

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONDICIÓN FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES DEL CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN,
BAMBAMARCA – 2025**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS:

Bach. Enf. ERIKA YAQUELINY BARBOZA TAFUR

Bach. Enf. FLOR MALAGA RODRÍGUEZ AGUILAR

ASESORA:

Dra. NELY ESPERANZA MUNDACA CONSTANTINO

CHOTA – PERÚ

2026



“AÑO DE LA ESPERANZA Y FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA”

CONSTANCIA N° 01-2026- MCNE

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD Y USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

El que suscribe, en calidad de asesor de tesis, deja constancia que el informe final de tesis titulado: “Condición física y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025”, Elaborado por: Erika Yaqueliny Barboza Tafur y Flor Málaga Rodríguez Aguilar, Bachilleres en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, fue sometido a la evaluación mediante el **software de similitud**, considerando el contenido comprendido desde el resumen hasta las referencias bibliográficas.

El resultado obtenido es:

Porcentaje de similitud	Porcentaje de uso de Inteligencia Artificial	Criterio de originalidad
4%	*%	<i>Si cumple</i>
Literal e) del artículo 27 del Reglamento de Grados y Títulos , aprobado mediante Resolución de Comisión Organizadora N.º 770-2025-UNACH .		

Se adjunta el reporte de evaluación de originalidad emitido por el software de similitud.

Chota, 18 de setiembre de 2026

MUNDACA CONSTANTINO NELY ESPERANZA
Asesora



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación



Acta de sustentación Informe final de tesis

El jurado evaluador designado con RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 010-2026-UNACH :

Nombres y apellidos	Cargo
Dr. José Ander Asenjo Alarcón	Presidente
Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado	Secretario
Dr. José Uberli Herrera Ortiz	Vocal

De la tesis titulada:

Condición física y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025

Que ha sustentado el (los) Bachiller (es):

Nombres y apellidos	DNI
Erika Yaquelin Y Barboza Tafur	74862748
Flor Malaga Rodríguez Aguilar	48395359

Para obtene el titulo profesional de:

Licenciado(a) en Enfermería

Acuerdan por:

☒	Unanimidad
☐	Mayoría

☒	Aprobar
☐	Desaprobar

Otorgando la calificación de:

☒	Aprobado
☐	Excelente
☐	Bueno
☒	Regular

☐	Desaprobado
--------------------------	-------------

Colpa Matara, 30 de setiembre de 2026

Dr. José Ander Asenjo Alarcón
Presidente

Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado
Secretario

Dr. José Uberli Herrera Ortiz
Vocal

Dra. Nely Esperanza Mundaca Constantino
Asesor



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a Dios, quien ha guiado nuestro camino y nos brindó la fortaleza necesaria para afrontar cada desafío durante este proceso.

A nuestros docentes de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, que laboran en la Facultad de Ciencias de la Salud, por impartir con mucho entusiasmo sus conocimientos de calidad que nos han permitido crecer en el aspecto personal y profesional.

A nuestros padres, por el apoyo incondicional que nos han brindado durante este proceso de culminación de nuestra formación universitaria.

También, a nuestra asesora, la Dra. Nely Esperanza Mundaca Constantino, por guiarnos con paciencia y dedicación en este proceso.

Al personal de salud del Centro de Salud Virgen del Carmen – Bambamarca, por brindarnos el acceso para aplicar los instrumentos de recolección de datos.

Asimismo, a los adultos mayores que participaron voluntariamente en esta investigación y facilitaron la recolección de datos.

Finalmente, a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron al desarrollo de esta investigación.

A:

Nuestros padres, quienes han sido siempre nuestro apoyo incondicional en la parte moral y económica.

Nuestros hijos, gracias por ser nuestra inspiración y motivación constante en este camino.

Nuestros hermanos, por estar siempre presentes, brindándonos su apoyo y respaldo incondicional. Este logro es tanto nuestro como suyo; sin ellos no habría sido posible alcanzar el anhelo de ser profesionales.

