 % presentaron un autocuidado bueno en la dimensión hábitos nocivos, un 41.8 % presentaron un autocuidado. En cuanto a la dimensión global con un 50.5 % presentaron un autocuidado regular. En lo que respecta a la calidad de vida, muestra que el área de estado global de salud, el 65.9 % tuvo una calidad de vida baja en la calidad de vida global; área de funcionamiento, mostró que el 52.7 % de los adultos mayores con hipertensión arterial tuvieron una calidad de vida alta en la función física, el 72.5 % tuvo una calidad de vida alta en actividades cotidianas, el 44 % tuvo una calidad de vida baja relacionada con el rol emocional, el 54.9 % tuvo

una calidad de vida alta en la función cognitiva, el 72.5 % tuvo una calidad de vida alta en la función social; área de síntomas, el 70.3 % tuvo una calidad de vida alta en cuanto al síntoma disnea, el 68.1 % tuvo una calidad de vida alta en cuanto al insomnio, 62.6 % tuvo una calidad de vida alta en cuanto a la fatiga, el 75.8 % tuvo una calidad de vida alta en cuanto a la anorexia, el 85.7 % tuvo una calidad de vida alta en cuanto a náuseas y vómitos, el 63.7 % tuvo una calidad de vida alta en relación al estreñimiento, el 74.7 % tuvo una calidad de vida alta en relación a la diarrea, el 61.5 % tuvo una calidad de vida alta en relación al dolor, el 67 % presentó una calidad de vida baja en lo económico. Con referencia a la relación entre autocuidado y calidad de vida presentó relación estadística significativa de $P < 0,0001$ ($P < 0,05$), por lo que se prueba la hipótesis que señala la relación entre el autocuidado con calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial. Asimismo, el 32 % de adultos mayores con un mal autocuidado presentó una baja calidad de vida, y el 14 % adulto con buen autocuidado presentó una alta calidad de vida (18).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Condición física saludable

La condición física saludable se define como “un estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas realizar sus actividades de la vida diaria, disfrutar del tiempo libre y afrontar los posibles imprevistos sin mucha fatiga, a la vez que ayuda a evitar enfermedades y a desarrollar su capacidad intelectual, experimentando plenamente la alegría de vivir” (2).

Cuantificar la condición física (19), “en la medida que se relaciona con los hábitos de vida y los grados de actividad física, dejará conseguir

información acerca del estado de salud y la calidad de vida de la población. Se permite que una aceptable condición física está relacionada con la reducción de la mortalidad”. “Fue exactamente cuando terminó la década de los años ochenta y a lo largo de los años noventa, cuando se desarrolló el modelo que asocia la actividad física a la salud, definiéndolo como un modelo complejo que tiene presente el nivel de actividad física, el estado de condición física y la salud” (20).

La condición física saludable (21; 25) se entiende como “la conjunción de algunas capacidades físicas (fuerza, resistencia aeróbica, resistencia muscular, flexibilidad) y habilidades motrices (equilibrio, coordinación, velocidad y agilidad), que son seleccionadas por el investigador en función de su importancia para la población que es objeto de estudio”.

La condición física saludable (24) es “un criterio que evoluciona con el tiempo y se ajusta a las características socioculturales; su cuantificación depende de factores respecto de los cuales los investigadores no han llegado a un consenso de importancia”.

Este suceso provoca que varios de los investigadores que trabajan en el campo de la salud y la condición física establezcan parámetros diferentes a la hora de determinar la condición física saludable en las personas mayores. De esta forma, se observa que unos autores dan más importancia a elementos vinculados al tren inferior y en cambio otros consideran que la condición física saludable es un criterio global y debe cubrir tanto la evaluación del tren inferior como del tren superior y el tronco, hecho que se manifiesta en las pruebas que componen sus baterías (26).

El grado de condición física de que dispone un sujeto establece su capacidad para desenvolverse con autonomía y para tener una vida plena sin dependencia. La valoración, por medio de test, de las capacidades que sustentan la condición física debe ser considerada como un aspecto primordial para saber la capacidad funcional de los sujetos mayores.

2.2.2. Valoración de la condición física funcional

La medición de las capacidades funcionales (27) es “un componente primordial en la evaluación del adulto mayor. Por función se sabe la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complicadas que conforman el quehacer cotidiano de una forma deseada en el ámbito individual y social”. Cuando se refiere a la condición física funcional (28) “en el caso de sujetos mayores, no se identifica con el rendimiento, sino con la capacidad para desarrollar las actividades diarias normales sin fatiga y de forma segura e independiente”. El grado de condición del que dispone un sujeto establece su capacidad para desenvolverse con autonomía, participar en actos sociales, hacer turismo, utilizar los servicios que la sociedad le ofrece y, en definitiva, tener una vida plena sin dependencia y no ser una carga para las personas que le rodean.

- Capacidad aeróbica: es la capacidad para realizar sin fatiga tareas que impliquen la participación de grandes grupos musculares durante períodos prolongados.
- Flexibilidad: capacidad para realizar movimientos en todo el rango articular.

- Fuerza-resistencia: capacidad de los músculos para generar tensión y mantenerla durante un tiempo prolongado.
- Destreza: capacidad para realizar movimientos eficientemente.

2.2.3. Calidad de vida

La calidad de vida “como la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como viable o ideal” (3).

La calidad de vida se relaciona a factores económicos, sociales y culturales en el ámbito que se lleva a cabo y, en gran medida, a la escala de valores de cada individuo. En la década de los noventa se desarrolló el concepto de calidad de vida vinculado a la salud, que se define como el valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias (29). Existe, por consiguiente, consenso en que la calidad de vida debe ser considerada desde una perspectiva multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe integrar aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros (30).

De acuerdo con la OMS (32), “la calidad de vida es la percepción que tiene una persona sobre su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy extenso que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, de

esta forma como su relación con los elementos fundamentales de su entorno” (32).

En el caso concreto de este estudio, el instrumento que se aplicará para evaluar la calidad de vida analiza esta variable a través de cuatro dimensiones, estas son el bienestar emocional, el bienestar físico, las relaciones interpersonales y el bienestar material. Estas dimensiones se desarrollan a través de 16 ítems o preguntas en donde se consulta al adulto mayor respecto de su percepción de los cuatro aspectos mencionados. Las respuestas están diseñadas siguiendo el modelo tipo Likert, en donde se le presenta al adulto mayor un conjunto de situaciones relacionadas a los aspectos planteados en las dimensiones de la calidad de vida, en donde debe calificar cada una de ellas en función a su experiencia diaria. Bajo estas cuatro dimensiones se explica la calidad de vida considerando la salud mental y emocional (dimensión bienestar emocional), la salud física (dimensión bienestar físico), la interacción y capacidad de socialización con otras personas (dimensión relaciones interpersonales) y finalmente también el contexto socioeconómico en el que vive el adulto mayor evaluado (dimensión bienestar material).

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Adulto mayor

Este es el grupo poblacional más vulnerable de la sociedad y que requiere de criterios específicos de atención, un incremento de los gastos para su cuidado y de atención no solo en las instituciones de carácter público, sino en el seno familiar, creándose situaciones complejas que

requerirán de soluciones más dinámicas, tanto en su estructura como en su funcionamiento.

“El grupo de los adultos mayores, por su formación, formas de vida, roles desempeñados y diferentes factores, demandarán una atención cualitativa más intensa y diferente en las distintas esferas sociales”.

El deporte es una de las actividades que se ejecuta bajo el influjo de cambios y pudiera decirse que se están viviendo tiempos acelerados. Las personas con 60 años o más, quizás constituyan el grupo donde más se advierta la necesidad de esta actividad porque se dan cuenta de los beneficios positivos de la actividad física, de practicar deportes, artes marciales, realizar gimnasia básica y participar en composiciones gimnásticas, en clases de danza y bailes, caminar, nadar, montar bicicleta, acudir a los gimnasios y a las áreas donde están enclavados los biosaludables como novedosa opción social.

Las causas son distintas. La mayoría de los autores coincide en que el adulto demanda hacer actividad física por los siguientes motivos: compensar la carencia de actividad física de la vida diaria, vivir de manera más satisfactoria, lograr autoaceptación y estima personal, prevenir y tratar exitosamente patologías físicas y psíquicas, aumentar las relaciones sociales y ocupar su tiempo de ocio, ya que según la práctica regular de alguna actividad física ayuda a mantener la independencia del adulto mayor” (33).

El envejecimiento activo es el “proceso de participación, incorporación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida y, por lo tanto, su condición física a medida que se envejece. Se hace primordial accionar en

múltiples sectores, con el propósito de garantizar que estas personas sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías” (34).

El envejecimiento “no es sinónimo de una vida sedentaria y rutinaria, al contrario, envejecer puede ser una etapa llena de vitalidad si así se lo proponen, por lo tanto, las limitaciones en la ejecución de las actividades del día a día representan un serio inconveniente para el adulto mayor, ya que son un indicio de riesgo para la salud del individuo y afectan de manera directa su calidad de vida; de tal modo, se argumenta que, en la vejez, los ancianos se cargan de temores, preocupaciones, angustias y mitos, de esto viene que las actividades físicas mejoran la comunicación, la expresión y la socialización con su entorno y hasta el juego en esas edades cumple una función física, social y cultural” (35).

2.3.2. Capacidad aeróbica

La capacidad aeróbica es “la capacidad que tiene el organismo para mantener una determinada densidad de ejercicio durante un tiempo determinado. Además de ser un reflejo directo de la capacidad funcional que está determinada por la habilidad del organismo de captar, transportar y utilizar oxígeno durante toda actividad física” (36). La capacidad funcional aeróbica “ayuda a los adultos mayores a mantener independencia física a pesar de los efectos, de las enfermedades crónicas que todo adulto mayor padece” (37).

La capacidad aeróbica “es la capacidad del cuerpo para mantener un ejercicio submáximo durante periodos prolongados de tiempo. Otra definición común de la capacidad aeróbica dice que es la capacidad del

corazón y del sistema vascular para transportar cantidades adecuadas de oxígeno a los músculos que trabajan, permitiendo la realización de actividades que implican a grandes masas musculares, tales como andar, correr o el ciclismo, durante tiempo prolongado” (38; 39).

2.3.3. Fuerza muscular

En fisiología se entiende por fuerza muscular “aquella tensión máxima expresada en gramos o kilogramos que los músculos son capaces de desarrollar” (40).

La fuerza “es un elemento común de la vida diaria, ya que cada actividad humana, desde el movimiento más simple requiere de su utilización. Por ello, tanto en el deporte como en el trabajo cotidiano existe un cierto tipo de producción de fuerza” (41).

Otro autor define la fuerza “como la capacidad para superar la resistencia externa o de reaccionar a ella mediante tensiones musculares” (42).

Al concepto de fuerza del ser humano hay que entenderlo como “su capacidad para vencer o contrarrestar una resistencia mediante la actividad muscular. Otro concepto es como la capacidad de producir una tensión que tiene el músculo al activarse o como se entiende habitualmente contraerse” (43).

2.3.4. Flexibilidad

La flexibilidad es “la cualidad que, en base a la movilidad articular y elasticidad muscular, permite el máximo recorrido de las articulaciones en

posiciones diversas, permitiendo al sujeto realizar acciones que requieran gran agilidad y destreza” (44).

La flexibilidad puede entenderse como la amplitud máxima fisiológica pasiva en un determinado movimiento articular. Según este enfoque, la flexibilidad sería específica para cada articulación y para cada movimiento (45).

Otra definición de la flexibilidad “es la capacidad física de amplitud de movimientos de una sola articulación o de una serie de articulaciones” (46).

Otros autores señalan que una buena flexibilidad permite:

“Limitar, disminuir y evitar el número de lesiones, no solo musculares, sino también articulares; facilitar el aprendizaje de la mecánica; incrementar las posibilidades de otras capacidades físicas como la fuerza, velocidad y resistencia (un músculo antagonista que se extiende fácilmente permite más libertad y aumenta la eficiencia del movimiento); garantizar la amplitud de los gestos técnicos específicos y de movimientos más naturales; realizar y perfeccionar movimientos aprendidos; economizar los desplazamientos y las repeticiones; desplazarse con mayor rapidez cuando la velocidad de desplazamiento depende de la frecuencia y amplitud de zancada; reforzar el conocimiento del propio cuerpo; llegar a los límites de cualquier región corporal sin deterioro de esta y de forma activa; aumentar la relajación física; estar en forma y reforzar la salud” (47; 48; 49).

2.3.5. Composición corporal

El análisis de la composición corporal constituye “una parte fundamental en la valoración del estado nutricional, siendo aquella rama de

la biología humana que se ocupa de la cuantificación in vivo de los componentes corporales, las relaciones cuantitativas entre los componentes y los cambios cuantitativos en los mismos relacionados con factores influyentes” (50).

Según otro autor menciona la composición corporal, en particular como:

“La cantidad y distribución de grasa y masa muscular, que se considera en la actualidad información importante de salud en adultos y niños. La composición corporal se usa para describir los porcentajes de grasa, hueso, agua y músculo en el cuerpo humano. Dos personas del mismo sexo y peso corporal pueden verse completamente diferentes entre sí porque tienen una composición corporal diferente.

La composición corporal y el crecimiento son componentes clave de la salud en individuos y poblaciones. El incremento de la tasa de obesidad en niños y adultos ha mostrado la importancia de comprender los niveles de grasa corporal para la salud a corto y largo plazo. Sin embargo, otros componentes de la composición corporal también influyen en la salud general. Por lo tanto, su medición es cada vez más valiosa en la práctica clínica” (51).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

“La presente investigación es de un enfoque cuantitativo porque utiliza el método estadístico” (52). “La presente investigación según su finalidad es de tipo básica porque no se manipula ninguna de las variables”.

3.2. Alcance o nivel de investigación

Es correlacional porque se estudia la relación entre ambas variables.

3.3. Diseño de la investigación

La presente investigación está dentro del marco del diseño no experimental debido a que no se manipularon ninguna de las variables.

De acuerdo a la temporalidad, la presente investigación es de corte transversal, porque la recolección de la información se realizó en un solo momento para comprobar la relación entre condición física saludable y calidad de vida (53).

3.4. Población

La población estuvo conformada por un grupo etario conocido como personas adultas mayores, entre ellas varones y mujeres respectivamente, con un número de 40 integrantes en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

3.5. Muestra

La muestra estuvo conformada por 40 adultos mayores, los que fueron seleccionados a través de un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.6. Técnicas de recolección de datos

- Para la variable 1 se utilizó la técnica, una encuesta creada según los criterios de las dimensiones de dicha variable.
- Para la variable 2 se utilizó la técnica, una encuesta creada según los criterios de las dimensiones de dicha variable.

3.7. Instrumentos

El instrumento que se aplicó fue diseñado por la tesista en base a las variables presentadas en el presente proyecto; es una encuesta con preguntas simples; para que así pueda ser entendible para la población adulta mayor. Está compuesto por un total de 32 ítems. En cuanto al procedimiento, se realizó la encuesta a cada uno de los asistentes, sin embargo, hubo algunos que lo pudieron llenar sin ningún problema. Las alternativas de cada ítem es marcar según cada evaluado crea conveniente: 1 Nunca, 2 Casi nunca, 3 A veces, 4 Casi siempre, 5 Siempre.

La condición física saludable está compuesta por cuatro dimensiones: capacidad aeróbica, fuerza muscular, flexibilidad y composición corporal. Para su interpretación y obtener un puntaje según su categorización es baja (0 a 37 puntos), mediana (38 a 59 puntos), alta (60 a 80 puntos).

La calidad de vida está compuesta por 4 dimensiones: bienestar emocional, bienestar físico, relaciones interpersonales y bienestar material. Para su interpretación y obtener un puntaje según su categorización es inadecuada (0 a 37 puntos), regular (38 a 59 puntos), buena (60 a 80 puntos).

3.7.1 Confiabilidad

La confiabilidad hace referencia al grado en que la aplicación repetida de la medición de la variable con el instrumento elegido (en iguales condiciones a las mismas unidades de estudio), produce iguales resultados, por lo que permite conocer la precisión en la medición de dicho instrumento (52).

La confiabilidad del instrumento de evaluación se efectuó mediante la aplicación de un estudio piloto en el que fueron evaluados 16 adultos mayores, a estos participantes se les evaluó con el instrumento que fue utilizado en este estudio y se sometieron los resultados a un análisis para determinar la confiabilidad mediante la aplicación del estadístico de prueba Alfa de Cronbach (ver anexo 5) el cual dio como resultado un alfa de 0,933 para el instrumento que evalúa la condición física saludable y un alfa de 0.959 para el instrumento que evalúa la calidad de vida; lo cual cataloga a ambos instrumentos como confiable para la evaluación de ambas variables, respectivamente, en un grupo de adultos mayores (53).

3.7.2 Validez

La validez hace referencia a la propiedad de un instrumento para evaluar efectivamente el elemento o variable que pretende evaluar, es decir, su correspondencia con dicha variable; por lo que se idea y diseña específicamente para tal fin, es decir, todo instrumento es diseñado para medir la característica o un evento determinado y no otro (52).