Flor y Erika

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	Pág. viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	5
MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Bases conceptuales	7
2.3. Definición de términos básicos	19
CAPÍTULO III	20
MARCO METODOLÓGICO	20
3.1. Ámbito de estudio	20
3.2. Diseño de investigación	21
3.3. Población, muestra y unidad de estudio	21
3.4. Operacionalización de las variables	23
3.5. Descripción de la metodología	24
3.6. Procesamiento y análisis de datos	28
CAPÍTULO IV	30
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
4.1. Características sociodemográficas de los adultos mayores que se atendieron en el Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca-2025	30
4.2. Condición física de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca - 2025	34
4.3. Nivel de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca - 2025	38
4.4. Relación entre condición física y calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca -2025	42
CAPÍTULO V	45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	64

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025	30
Tabla 2. Condición física de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025	34
Tabla 3. Nivel de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025	38
Tabla 4. Relación entre condición física y calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025	42

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AM	: Adultos mayores
CCI	: Coeficiente de correlación intraclase
CEPAL	: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CF	: Condición física
CV	: Calidad de vida
ENT	: Enfermedades no transmisibles
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPRESS	: Institución Prestadora de Servicios de Salud
MINSA	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
RIS	: Red Integrada de Salud
SFT	: Batería Senior Fitness Test
WHOQOL-BREF	: World Health Organization Quality of Life – Brief

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre condición física y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025. Tuvo enfoque cuantitativo, alcance correlacional y diseño no experimental de corte transversal; participaron 116 adultos mayores. Para la recolección de información se emplearon la batería Senior Fitness Test (SFT) y el cuestionario World Health Organization Quality of Life – Brief (WHOQOL-BREF). Los resultados fueron: el 45,7% tenía entre 60 y 69 años, el 53,4% era de sexo femenino, el 51,7% contaba con educación básica, el 63,8% era casado, el 82,8% no refirió enfermedades y solo el 10,3% presentó alguna enfermedad no transmisible. El 41,4% presentó condición física regular; en las dimensiones, la fuerza muscular fue buena en el 38,8%, la resistencia aeróbica fue mala en el 38,8%, y la flexibilidad y la agilidad fueron regulares en el 44,0% y el 44,8%, respectivamente. La calidad de vida resultó regular en el 73,3%, con predominio del mismo nivel en las dimensiones física, psicológica, relaciones interpersonales y ambiental. Existe relación positiva, débil y estadísticamente significativa entre condición física y calidad de vida ($\text{Tau-b de Kendall} = 0,283$; $p = 0,001$). Se concluye que la condición física se relaciona con la calidad de vida: los adultos mayores con mejor condición física tienden a presentar una mejor calidad de vida.

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

ABSTRACT

The objective of this study was to establish the relationship between physical fitness and quality of life among older adults at the Virgen del Carmen Health Center, Bambamarca, 2025. The study used a quantitative, correlational, non-experimental cross-sectional design, with the participation of 116 older adults. Data were collected using the Senior Fitness Test (SFT) battery and the World Health Organization Quality of Life–Brief (WHOQOL-BREF) questionnaire. The results showed that 45.7% of participants were between 60 and 69 years old, 53.4% were female, 51.7% had completed basic education, 63.8% were married, 82.8% reported no diseases, and only 10.3% had a noncommunicable disease. Overall, 41.4% had fair physical fitness; by dimension, 38.8% had good muscle strength, 38.8% had poor aerobic endurance, and 44.0% and 44.8% had fair flexibility and agility, respectively. Quality of life was fair in 73.3% of participants, and the fair level also predominated in the physical, psychological, social relationships, and environmental domains. A positive, weak, and statistically significant relationship was found between physical fitness and quality of life (Kendall's tau-b = 0.283; $p = 0.001$). It is concluded that physical fitness is related to quality of life, demonstrating that older adults with better physical fitness tend to have a better quality of life.

Keywords: physical fitness, quality of life, older adults.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La población mundial está envejeciendo a un ritmo sin precedentes, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, para el año 2050, la cantidad de adultos mayores (AM) se duplicará y superará los 2000 millones. Esta transformación demográfica demanda intervenciones integrales que prioricen no solo la longevidad, sino también la calidad de vida (CV); sin embargo, la mayoría de los estudios se centran en enfermedades crónicas o en el deterioro funcional, dejando de lado la condición física (CF), siendo esta una herramienta fundamental para el bienestar holístico de los AM [1].