La validación del instrumento fue aprobada por juicio de expertos (52):

- Gloria Elizabeth Idrogo Hizo (Magíster en Medicina Bioenergética)
- Wilber Denis Torres Zapata (Magíster en Salud Pública – especialista en Fisioterapia Cardiorrespiratoria)
- Aníbal Gustavo Yllesca Ramos (Magíster en Gestión de Servicios de Salud – especialista en Fisioterapia Cardiorrespiratoria)

Criterios de validación

- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
- El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.
- La estructura del instrumento es adecuada.
- Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.
- Los ítems son claros y entendibles.
- El número de ítems es adecuado para su aplicación.

3.7.3 Objetividad

Dadas las características del estudio y de la técnica de investigación, la objetividad en la recolección de datos se encuentra garantizada, ya que

se evaluó un indicador clínico objetivo como es el caso de la frecuencia cardiaca en tres momentos, este indicador vital es de fácil evaluación y fue tomado directamente por parte de la investigadora.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

En este acápite se presentan los resultados de interpretación de los datos recolectados en la muestra de estudio en la forma de tablas y figuras, ello en razón al problema general y específicos planteados. Para tal fin se hizo uso del paquete estadístico SPSS v25. En donde se procesaron las variables en razón a su tipo y escala de medición; en ese sentido las variables cualitativas se presentaron en la forma de tablas de distribución de frecuencias y gráficos.

Dadas las características y objetivos del estudio que buscan determinar la probable asociación entre dos variables cualitativas como son la calidad de vida y la condición física saludable como objetivo principal, y como objetivos específicos se busca determinar la asociación entre la calidad de vida y las cuatro dimensiones de la condición física saludable (capacidad aeróbica, fuerza muscular, flexibilidad y composición corporal); todas las variables cualitativas están medidas en escala ordinal.

En razón de ello se realizó una contrastación de hipótesis con el estadístico de prueba **Chi cuadrado**, que permite conocer si dos variables cualitativas evaluadas en escala nominal u ordinal presentan una asociación estadística (53). En ese sentido, cada uno de los resultados y tablas serán acompañadas de su interpretación para su posterior discusión en el acápite correspondiente y para la formulación de las conclusiones y recomendaciones finales.

4.2. Prueba de hipótesis

4.2.1. Hipótesis general

Existe relación entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.2.1.1. Hipótesis estadística

a) H_0

No existe relación significativa entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

b) H_1

Sí existe relación significativa entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.2.1.2. Nivel de significancia

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

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0

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

Tabla 1. Prueba de relación entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15,309 ^a	4	0.004
Razón de verosimilitud	16.107	4	.003
Asociación lineal por lineal	12.367	1	.000
N de casos válidos	40		

Fuente: Matriz de datos

Conclusión

De los resultados que se aprecian en la tabla adjunta se presentan los estadísticos en cuanto a la relación entre las variables determinada por Chi cuadrado de Pearson 15.309 con 4 grados de libertad, y un p valor de 0.004 = 0.4 %, y un nivel de significancia del 0.05 %, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador, determinando que existe relación significativa entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.2.2. Hipótesis específica 1

Existe relación entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.2.2.1. Hipótesis estadística

a) H_0

No existe relación entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida.

b) H₁

Sí existe relación entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida.

4.2.2.2. Nivel de significancia

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

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H₀

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

Tabla 2. Prueba de relación entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	19,385 ^a	4	.001
Razón de verosimilitud	23.244	4	.000
Asociación lineal por lineal	16.348	1	.000
N de casos válidos	40		

Fuente: Matriz de datos

Conclusión

De los resultados que se aprecian en la tabla adjunta se presentan los estadísticos en cuanto a la relación entre las variables determinada por Chi cuadrado de Pearson 19.385 con 4 grados de libertad, y un valor p de 0.001 = 0.1 %, y un nivel de significancia del 0.05 %, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador, determinando que existe asociación significativa entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.2.3. Hipótesis específica 2

Existe relación entre la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.2.3.1. Hipótesis estadística

a) H_0

No existe relación significativa entre la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

b) H_1

Sí existe relación significativa entre la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.2.3.2. Nivel de significancia

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

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0

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

Tabla 3. Prueba de relación entre la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	22,867 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	23.373	4	.000
Asociación lineal por lineal	16.774	1	.000
N de casos válidos	40		

Fuente: Matriz de datos

Conclusión

De los resultados que se aprecian en la tabla adjunta se presentan los estadísticos en cuanto a la relación entre las variables determinada por Chi cuadrado de Pearson 23.373 con 4 grados de libertad, y un p valor de 0.000 = 0.0 %, y un nivel de significancia del 0.05 %, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la

hipótesis del investigador, determinando que existe relación significativa entre la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.2.4. Hipótesis específica 3

Existe relación entre la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.2.4.1. Hipótesis estadística

a) H_0

No existe relación significativa entre la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

b) H_1

Sí existe relación significativa entre la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.2.4.2. Nivel de significancia

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

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0

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

Tabla 4. Prueba de relación entre la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	20,454 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	20.245	4	.000
Asociación lineal por lineal	15.277	1	.000
N de casos válidos	40		

Fuente: Matriz de datos

Conclusión

De los resultados que se aprecian en la tabla adjunta se presentan los estadísticos en cuanto a la relación entre las variables determinada por Chi cuadrado de Pearson 20.454 con 4 grados de libertad, y un p valor de 0.000 = 0.0 %, y un nivel de significancia del 0.05 %, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador, determinando que existe relación significativa entre la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.2.5. Hipótesis específica 4

Existe relación entre la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.2.5.1. Hipótesis estadística

a) H₀

No existe relación significativa entre la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

b) H₁

Sí existe relación significativa entre la flexibilidad y la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.2.5.2. Nivel de significancia

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

Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H₀

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

Tabla 5. Prueba de relación entre la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	26,615 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	27.005	4	.000
Asociación lineal por lineal	17.993	1	.000
N de casos válidos	40		

Fuente: Matriz de datos

Conclusión

De los resultados que se aprecian en la tabla adjunta se presentan los estadísticos en cuanto a la relación entre las variables determinada por Chi cuadrado de Pearson 26.615 con 4 grados de libertad, y un p valor de 0.000 = 0.0 %, y un nivel de significancia del 0.05 %, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador, determinando que existe relación significativa entre la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

4.3. Discusión de resultados

El objetivo general del presente estudio fue determinar la relación que existe entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa. De acuerdo a los resultados obtenidos se demuestra dicha relación planteada entre ambas variables, con un resultado similar que se encontró en el trabajo de Herrera (4) en la tesis "*Relación entre la capacidad cardiovascular, potencia y fuerza muscular con la calidad de vida, en adultos mayores de 60 a 79 años de la comuna de Molina*", donde en su conclusión final manifiesta que existe buena percepción de calidad de vida y que es reflejada en la condición física y mental de los adultos mayores (4).

Así mismo, el primer objetivo fue determinar la relación que existe entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa. Según los resultados obtenidos concluye que en la capacidad aeróbica alta tiene parámetros muy bajos en relación con la calidad de vida, obteniendo la calidad de vida inadecuada su puntaje más bajo es de 0 %, regular en 0 % y buena en 7.5 %. Se debería reforzar esta dimensión, siendo la más importante. Estos resultados se relacionan también con Herrera (4) en la tesis "*Relación entre la capacidad cardiovascular, potencia y fuerza muscular con la calidad de vida, en adultos mayores de 60 a 79 años de la comuna de Molina*", que dice que la capacidad aeróbica debe ser entrenada en la población, ya que se asocia a mejores puntajes en la percepción de calidad de vida, tanto física como mental (4).

El siguiente objetivo es determinar la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa; concluyendo que una fuerza muscular mediana con una calidad de vida inadecuada en 2.5 %, regular en 32.5 % y buena en 12.5 %, es decir que las dimensiones de condición física, sobre

todo, en este caso de fuerza muscular está relacionado y va de la mano de la otra variable que es calidad de vida. Así como Nequiz et al. (8) en el artículo *“Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clínica universitaria”*, concluyendo que las dimensiones que conforman la calidad de vida dependen de la percepción de las necesidades de la persona, a mayor satisfacción de estas, será mejor su proceso de envejecimiento y por ende su calidad de vida será mejor (8).

Por otro lado, el siguiente objetivo mencionado es determinar la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa, concluyendo que una flexibilidad mediana con una calidad de vida inadecuada en 5 %, regular en 35 % y buena en 12.5 %, con resultados de mediana en condición física y regular en calidad de vida, hace hincapié a que se pueda crear estrategias para incrementar el trabajo de flexibilidad en el adulto mayor, así como Galán (6) en la tesis *“Condición física para la salud, motivos para la práctica de ejercicio físico, adherencia a la dieta mediterránea y calidad del sueño en adolescentes europeos”* que concluye en los resultados de dicha investigación que sirvió como punto de partida para desarrollar futuras intervenciones con el objetivo de mejorar las variables analizadas para un mejor estado de salud y calidad de vida de la población adolescente (6).

Finalmente, el objetivo mencionado es determinar la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa; concluyendo que una composición corporal mediana con una calidad de vida inadecuada en 10 %, regular en 42.5 % y buena en 7.5 %, mantiene buenos resultados, pero en general a las otras dimensiones se podría trabajar en su mejora y si hubiese otro personal para el apoyo del trabajo sería mucho mejor, como Mansilla (13) en la tesis *“Condición física y su relación con el sobrepeso y obesidad en adolescentes escolares de 12 a 14 años de la institución educativa secundaria gran*

unidad escolar San Carlos de Puno 2019” concluyendo con la pretensión que a partir de esta investigación permitir al docente tecnificar su desempeño profesional en función al avance de las tecnologías para el desarrollo físico que inducen construir conocimientos de alta significatividad en los alumnos para mejorar su condición física (13).

CONCLUSIONES

Primera

Se determinó una relación significativa, entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor del centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

Segunda

Existe relación significativa entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

Tercera

Existe relación significativa entre la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

Cuarta

Existe relación significativa entre la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

Quinta

Existe relación significativa entre la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

RECOMENDACIONES

Primera

Se recomienda realizar periódicamente diversas actividades de tipo lúdicas en donde se promueva la participación activa de los adultos mayores mediante tareas programadas de ejercicio o caminatas que mejoren la condición física general de estos adultos mayores, ya que ello, según el estudio, podría incidir en la mejora de su calidad de vida.

Segunda

Se recomienda implementar programas de ejercicios en los que se incluyan ejercicios aeróbicos, ello puede darse en la forma de caminatas complementadas con movimientos de brazos sin carga o con carga leve, dado que el entrenamiento cardiovascular mediante la realización de actividades que estimulen la capacidad aeróbica se relaciona con mejor percepción de la calidad de vida.

Tercera

Se recomienda diseñar programas específicos de fortalecimiento muscular progresivo para los adultos mayores, dado que muchas veces existe el temor de indicar ejercicios con carga a este grupo de pacientes, se recomienda, por ello, implementar programas de ejercicios en los que se incluye el fortalecimiento muscular, ello en un contexto seguro para los pacientes y dirigido y supervisado por un profesional en la dosificación de ejercicios como lo es un fisioterapeuta.

Cuarta

Se recomienda establecer rutinas diarias o interdiarias de estiramientos, que deben ser diligentemente explicados a los pacientes, ya que estos pueden efectuarse sin supervisión alguna en sus hogares, ello porque una percepción de flexibilidad tiene un correlato también en la autoimagen y percepción de funcionalidad por parte de los adultos mayores, el mantenerse flexibles es importante al momento de realizar ejercicios de fortalecimiento más complejos, ya que un estilo de vida sedentario tiende a disminuir la flexibilidad de las articulaciones del cuerpo, lo cual puede incidir negativamente en la disposición hacia el ejercicio de este grupo de pacientes.

Quinta

Se debe procurar intervenir en este grupo de pacientes en lo referido a su alimentación, por ello se recomienda que las autoridades, ya sean de la municipalidad o del centro de salud, incluyan en la evaluación regular de los adultos mayores también la asesoría con un nutricionista, ello porque la alimentación incide directamente en la composición corporal de los pacientes, debido a que la nutrición es un pilar fundamental a partir del cual se pueden indicar con mucho más confianza diversas rutinas de ejercicios, ello en el conocimiento de que se está frente a pacientes bien nutridos, este detalle se destaca en el estudio en donde aquellos pacientes con una composición corporal baja registraron los menores niveles de percepción de calidad de vida, por lo que la alimentación se constituye un elemento fundamental para cualquier intervención que busque mejorar el estado físico y calidad de vida de los adultos mayores.

LISTA DE REFERENCIAS

1. Luiz-Terra N, Cataldo-Neto A, Wetters-Portuguez M, Crippa A. Geriatria y gerontología clínica. EDIPUCRS; 2020. 1013 p.
2. Benardot D, Medicine AC of S. Manual Acsm de nutrición para ciencias del ejercicio. Lippincott Williams & Wilkins; 2019. 496 p.
3. Soler PA, Mañas LR. Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Elsevier Health Sciences; 2020. 1278 p.
4. Herrera S. Asociación entre la calidad de vida y la capacidad cardiovascular, potencia y fuerza muscular en adultos mayores de la comuna de Molina (tesis de maestría). Chile: Universidad Católica del Maule; 2018.
5. Celeiro TM. Galizzi MP. Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá (Tesis de pregrado). Argentina: Universidad Católica Argentina; 2019.
6. Galán López P. Condición física para la salud, motivos para la práctica de ejercicio físico, adherencia a la dieta mediterránea y calidad del sueño en adolescentes europeos (Tesis doctoral). España: Universidad de Sevilla; 2020.
7. Moreno Martínez GE. Olaya Alvarado YW. Programa de actividad física para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Pacho, Cundinamarca (Tesis pregrado). Colombia: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A; 2020.
8. Nequiz Jasso JM. Munguía Gómez A. Izquierdo Barrera EA, Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la Clínica Universitaria Reforma. Revista enf neurol (México) 2017; 16: (3) 167-175.
9. Carbajal Lázaro D. Calidad de vida en el adulto mayor del centro integral de La Molina (Tesis pregrado). Lima: Universidad Federico Villareal; 2019.

10. Parraga Huaroc YT. Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo (tesis pregrado). Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2017.
11. Velásquez Ledesma CH. Calidad de vida y estado de salud del adulto mayor centro del adulto mayor de la municipalidad provincial de Huancayo 2015 (Tesis doctoral). Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2017.
12. Contreras Cárdenas S. Chiclla Kari F. Condición física y su relación con el índice de masa corporal en los estudiantes del nivel secundaria de la institución educativa Industrial Abancay – 2011(Tesis pregrado). Abancay: Universidad Nacional Micaela Bastidas de Apurímac; 2011.
13. Mansilla Parí JJ. Condición física y su relación con el sobrepeso y obesidad en adolescentes escolares de 12 a 14 años de la institución educativa secundaria gran unidad escolar San Carlos de Puno 2019 (Tesis pregrado). Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2020.
14. Quiroga López G. Relación entre el nivel de actividad física, adiposidad corporal y condición física en los estudiantes de primer año de la escuela profesional de Ciencias de la Nutrición – UNSA, Arequipa 2017 (Tesis pregrado). Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018.
15. Guillen Vilca BM. Calidad de vida en adultos mayores de tercera y cuarta edad del centro del adulto mayor Zamácola-Essalud Arequipa - 2018 (Tesis pregrado). Arequipa: Universidad Católica Santa María; 2018.
16. Apaza Enríquez ML. Calidad de vida y práctica de hábitos saludables en feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015 (Tesis de maestría). Arequipa: Universidad Peruana Unión; 2015.

17. Escarcina Zegarra ACH. Dependencia del adulto mayor y calidad de vida del cuidador familiar Hospital III Yanahuara, Arequipa 2015 (Tesis pregrado). Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2015.
18. Justo Collacondo B. Quispe HE. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial microrred Edificadores Misti – Minsa Arequipa 2016 (Tesis pregrado). Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2016.
19. Gomes de Souza Vale R. Bases de entrenamiento deportivo para adultos mayores: procedimientos de evaluación. Midac, SL; 2018. 204 p.
20. Carral JMC. Juegos de motricidad para la tercera edad. Paidotribo; 2020. 482 p
21. ACSM AC of SM. Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio. Paidotribo; 2019. 527 p
22. Weineck J. Entrenamiento total. Paidotribo; 2019. 1313 p.
23. J. Zaragoza Casterad, E. Serrano Ostariz, E. Generelo Lanaspá. Dimensiones de la condición física saludable: evolución según edad y género. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 4 (2004), pp. 204-221
24. Rubio del Peral JA, Gracia Josa M^a S, Rubio del Peral JA, Gracia Josa M^a S. Ejercicios de resistencia en el tratamiento y prevención de la sarcopenia en ancianos. Revisión sistemática. Gerokomos. 2018;29(3):133-7
25. Martín-Aranda R. Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. Revista Habanera de Ciencias Médicas. octubre de 2018;17(5):813-25.