Este panorama se visualiza en el continente europeo, donde un estudio multicéntrico realizado en España, Italia, Portugal, Hungría, Bulgaria y Lituania reportó que, en promedio, más del 60,0% de los AM tenía un nivel de CF por debajo de los estándares saludables; entre ellos, los residentes en el sur de Europa presentaban mejor fuerza muscular y resistencia aeróbica, mientras que los del este destacaban en flexibilidad [2]. Por su parte, la CV de los AM en España se sitúa en un nivel moderado [3].

De manera similar, en América Latina y el Caribe, el envejecimiento poblacional también muestra una tendencia creciente. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el año 2022 existían 88,6 millones de personas mayores de 60 años, representando el 13,4% de la población total, con proyecciones de incremento al 16,5% en 2030 y al 25,1% en 2050. Frente a este escenario, es importante garantizar un envejecimiento digno y saludable, sustentado en políticas públicas y en un marco jurídico sólido, orientados a fortalecer el ejercicio de los derechos y a lograr una alta CV de este grupo poblacional [4].

En Ecuador, León y Aldas [5] encontraron que la CF de los AM de ambos sexos se ubicaba por debajo de lo normal; sin embargo, según los grupos de edad, las mujeres presentaban niveles ligeramente mejores de CF en comparación con los hombres. También, Herrera et al. en Cuba [6] identificaron que la CF de los AM fue

de nivel bajo. Respecto a la CV en Ecuador, Patiño refiere que el 50,0% de los AM presentaba una CV media; mientras que, en los países de América Latina, entre el 30,0% y el 40,0% de los AM tenía una baja CV [7].

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población AM viene incrementándose: en 1940 representaba el 6,4% y en 2024 alcanzó el 13,9% de la población total [8]. Asimismo, en el primer trimestre de 2024, el 42,2% de los hogares contaba con al menos un AM y el 80,3% de la población AM presentaba algún problema de salud crónico, más frecuente en las mujeres, con una diferencia de 10,6 puntos porcentuales respecto a los hombres, situación que repercute en su CF y en su CV [9].

En relación con la CF de los AM en el Perú, Ururi [10] concluyó que el 68,0% se encontraba en una CF limitada o baja. En cuanto a la CV, López y Gonzales refieren que el 45,0% de los AM presentó una CV regular, relacionada con su capacidad funcional [11]. Asimismo, la CV también se ve influenciada por factores sociodemográficos y por la alimentación, que deben ser abordados para mejorar la CV física y mental [12].

Por tales razones, la CF y la CV del AM siguen siendo un área de interés y preocupación en el Perú, debido a que los datos demuestran que el 70,5% de las personas mayores de 80 años no realiza actividad deportiva, proporción que varía según el nivel educativo, la región de residencia y la edad. Además, se estima que, a medida que aumenta la edad, disminuye la CF y se incrementan los problemas musculoesqueléticos, lo que repercute negativamente en la CV [13].

En el Centro de Salud Virgen del Carmen no se cuenta con datos estadísticos sobre la CF y la CV de los AM; sin embargo, se aprecia que la cobertura de valoración clínica del AM alcanzó el 25,0% y la del paquete de atención integral, el 10,0% [14]. Estas cifras muestran una limitada cobertura de las actividades de evaluación y atención integral orientadas a este grupo poblacional, situación que podría obstaculizar la oportuna identificación de alteraciones en la capacidad funcional y la CV de los AM.

En tal sentido, la importancia de la presente investigación radica en la necesidad de evidenciar, con datos empíricos locales, la estrecha vinculación entre CF y CV en población AM atendida en el primer nivel de atención sanitaria. Numerosos estudios han corroborado esta relación a nivel internacional y nacional; sin embargo, existe una brecha de conocimiento en contextos específicos como el del Centro de Salud Virgen del Carmen en Bambamarca, donde las características socioculturales y geográficas particulares podrían influir de manera singular en esta interacción.