26. González EN, Gómez MS. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en ancianos con y sin envejecimiento exitoso. *European Journal of Health Research: (EJHR)*. 2017;3(1):75-89.
27. D'Hyver de las Deses C, D'Hyver de las Deses C. Valoración geriátrica integral. *Revista de la facultad de Medicina (México)*. junio de 2017; 60(3):38-54.
28. González SM. Manual básico de técnicos de aeróbic y fitness (Bicolor). Paidotribo; 2018. 333 p.
29. Cifu DX, Lew HL, Oh-Park M. Rehabilitación geriátrica. Elsevier Health Sciences; 2019. 244 p.
30. Williams PA RN Msn. Enfermería Geriátrica. Elsevier Health Sciences; 2020. 394 p
31. Callejas MIZ, Marín MEG, Ruiz GJS. Calidad de vida en la vejez.: Propuesta metodológica y teórica para su caracterización. Fondo Editorial FCSH; 2019. 335 p.
32. IDD Instituto de desarrollo comunitario, salud y calidad de vida. Universidad de Deusto; 2020. 146 p.
33. Cardero-Durán M. Eficacia de dos métodos de intervención en fisioterapia aplicados en sujetos del ámbito socio-sanitario [Internet] Universidad de Extremadura; 2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=56863>;
34. Alomoto Mera M, Calero Morales S, Vaca García MR. Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. marzo de 2018;37(1):47-56.
35. Giai, M. (2014). Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1). Pp. 67-76

36. Chalapud-Narváez LM, Escobar-Almario A, Chalapud-Narváez LM, Escobar-Almario A. Actividad física para mejorar fuerza y equilibrio en el adulto mayor. *Universidad y Salud*. marzo de 2017;19(1):94-101.
37. Álvarez Chaparro EJ, Alud Sora A. La actividad física y sus beneficios físicos como estrategia de inclusión social del adulto mayor. *The physical activity and its physical benefits as strategy for the social inclusion of elderly* [Internet]. enero de 2018; Disponible en: <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/7214>.
38. Cuenca-Lobera I. Efectos del ejercicio físico en el anciano con deterioro cognitivo y propuesta de un programa multidisciplinar en ancianos hospitalizados con deterioro cognitivo. 2019 [citado 5 de diciembre de 2021]; Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/35126>.
39. Busto-Rodríguez C. Eficacia del ejercicio acuático en la prevención de las caídas en los ancianos [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Universidad de La Coruña; 2017 [citado 5 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/19499>.
40. Baur R, Egeler R. Gimnasia, juego y deporte para mayores. Paidotribo; 2019. 367 p.
41. Delgado JFM, Delgado FJO, Carrascosa JH. El derecho al deporte en la tercera edad. Editorial Reus; 2020. 257 p.
42. Mesas-Esteso J. Consejos e ideas de actividad física para mayores. Editorial Pila Teleña; 2019. 304 p.
43. Hernández CMC, Núñez VP, Ponce RR, Pérez V de la CC, Frías JMG-M. La actividad física terapéutica y profiláctica en el adulto mayor. *MULTIMED*. 6 de marzo de 2018;22(1):178-91.

44. Barón-Cogollo E. Motivación del adulto mayor para la realización de actividades físicas. 26 de enero de 2021; Disponible en:
<https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/3987>.
45. Valdés-Badilla P, Ortega Spuler J, Guzmán-Muñoz E, Concha-Cisternas Y, Vargas R. Índices antropométricos y condición física en varones mayores físicamente activos: Estudio preliminar. Anthropometric indexes and physical fitness in physically active older males: preliminary study [Internet]. 2018; Disponible en:
<http://repositorio.ucm.cl/handle/ucm/repositorio.ucm.cl/handle/ucm/2071>.
46. Cabezas MM, Mites JCÁ, Aguilar PAG, Hernández JPC, Frómeta ER. Entrenamiento funcional y recreación en el adulto mayor: influencia en las capacidades y habilidades físicas. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas [Internet]. 30 de enero de 2019; 36(4). Disponible en:
<http://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/22>.
47. Matos Duarte M, Berlanga LA. Efectos del ejercicio sobre la flexibilidad en personas mayores de 65 años. Effects of exercise on flexibility in adults over 65 years old [Internet]. 2020 [citado 5 de diciembre de 2021]; Disponible en:
<http://ddfv.ufv.es/handle/10641/2146>.
48. Martínez MÁA, Montero PJR, Rodríguez EMA. Efectos de un programa de ejercicio físico multicomponente sobre la condición física, la autoestima, la ansiedad y la depresión de personas adultas-mayores. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. 2021;(39):1024-8.
49. Lepe-Martínez N, Cancino-Durán F, Tapia-Valdés F, Zambrano-Flores P, Muñoz-Veloso P, Gonzalez-San Martínez I, et al. Desempeño En Funciones Ejecutivas

- De Adultos Mayores: Relación Con Su Autonomía Y Calidad De Vida. Revista Ecuatoriana de Neurología. abril de 2020;29(1):92-103.
50. Pérez-Romero F, Orellana-Haro M. Nutrición clínica geriátrica. Editorial Digital del Tecnológico de Monterrey; 2020. 439 p
51. Paladines-Zapata NC. La composición corporal mediante la bioimpedancia y su relación con la calidad de vida en adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo II en la ciudad de Guayaquil. 28 de febrero de 2020; Disponible en:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/14084>
52. Sampieri RH. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Interamericana; 2018. 753 p.
53. Paz G. Metodología de la Investigación. Grupo Editorial Patria; 2017. 157 p.

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 6. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor final	Escala de medición
Condición física saludable	Se define a la condición física saludable como un estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas llevar a cabo las tareas habituales de la vida diaria, disfrutar del tiempo de ocio activo y afrontar las posibles emergencias imprevistas sin una fatiga excesiva, a la vez que ayuda a evitar enfermedades y a desarrollar el	La variable condición física saludable se medirá a través de 4 dimensiones, aplicando un cuestionario de 16 ítems, donde se consideraron los indicadores.	Resistencia aeróbica	Indicador 1: Realiza caminatas de 20 a 30 minutos diarios. Indicador 2: Anda en bicicleta (bicicleta tradicional o estacionaria) Indicador 3: Sube y baja escaleras sin dificultad. Indicador 4: Realiza carreras suaves entre 15 a 20 minutos.	Baja	Ordinal
			Fuerza muscular	Indicador 1: Cuando realiza compras, carga bolsas pesadas con facilidad Indicador 2: Realiza limpieza en su casa (barrer, trapear) con facilidad. Indicador 3: Se sienta y para de una silla con facilidad Indicador 4: Realiza con facilidad actividades como (lavar ropa , tender la ropa)	Mediana	
			Flexibilidad	Indicador 1: Realiza estiramientos de todo su cuerpo antes de levantarse de la cama. Indicador 2: Puede ponerse y quitarse su ropa con facilidad. Indicador 3: Puede peinarse con facilidad Indicador 4: Realiza alguna actividad física como (danza, aeróbicos, yoga, taichí, natación)	Alta	

Calidad de vida	máximo de capacidad intelectual experimentando plenamente la alegría de vivir (2).		Composición corporal	Indicador 1: Lleva un control sobre su presión arterial Indicador 2: Lleva un control sobre su peso Indicador 3: Realiza una dieta balanceada para su edad Indicador 4: Siente que esta subida o baja de peso.		
	Se define a la calidad de vida como la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal (3).	La variable calidad de vida se medirá a través de 4 dimensiones, aplicando un cuestionario de 16 ítems, donde se consideraron los indicadores.	Bienestar emocional	Indicador 1: Se siente feliz con su vida. Indicador 2: Tiene energía para realizar sus actividades diarias. Indicador 3: Tiene actitud positiva con su vida futura. Indicador 4: Actualmente se siente en paz y tranquilidad con su vida.		Inadecuada
			Bienestar físico	Indicador 1: Sientes interés por realizar alguna actividad física. Indicador 2: Siente dolores en alguna zona de su cuerpo Indicador 3: Acude a chequeos médicos Indicador 4: Se siente una persona saludable	Regular	Ordinal
			Relaciones interpersonales	Indicador 1: Se relaciona con facilidad con otras personas. Indicador 2: Asiste a reuniones y/o fiestas Indicador 3: Disfruta estar en compañía de su familia Indicador 4: Se siente satisfecho con las personas de su entorno.	Buena	

Bienestar material	Indicador 1: Se siente satisfecho en el lugar donde vive. Indicador 2: Tiene ayuda económica de sus familiares. Indicador 3: Se siente satisfecho con los servicios que tiene en casa. Indicador 4: Se siente satisfecho con el aporte económico que realiza a su casa.
-----------------------	--

Anexo 2

Tabla 7. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación que existe entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación significativa entre la condición física saludable y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.</p>	<p>Variable 1 (V1)</p> <p>Condición física saludable Capacidad aeróbica Fuerza muscular Flexibilidad Composición corporal</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la relación que existe entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación significativa entre la capacidad aeróbica y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.</p> <p>Existe relación significativa entre la fuerza muscular y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.</p> <p>Existe relación significativa entre la flexibilidad y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.</p> <p>Existe relación significativa entre la composición corporal y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.</p>	<p>Variable 2 (V2)</p> <p>Calidad de vida Bienestar emocional Bienestar físico Relaciones interpersonales Bienestar material</p>

Anexo 3

Instrumentos de recolección de datos

Condición física saludable y calidad de vida en el adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

Estimado participante:

El presente documento tiene por finalidad recolectar datos con respecto a las condiciones que se tiene respecto a la condición física saludable y calidad de vida en el adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa, por lo que se solicita emitir su respuesta de acuerdo a lo que usted realiza y cómo se siente con respecto a su salud y su actividad física diaria.

Marca con una (X) una de las alternativas propuestas

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

N.º	Ítems	1	2	3	4	5	Total
	V1: Condición física saludable D1: Capacidad aeróbica						
1	Realiza caminatas de 20 a 30 minutos diarios.						
2	Anda en bicicleta (bicicleta tradicional o estacionaria)						
3	Sube y baja escaleras sin dificultad.						
4	Realiza carreras suaves entre 15 a 20 minutos.						
	V1: Condición física saludable D2: Fuerza muscular						
5	Cuando realiza compras, carga bolsas pesadas con facilidad.						
6	Realiza limpieza en su casa (barrer, trapear) con facilidad.						
7	Se sienta y para de una silla con facilidad						
8	Realiza con facilidad actividades como (lavar ropa , tender la ropa)						
	V1: Condición física saludable D3: Flexibilidad						
9	Realiza estiramientos de todo su cuerpo antes de levantarse de la cama.						
10	Puede ponerse y quitarse su ropa con facilidad						
11	Puede peinarse con facilidad						
12	Realiza alguna actividad física como (danza, aeróbicos, yoga, taichí, natación)						

	V1: Condición física saludable D4: Composición corporal						
13	Lleva un control sobre su presión arterial						
14	Lleva un control sobre su peso						
15	Realiza una dieta balanceada para su edad						
16	Siente que esta subida o baja de peso						
	V2: Calidad de vida D1: Bienestar emocional						
17	Se siente feliz con su vida						
18	Tiene energía para realizar sus actividades diarias						
19	Tiene actitud positiva con su vida futura						
20	Actualmente se siente en paz y tranquilidad con su vida.						
	V2: Calidad de vida D2: Bienestar físico						
21	Sientes interés por realizar alguna actividad física						
22	Siente dolores en alguna zona de su cuerpo						
23	Acude a chequeos médicos						
24	Se siente una persona saludable						
	V2: Calidad de vida D3: Relaciones interpersonales						
25	Se relaciona con facilidad con otras personas						
26	Asiste a reuniones y/o fiestas						
27	Disfruta estar en compañía de su familia						
28	Se siente satisfecho con las personas de su entorno						
	V2: Calidad de vida D4: bienestar material						
29	Se siente satisfecho en el lugar donde vive						
30	Tiene ayuda económica de sus familiares.						
31	Se siente satisfecho con los servicios que tiene en casa.						
32	Se siente satisfecho con el aporte económico que realiza a su casa.						

Anexo 4

Interpretación del instrumento

Condición física saludable

Categorización	Puntaje
Baja	0 - 37 puntos
Mediana	38 - 59 puntos
Alta	60 - 80 puntos

Calidad de vida

Categorización	Puntaje
Inadecuada	0 - 37 puntos
Regular	38- 59 puntos
Buena	60- 80 puntos

Anexo 5

Ficha de validación de jueces expertos

Validación de juez experto 1

ESCALA DE APRECIACIÓN DE JUEZ EXPERTO:

Condición física saludable y calidad de vida en el adulto mayor en el Centro de Salud 15 de Agosto, Arequipa.

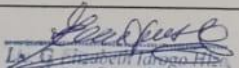
Sírvase contestar marcando con una X en la casilla que considere conveniente, pudiendo así mismo de considerar necesario incluir alguna sugerencia.

N°	Indicadores de evaluación del instrumento	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Si	No	Sugerencia
1	Claridad	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión. Su sintáctica y semántica son adecuadas.	X		
2	Objetividad	Están expresados en conductas observables y medibles.	X		
3	Consistencia	Están basados en aspectos teóricos y científicos.	X		
4	Coherencia	Existe relación lógica de los ítems con los índices, indicadores y dimensiones.	X		
5	Pertinencia	El instrumento es funcional para el propósito de la investigación.	X		
6	Suficiencia	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems para obtener la medición de la variable.	X		
7	Actualidad	Está de acorde al avance de la ciencia y tecnología.	X		
8	Metodología	La estructura sigue un orden lógico.	X		

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Aportes o sugerencias para mejorar el instrumento: Corregir ese término para que se ajuste a la realidad de la población, objeto de estudio

Nombres y Apellidos	GLORIA ELIZABETH IDROGO HIZO
Grado (s) Académico (s) - Universidad	(Maestro, Doctor) MAGISTER EN MEDICINA BIENERGÉTICA
Profesión	Tecnólogo Médico – (especialidad) TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACION


 CTSP 4837
 Hospital III - Yca - 2022
 Firma - DNI 40097872

Validación de juez experto 2

ESCALA DE APRECIACIÓN DE JUEZ EXPERTO:

Condición física saludable y calidad de vida en el adulto mayor en el Centro de Salud 15 de Agosto, Arequipa.

Sírvase contestar marcando con una X en la casilla que considere conveniente, pudiendo así mismo de considerar necesario incluir alguna sugerencia.

Nº	Indicadores de evaluación del instrumento	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Si	No	Sugerencia
1	Claridad	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión. Su sintáctica y semántica son adecuadas.	X		
2	Objetividad	Están expresados en conductas observables y medibles.	X		
3	Consistencia	Están basados en aspectos teóricos y científicos.	X		
4	Coherencia	Existe relación lógica de los ítems con los índices, indicadores y dimensiones.	X		
5	Pertinencia	El instrumento es funcional para el propósito de la investigación.	X		
6	Suficiencia	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems para obtener la medición de la variable.	X		
7	Actualidad	Está de acorde al avance de la ciencia y tecnología.	X		
8	Metodología	La estructura sigue un orden lógico.	X		

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

Aportes o sugerencias para mejorar el instrumento: Corregir ese término para que se ajuste a la realidad de la población, objeto de estudio

Nombres y Apellidos	Walter Dennis Torres Zúñiga
Grado (s) Académico (s) - Universidad	(Maestro, Doctor) Hospital en Salud Pública Universidad Nacional de San Agustín
Profesión	Tecnólogo Médico - (especialidad)


 Lic. Walter Dennis Torres Zúñiga
 Tecnólogo Médico
 C.T.M.P. 8684
 Arequipa - DNI 40575486

Validación de juez experto 3

Condición física saludable y calidad de vida en el adulto mayor en el centro de salud
15 de Agosto, Arequipa.

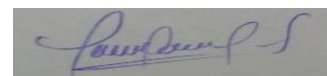
Sírvase contestar marcando con una X en la casilla que considere conveniente,
pudiendo así mismo de considerar necesario incluir alguna sugerencia.

N.º	Indicadores de evaluación del instrumento	Criterios Sobre los ítems del instrumento	Si	No	Sugerencia
1	Claridad	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión. Su sintáctica y semántica son adecuadas.	X		
2	Objetividad	Están expresados en conductas observables y medibles.	X		
3	Consistencia	Están basados en aspectos teóricos y científicos.	X		
4	Coherencia	Existe relación lógica de los ítems con los índices, indicadores y dimensiones.	X		
5	Pertinencia	El instrumento es funcional para el propósito de la investigación.	X		
6	Suficiencia	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems para obtener la medición de la variable.	X		
7	Actualidad	Está de acorde al avance de la ciencia y tecnología.	X		
8	Metodología	La estructura sigue un orden lógico.	X		

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

Aportes o sugerencias para mejorar el instrumento: Corregir ese término para que se ajuste a la realidad de la población, objeto de estudio

Nombres y Apellidos	Aníbal Gustavo Yllesca Ramos
Grado Académico	Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud –
Universidad	Universidad César Vallejo
Profesión	Tecnólogo Médico – Terapia Física y Rehabilitación



DNI: 09372868

Anexo 6

Estadísticos de confiabilidad del instrumento

Prueba de confiabilidad

1. Prueba de Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	N de elementos
.933	16

2. Decisión: al determinar el valor de Alfa de Cronbach, de 0.933, se puede determinar que el instrumento de recolección de datos en la variable “condición física saludable” es altamente confiable.