Ante lo descrito anteriormente se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre condición física y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025?, con la hipótesis de investigación: la relación entre condición física y calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025, es significativa.

El objetivo general fue establecer la relación entre condición física y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025. Los objetivos específicos fueron: describir las características sociodemográficas de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025; determinar la condición física de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025 y estimar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025.

Los resultados más relevantes de esta investigación fueron: el 45,7% de los AM tenía entre 60 y 69 años, el 53,4% era de sexo femenino, el 63,8% era casado, el 82,8% no refirió ninguna enfermedad y el 10,3% presentó alguna enfermedad no transmisible. La CF fue regular en el 41,4% y la CV también fue regular en el 73,3% de los AM; además, se encontró una relación positiva, débil y significativa entre ambas variables (Tau-b de Kendall = 0,283; $p = 0,001$).

El trabajo de investigación está estructurado en cinco capítulos: capítulo I, introducción, que aborda la problemática y los datos que contextualizan el problema de investigación; capítulo II, marco teórico, que comprende los antecedentes, las bases conceptuales (bases teóricas y fundamentos de cada variable) y la definición

de términos básicos; capítulo III, marco metodológico, que incluye el ámbito de estudio, el diseño de investigación, la población, muestra y unidad de estudio, la operacionalización de las variables, la descripción de la metodología y el procesamiento y análisis de datos; capítulo IV, resultados y discusión. capítulo V, conclusiones y recomendaciones; finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos que respaldan el estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Cantú realizó un estudio en 2025 en México: “La relación que presenta la calidad de vida y la condición física en un grupo de adultos mayores que realizan actividad física en Toluca”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre CV y CF de los AM, investigación de tipo observacional y diseño no experimental, con una muestra de 153 personas. Los resultados mostraron que el 54,9% eran mujeres, la edad promedio fue de 69 años, el 49,0% eran casados y el 26,1%, jubilados; respecto a la CF, el 25,4% fue buena y el 23,5%, regular; las dimensiones física y psicológica de la CV superaron los 80 puntos, lo que indica una mejor CV; sin embargo, las dimensiones relaciones interpersonales y entorno fueron inferiores a 33 puntos; la CF se relacionó con las dimensiones salud física, psicológica y relaciones interpersonales ($p = 0,005$). Concluyó que la CF se relaciona con la CV del AM [15].

Herrera et al. realizaron un estudio en 2024 en Cuba: “Valoración de la condición física de los adultos mayores en el asentamiento La Sierrita, Cumanayagua”, cuyo objetivo fue valorar la CF que presentan los AM, investigación descriptiva con diseño no experimental de corte transversal, con una muestra de 35 AM. Los resultados mostraron que el 51,4% de los AM tenía entre 60 y 69 años y el 57,1% era de sexo femenino; concerniente a la CF, el 48,6% fue buena, el 25,7% regular, el 17,1% mala y el 8,6% muy buena. Concluyeron que la CF en los AM es buena [6].

Rubio realizó un estudio en 2022 en México: “Relación de la condición física funcional y calidad de vida del adulto mayor de la Col. Centro del Municipio Oaxaca de Juárez”, cuyo objetivo fue conocer el nivel de CF y CV en adultos mayores, estudio observacional y diseño no experimental, con una muestra de 30 AM. Los resultados mostraron que el 56,7% pertenecía al sexo femenino, el 63,3% tenía entre 60 y 70 años, el 33,3% tenía estudios básicos, el 53,3% era casado y el 50,0% manifestó tener alguna enfermedad,

predominantemente no transmisible; concerniente a la CF, el 36,6% fue normal y la capacidad aeróbica fue baja en el 50,0%; en cuanto a la CV, el 40,0% fue regular; las variables tuvieron una relación significativa ($p = 0,001$). Concluyó que la CF se relaciona con la CV en los AM [16].

Rodríguez-Gutiérrez et al. realizaron un estudio en 2022 en Chile: “Asociación entre la condición física y calidad de vida con fragilidad en personas mayores”, cuyo objetivo fue determinar si existe asociación entre la CF y CV con la fragilidad en personas mayores, investigación tipo observacional con diseño no experimental de corte transversal, con una muestra de 84 personas mayores de 65 años. Los resultados mostraron que las dimensiones de la CV se relacionaron con la CF: autonomía ($p = 0,007$), actividades del pasado, presente y futuro ($p = 0,018$), participación social ($p = 0,006$) e intimidad ($p = 0,038$). Concluyeron que la CF se relaciona con la CV de los AM [17].

Tapia-Villalobos y Molina-Márquez desarrollaron un estudio en 2020 en Chile: “Condición física y calidad de vida en adultos mayores autovalentes de la ciudad de Chillán, Chile”, cuyo objetivo fue comparar y determinar la relación entre CF y CV, estudio observacional con diseño no experimental de corte transversal, con una muestra de 52 AM. Los resultados mostraron correlaciones entre la fuerza del miembro superior y la CV ($r = 0,389$), entre la fuerza del miembro inferior y la CV ($r = 0,389$) y la dimensión física ($r = 0,316$), y entre la flexibilidad del miembro superior y la dimensión física ($r = 0,333$). Concluyeron que la actividad física regular mejora la CF de los AM y podría mejorar su CV en la vida diaria [18].

A nivel nacional

Mendoza y Riveros realizaron un estudio en 2024 en Lima: “Condición física saludable y calidad de vida en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Infantas, Lima-2024”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la CF saludable y la CV en AM, estudio de alcance descriptivo-correlacional y diseño no experimental de corte transversal, con una muestra de 51 AM. Los resultados mostraron que los AM tenían entre 60 a 70 años de edad (56,8%), de sexo masculino (78,4%), de estado civil casados (60,8%) y

con estudios secundarios (41,2%); la CF fue de nivel medio (58,8%) y del mismo modo resultó para sus dimensiones; en relación con la CV en su mayoría (54,9%) fue regular, para la dimensión bienestar emocional fue inadecuada (60,8%), en bienestar físico bueno (60,8%) y en las relaciones interpersonales regular (58,8%). Concluyeron que existe una relación significativa entre la CF saludable y la CV en los AM, con un valor p de 0,002 [19].

Castillo realizó un estudio en 2022 en Arequipa: “Condición física saludable y calidad de vida en el adulto mayor en el Centro de Salud 15 de Agosto, Arequipa”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre CF saludable y la CV en el AM, estudio observacional con diseño no experimental de corte transversal, con una muestra de 40 AM. Los resultados mostraron que la CF fue media y la CV regular; en el cruce de las dimensiones de la CF con la CV, la capacidad aeróbica alta presentó frecuencias muy bajas, mientras que la fuerza muscular media se asoció con CV regular en el 32,5%, la flexibilidad media en el 35,0% y la composición corporal media en el 42,5%. Concluyó que la CF se relaciona significativamente con la CV con un $p = 0,004$ en los AM [20].

Procil realizó un estudio en 2021 en Lima: “Condición física y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Lima, 2021”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la CF y la CV en los AM, estudio observacional con diseño no experimental de corte transversal y con una muestra de 90 AM. Los resultados mostraron que el 57,8% pertenecía al sexo masculino; la CV fue de nivel alto (56,7%) y la CF, normal. Concluyó que la CF no se relaciona con la CV en los AM ($p = 0,379$) [21].

A nivel regional y local no se han encontrado estudios que aborden la relación entre ambas variables, lo que justifica el desarrollo de la presente investigación.

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Bases teóricas

La OMS señala que el Modelo de Envejecimiento Activo concibe el envejecimiento como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el propósito de mejorar la CV a medida que las personas envejecen. Este modelo remarca la promoción de la salud física y mental mediante la adopción de estilos de vida saludables, así como el fortalecimiento de la participación social y la autonomía personal en esta etapa de vida [22].

También, la OMS refiere que el envejecimiento activo depende de múltiples factores interrelacionados, entre los que se incluyen: los determinantes económicos, conductuales, personales, sociales, el entorno físico y el acceso a los servicios de salud. Estos determinantes influyen directamente en la CF del AM y comprometen su capacidad funcional, autonomía y bienestar integral, repercutiendo de forma significativa en la CV [22].