3. Anexos: pruebas de correlación

		Correlaciones																
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014	VAR00015	VAR00016	total
VAR00001	Correlación de Pearson	1	-.014	.903**	.610	.594	.667*	.615	.733*	.282	.653*	.626	.287	.098	.343	.223	.615	.735*
	Sig. (bilateral)		.969	.000	.061	.070	.035	.059	.016	.430	.041	.053	.421	.788	.332	.536	.059	.016
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00002	Correlación de Pearson	-.014	1	-.050	-.116	.180	-.251	-.264	-.320	-.097	-.128	-.075	.123	-.168	-.028	.096	-.132	-.052
	Sig. (bilateral)	.969		.891	.749	.619	.485	.461	.368	.790	.725	.837	.734	.642	.939	.793	.716	.886
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00003	Correlación de Pearson	.903**	-.050	1	.597	.759*	.790**	.744*	.752*	.497	.772**	.795**	.127	.345	.345	.376	.541	.824**

	Sig. (bilateral)	.000	.891		.069	.011	.007	.014	.012	.144	.009	.006	.727	.329	.329	.284	.106	.003
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00004	Correlación de Pearson	.610	-.116	.597	1	.286	.513	.630	.628	.277	.745 [*]	.716 [*]	.589	0.000	.669 [*]	.456	.882 ^{**}	.763 [*]
	Sig. (bilateral)	.061	.749	.069		.423	.129	.051	.052	.438	.013	.020	.073	1.000	.034	.185	.001	.010
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00005	Correlación de Pearson	.594	.180	.759 [*]	.286	1	.646 [*]	.757 [*]	.724 [*]	.715 [*]	.570	.677 [*]	.101	.598	.368	.444	.325	.759 [*]
	Sig. (bilateral)	.070	.619	.011	.423		.044	.011	.018	.020	.085	.032	.781	.068	.296	.198	.360	.011
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00006	Correlación de Pearson	.667 [*]	-.251	.790 ^{**}	.513	.646 [*]	1	.582	.663 [*]	.427	.480	.496	-.181	.082	.082	-.047	.582	.569
	Sig. (bilateral)	.035	.485	.007	.129	.044		.078	.037	.219	.161	.145	.616	.821	.821	.898	.078	.086
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00007	Correlación de Pearson	.615	-.264	.744 [*]	.630	.757 [*]	.582	1	.916 ^{**}	.629	.845 ^{**}	.880 ^{**}	.468	.607	.759 [*]	.690 [*]	.500	.931 ^{**}
	Sig. (bilateral)	.059	.461	.014	.051	.011	.078		.000	.051	.002	.001	.173	.063	.011	.027	.141	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00008	Correlación de Pearson	.733 [*]	-.320	.752 [*]	.628	.724 [*]	.663 [*]	.916 ^{**}	1	.672 [*]	.799 ^{**}	.790 ^{**}	.476	.476	.584	.467	.610	.894 ^{**}
	Sig. (bilateral)	.016	.368	.012	.052	.018	.037	.000		.033	.006	.007	.164	.165	.076	.174	.061	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00009	Correlación de Pearson	.282	-.097	.497	.277	.715 [*]	.427	.629	.672 [*]	1	.620	.695 [*]	.196	.780 ^{**}	.223	.506	.314	.678 [*]
	Sig. (bilateral)	.430	.790	.144	.438	.020	.219	.051	.033		.056	.026	.587	.008	.536	.135	.376	.031
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00010	Correlación de Pearson	.653 [*]	-.128	.772 ^{**}	.745 [*]	.570	.480	.845 ^{**}	.799 ^{**}	.620	1	.975 ^{**}	.575	.474	.637 [*]	.705 [*]	.538	.924 ^{**}
	Sig. (bilateral)	.041	.725	.009	.013	.085	.161	.002	.006	.056		.000	.082	.167	.048	.023	.109	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00011	Correlación de Pearson	.626	-.075	.795 ^{**}	.716 [*]	.677 [*]	.496	.880 ^{**}	.790 ^{**}	.695 [*]	.975 ^{**}	1	.506	.590	.661 [*]	.768 ^{**}	.541	.954 ^{**}
	Sig. (bilateral)	.053	.837	.006	.020	.032	.145	.001	.007	.026	.000		.135	.073	.037	.009	.106	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00012	Correlación de Pearson	.287	.123	.127	.589	.101	-.181	.468	.476	.196	.575	.506	1	.142	.781 ^{**}	.645 [*]	.401	.572

	Sig. (bilateral)	.421	.734	.727	.073	.781	.616	.173	.164	.587	.082	.135		.696	.008	.044	.251	.084
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00013	Correlación de Pearson	.098	-.168	.345	0.000	.598	.082	.607	.476	.780**	.474	.590	.142	1	.355	.715*	-.076	.539
	Sig. (bilateral)	.788	.642	.329	1.000	.068	.821	.063	.165	.008	.167	.073	.696		.314	.020	.835	.108
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00014	Correlación de Pearson	.343	-.028	.345	.669*	.368	.082	.759*	.584	.223	.637*	.661*	.781**	.355	1	.807**	.455	.733*
	Sig. (bilateral)	.332	.939	.329	.034	.296	.821	.011	.076	.536	.048	.037	.008	.314		.005	.186	.016
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00015	Correlación de Pearson	.223	.096	.376	.456	.444	-.047	.690*	.467	.506	.705*	.768**	.645*	.715*	.807**	1	.173	.726*
	Sig. (bilateral)	.536	.793	.284	.185	.198	.898	.027	.174	.135	.023	.009	.044	.020	.005		.634	.018
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00016	Correlación de Pearson	.615	-.132	.541	.882**	.325	.582	.500	.610	.314	.538	.541	.401	-.076	.455	.173	1	.647*
	Sig. (bilateral)	.059	.716	.106	.001	.360	.078	.141	.061	.376	.109	.106	.251	.835	.186	.634		.043
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
total	Correlación de Pearson	.735*	-.052	.824**	.763*	.759*	.569	.931**	.894**	.678*	.924**	.954**	.572	.539	.733*	.726*	.647*	1
	Sig. (bilateral)	.016	.886	.003	.010	.011	.086	.000	.000	.031	.000	.000	.084	.108	.016	.018	.043	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).																		
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).																		

1. Prueba de Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.959	16

2. Decisión: Al determinar el valor de Alfa de Cronbach, de 0.959, se puede determinar que el instrumento de recolección de datos en la variable “calidad de vida”, es altamente confiable.

3. Anexos: pruebas de correlación

		Correlaciones																
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014	VAR00015	VAR00016	total
VAR00001	Correlación de Pearson	1	,957**	,947**	,957**	.054	.542	.606	,870**	,695*	,723*	,651*	.571	.604	.430	.584	,933**	,863**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.882	.105	.063	.001	.026	.018	.041	.084	.064	.215	.076	.000	.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00002	Correlación de Pearson	,957**	1	,920**	1,000**	.117	,686*	.548	,812**	,722*	,784**	.605	.526	.564	.397	.564	,916**	,855**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	0.000	.747	.028	.101	.004	.018	.007	.064	.118	.089	.256	.090	.000	.002
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00003	Correlación de Pearson	,947**	,920**	1	,920**	.195	.600	.488	,846**	.594	.582	.543	.460	.486	.327	.451	,858**	,785**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000	.588	.067	.153	.002	.070	.078	.105	.181	.154	.357	.191	.001	.007
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00004	Correlación de Pearson	,957**	1,000**	,920**	1	.117	,686*	.548	,812**	,722*	,784**	.605	.526	.564	.397	.564	,916**	,855**