Con el objetivo de mejorar la CV, este modelo considera el envejecimiento como un proceso continuo de maximización de oportunidades en torno a tres pilares fundamentales: la salud, la participación y la seguridad. En este sentido, los niveles suficientes de capacidad aeróbica, fuerza muscular, flexibilidad y equilibrio permiten a las personas mayores mantener la funcionalidad y la independencia necesarias para participar activamente en su entorno social y desenvolverse con seguridad en su vida cotidiana. Desde esta perspectiva, la aptitud física se posiciona como un factor transversal y determinante dentro del pilar de la salud [22].

En este marco, la relación entre CF y CV adquiere un carácter sinérgico y bidireccional. Una adecuada condición física facilita la participación social al conservar la movilidad y autonomía necesarias para desplazarse, interactuar y mantener redes de apoyo, lo que impacta positivamente en los dominios social y psicológico de la CV [22].

En tal sentido, el Modelo de Envejecimiento Activo sustenta y se relaciona con la presente investigación, debido a que la CF es la base fundamental para preservar la autonomía funcional, prevenir la dependencia y mejorar la CV de los AM. Ello implica que los AM realicen actividad física de manera regular, acompañada de una activa participación social y de la preservación de la autonomía personal, aspectos considerados ejes fundamentales para lograr un envejecimiento saludable, satisfactorio y digno, que se reflejará de manera positiva en la CV de los AM.

2.2.2. Condición física

A. Definición

Es el estado de salud del individuo con capacidad de realizar con éxito las tareas cotidianas de manera vigorosa y adecuada; asimismo, implica disfrutar del tiempo de ocio y de estar en condiciones de resolver situaciones imprevistas que necesitan un esfuerzo complementario [23].

En el AM, la CF alude al estado de salud del individuo y está relacionada con la fuerza, la flexibilidad, la resistencia, la movilidad y el equilibrio [24]. Además, representa la capacidad del AM para realizar sus labores diarias con vigor y efectividad, y constituye un factor importante para preservar la independencia, pues permite subir escaleras, transportar y levantar objetos, caminar alrededor de tiendas, parques y edificios [25].

B. Beneficios

Proporciona los siguientes beneficios [25]:

- Incrementa la capacidad del funcionamiento del cerebro.
- Disminuye la depresión y mejora la confianza en la imagen corporal.
- Previene problemas del sistema respiratorio.

- Disminuye los riesgos del sistema cardiovascular como reducción de la presión arterial y regulación del colesterol.
- Previene la osteopenia y osteoporosis.
- Mejora y mantiene la flexibilidad.
- Reduce la incidencia de ENT.
- Produce hormonas de bienestar y promueve la inmunidad.
- Mejora la digestión.
- Mejora la postura corporal y aumenta la masa muscular.

C. Componentes de la condición física relacionada a la salud

C.1. Resistencia aeróbica

Es la capacidad de realizar y prolongar un esfuerzo de intensidad moderada o baja durante un largo período de tiempo con suficiente aporte energético en presencia de oxígeno. En el AM, la intensidad debe individualizarse según la edad y el estado de salud. Para obtener beneficios notables para la salud, se recomienda acumular entre 150 y 300 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada, o entre 75 y 150 minutos de intensidad vigorosa, o una combinación equivalente de ambas [25].

En el AM es fundamental para mantener la capacidad funcional y prevenir el deterioro físico. Esta capacidad se refiere a la habilidad del sistema cardiovascular y respiratorio para sostener actividades de baja a moderada intensidad durante períodos prolongados, como caminar o subir escaleras, y resulta esencial para preservar la independencia en las actividades de la vida diaria [26].

El envejecimiento repercute negativamente en la resistencia aeróbica, cuya disminución es un signo del propio proceso de envejecer; ello se debe a que las mitocondrias, responsables de la producción de energía celular, reducen su función con la edad. Sin embargo, el entrenamiento aeróbico aumenta la

capacidad oxidativa, mejora la función mitocondrial, reduce la pérdida de masa muscular y aumenta la sensibilidad a la insulina. Estos cambios fortalecen el sistema cardiovascular y la CF, lo que repercute en la mejora de la CV [27].