	Sig. (bilateral)	.000	0.000	.000		.747	.028	.101	.004	.018	.007	.064	.118	.089	.256	.090	.000	.002
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00005	Correlación de Pearson	.054	.117	.195	.117	1	.348	.445	.080	.127	.232	.222	.315	-.037	-.237	.018	.220	.235
	Sig. (bilateral)	.882	.747	.588	.747		.324	.198	.827	.726	.519	.538	.376	.919	.511	.961	.541	.514
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00006	Correlación de Pearson	.542	.686 [*]	.600	.686 [*]	.348	1	.280	.468	.480	.667 [*]	.300	.287	.325	.044	.180	.573	.540
	Sig. (bilateral)	.105	.028	.067	.028	.324		.434	.173	.160	.035	.399	.421	.360	.904	.620	.083	.107
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00007	Correlación de Pearson	.606	.548	.488	.548	.445	.280	1	.598	.716 [*]	.745 [*]	.767 ^{**}	.857 ^{**}	.623	.394	.703 [*]	.733 [*]	.796 ^{**}
	Sig. (bilateral)	.063	.101	.153	.101	.198	.434		.068	.020	.013	.010	.002	.054	.260	.023	.016	.006
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00008	Correlación de Pearson	.870 ^{**}	.812 ^{**}	.846 ^{**}	.812 ^{**}	.080	.468	.598	1	.599	.535	.527	.486	.571	.329	.504	.788 ^{**}	.759 [*]
	Sig. (bilateral)	.001	.004	.002	.004	.827	.173	.068		.067	.111	.117	.154	.085	.353	.137	.007	.011
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00009	Correlación de Pearson	.695 [*]	.722 [*]	.594	.722 [*]	.127	.480	.716 [*]	.599	1	.721 [*]	.934 ^{**}	.905 ^{**}	.937 ^{**}	.832 ^{**}	.949 ^{**}	.866 ^{**}	.947 ^{**}
	Sig. (bilateral)	.026	.018	.070	.018	.726	.160	.020	.067		.019	.000	.000	.000	.003	.000	.001	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00010	Correlación de Pearson	.723 [*]	.784 ^{**}	.582	.784 ^{**}	.232	.667 [*]	.745 [*]	.535	.721 [*]	1	.629	.670 [*]	.526	.323	.569	.792 ^{**}	.786 ^{**}
	Sig. (bilateral)	.018	.007	.078	.007	.519	.035	.013	.111	.019		.051	.034	.118	.363	.086	.006	.007
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00011	Correlación de Pearson	.651 [*]	.605	.543	.605	.222	.300	.767 ^{**}	.527	.934 ^{**}	.629	1	.969 ^{**}	.924 ^{**}	.815 ^{**}	.939 ^{**}	.857 ^{**}	.919 ^{**}
	Sig. (bilateral)	.041	.064	.105	.064	.538	.399	.010	.117	.000	.051		.000	.000	.004	.000	.002	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00012	Correlación de Pearson	.571	.526	.460	.526	.315	.287	.857 ^{**}	.486	.905 ^{**}	.670 [*]	.969 ^{**}	1	.872 ^{**}	.751 [*]	.912 ^{**}	.793 ^{**}	.884 ^{**}
	Sig. (bilateral)	.084	.118	.181	.118	.376	.421	.002	.154	.000	.034	.000		.001	.012	.000	.006	.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00013	Correlación de Pearson	.604	.564	.486	.564	-.037	.325	.623	.571	.937 ^{**}	.526	.924 ^{**}	.872 ^{**}	1	.883 ^{**}	.934 ^{**}	.776 ^{**}	.861 ^{**}

	Sig. (bilateral)	.064	.089	.154	.089	.919	.360	.054	.085	.000	.118	.000	.001		.001	.000	.008	.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00014	Correlación de Pearson	.430	.397	.327	.397	-.237	.044	.394	.329	,832**	.323	,815**	,751*	,883**	1	,917**	.584	,693*
	Sig. (bilateral)	.215	.256	.357	.256	.511	.904	.260	.353	.003	.363	.004	.012	.001		.000	.076	.026
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00015	Correlación de Pearson	.584	.564	.451	.564	.018	.180	,703*	.504	,949**	.569	,939**	,912**	,934**	,917**	1	,765**	,869**
	Sig. (bilateral)	.076	.090	.191	.090	.961	.620	.023	.137	.000	.086	.000	.000	.000	.000		.010	.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
VAR00016	Correlación de Pearson	,933**	,916**	,858**	,916**	.220	.573	,733*	,788**	,866**	,792**	,857**	,793**	,776**	.584	,765**	1	,973**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.001	.000	.541	.083	.016	.007	.001	.006	.002	.006	.008	.076	.010		.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
total	Correlación de Pearson	,863**	,855**	,785**	,855**	.235	.540	,796**	,759*	,947**	,786**	,919**	,884**	,861**	,693*	,869**	,973**	1
	Sig. (bilateral)	.001	.002	.007	.002	.514	.107	.006	.011	.000	.007	.000	.001	.001	.026	.001	.000	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).																		
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).																		

Anexo 7

Carta de aceptación de la institución para ejecutar la investigación

“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES”
“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”

MEMORANDO N° 1740-2021-GRA/GRS/GR-RSAC-D. **CARGO**

PARA : Dr. Walter Isidoro Vera Delgado
Jefe de la Micro Red de Salud 15 de Agosto
Red de Salud Arequipa Caylloma

ASUNTO : Solicito brindar facilidades.

FECHA : Arequipa, 2021 noviembre 23.

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
REGISTRO DE SALUD
TRA
27 NOV 2021
Hora: 12:01
Firma: [Firma]

Por medio del presente expreso mi saludo y en atención al documento cursado por la Universidad Continental sede Arequipa adjunto al presente en original, procedo a presentar al estudiante **CASTILLO POLO JASERIN**, quien aplicará una encuesta de “CONDICIÓN FÍSICA SALUDABLE Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA”; por tal motivo, solicito se sirva brindar las facilidades del caso.

Sin otro en particular, me despido de usted.

Atentamente,
[Firma]
27/11/21

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
DIRECCIÓN
Dr. MIGUEL ÁNGEL YUCRA MAQUE
C.M.P. 42664
DIRECTOR EJECUTIVO

MAYMyef
Con copia CC: Archivo Dirección Ejecutiva
SE ADJUNTA: Documento original 4173941 en cinco (05) folios.
SIGEDO Reg. Documento: 4177966 en un (01) folio
SIGEDO Reg. Expediente: 2707575
TOTAL FOLIOS: SEIS (06)

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600
interior N° 424
Teléfono : 054-200823 - 206777 - 202279
Página web: www.redperiferica.aqp.gob.pe
Correo electrónico TRÁMITE DOCUMENTARIO: tramitedocumentariosac@saludarequipa.gob.pe
Correo electrónico RSAC: redaqpcaylloma@saludarequipa.gob.pe

AREQUIPA SOMOS TODOS

NOV 2021
132

NO

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
SECRETARÍA DE DIRECCIÓN
22 NOV 2021
Doc: 417394 Exp: 2702575
Folios: 05 Hora: 10:55 Firma: [Signature]

OFICIO N°057-2021-EAP-TM-FCS-UC

DR:
MIGUEL ANGEL YUCRA MAQUE
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SALUD AREQUIPA

PRESENTE:

ASUNTO : SOLICITO AUTORIZACIÓN

DIRECCIÓN
PASE A: [Signature]
PARA: Se Autoriza Aplicación de Encuesta en el Centro Documental
Fecha: 22/11/21 Firma: [Signature]
23 NOV 2021

De mi mayor aprecio:

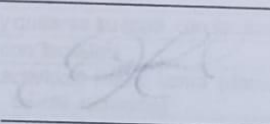
Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de hacerle llegar el cordial saludo de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Continental y a la vez solicitar a su despacho la autorización y facilidades para que nuestro estudiante de la Especialidad de Terapia Física y Rehabilitación pueda aplicar una encuesta de condición física saludable y calidad de vida para el adulto mayor del Centro de Salud 15 de Agosto, Arequipa y poder desarrollar la tesis titulada: "CONDICION FISICA SALUDABLE Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO, AREQUIPA".

Se presenta al estudiante:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	DNI
1	CASTILLO POLO JASERIN	75716587

Sin otro en particular me suscribo de usted.

Atentamente,


Miguel Cerrón Siuce
Director
E.A.P. Tecnología Médica
Universidad Continental

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
TRAMITE DOCUMENTARIO
22 NOV 2021
Doc: 417394 Exp: 2702575
Folios: 05 Hora: 10:55 Firma: [Signature]

C.c. Archivo

Arequipa
Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo
Av. San Carlos 898D
(084) 481 430

Cusco
Urb. Manuel Prado - Lota B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Argostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Sayta
(084) 480 070

Lima
Av. Alfredo Mendiría 520, Los Olivos
(01) 2132760

Anexo 8

Consentimiento informado

Yo _____ identificado con DNI N.º _____ autorizo a la investigadora Jaserin Castillo Polo a realizar la encuesta a mi persona. Me han informado acerca del estudio que se está realizando y su duración. Se informó que se realizará una encuesta para determinar la relación que existe entre la condición física saludable y la calidad de vida en el adulto mayor en el centro de salud 15 de Agosto, Arequipa.

He comprendido las explicaciones que se me dio en el lenguaje claro y sencillo, también se me otorgo la posibilidad de hacer todas las observaciones del caso, dando aclaración a toda duda presente. Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi autorización para que se realice este procedimiento.

Arequipa _____

Firma del apoderado

Firma del investigador

Anexo 9

Fotos de evidencia de la investigación



Centro de salud 15 de Agosto, Arequipa



Centro de salud 15 de Agosto, Arequipa



Realización de encuesta



Realización de encuesta



Realización de encuesta



Realización de encuesta