C.2. Fuerza muscular

Es la capacidad esencial en los AM para conservar su independencia funcional, evitar caídas y mejorar la CV. Estudios señalan que entrenamientos de fuerza realizados a baja y alta velocidad en mujeres mayores son más efectivos para mejorar la fuerza y la potencia muscular, lo que se traduce en mayor agilidad y capacidad funcional en actividades diarias como caminar y levantarse de una silla [28].

Los ejercicios de salto y los movimientos explosivos resultan eficaces en mujeres mayores sedentarias, mejorando la velocidad de desplazamiento y la potencia muscular [29]. Se recomiendan dos sesiones por semana, de ocho a diez ejercicios con 10 a 15 repeticiones cada uno; las actividades recomendadas son abdominales, flexiones y sentadillas, entre otras [30].

Diversas investigaciones han demostrado que, a partir de los 60 años, la CF declina progresivamente debido a que la masa muscular se pierde a razón de 1,0% a 2,0% por año, afectando la fuerza, la movilidad y la independencia en los AM. Estos cambios tienen un impacto directo en la CV; sin embargo, la mayoría de los programas sanitarios siguen centrados en el tratamiento de enfermedades, dejando de lado estrategias preventivas basadas en el mantenimiento de la CF [31,32].

C.3. Flexibilidad

Habilidad física que posibilita ejecutar movimientos en una o más articulaciones con un rango apropiado, el cual depende de

la elasticidad de los músculos, los tendones y otros tejidos involucrados en el movimiento, así como de la movilidad articular. La evidencia científica muestra que la actividad física regular ayuda a preservar y, en algunos casos, a mejorar la flexibilidad en el AM, lo que contribuye a una mayor autonomía y CV en esta etapa. Se recomienda practicarla diariamente, manteniendo cada estiramiento durante 20 segundos y repitiéndolo tres veces; las actividades recomendadas son los estiramientos estáticos, activos o pasivos [25].

Durante el envejecimiento, la flexibilidad disminuye, condición que afecta la capacidad de movimiento y aumenta el riesgo de caídas y lesiones. Este deterioro se produce por cambios en los tendones, las articulaciones y los músculos, que se vuelven menos elásticos y contribuyen a la rigidez [33].

C.4. Agilidad

Es la capacidad física y cognitiva para cambiar de dirección, moverse o reaccionar rápidamente con control, equilibrio y coordinación. En el AM favorece la autonomía, permite realizar las actividades diarias con seguridad, prevenir caídas y mantener la agudeza mental, y puede entrenarse mediante ejercicios específicos de movilidad, fuerza y velocidad. A medida que las personas envejecen, la agilidad tiende a disminuir debido a varios factores, como la pérdida de masa muscular (sarcopenia), el aumento de la grasa corporal y otros cambios metabólicos [34].

Su desempeño depende, entre otros factores, de la composición corporal (masa muscular, masa grasa y agua corporal), implicada en la movilidad y la función física, en el riesgo de enfermedades y en el equilibrio y las caídas. En el curso de vida AM, la composición corporal es un factor determinante para la salud y la CV; mediante un enfoque

adecuado que incluya el ejercicio, la nutrición y el monitoreo, es posible mejorar la CF y responder a los desafíos del envejecimiento [34].

Con el envejecimiento, la agilidad disminuye significativamente y afecta la movilidad, la salud y el riesgo de enfermedades crónicas; esta situación se asocia con el incremento de la grasa corporal, la reducción de la masa muscular y ósea, lo que se asocia a la disminución de la fuerza y a una mayor discapacidad funcional, repercutiendo en la CV de los AM [35].

2.2.3. Calidad de vida

A. Definición

Es la percepción que tiene un individuo sobre su lugar en el entorno cultural y dentro de un sistema de valores, en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones, todo ello influenciado por su salud física, estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales [36].

También, es un concepto que se utiliza para medir el bienestar general de las personas, integra aspectos objetivos y subjetivos de la vida y se considera un constructo multidimensional que incluye elementos como la salud, la felicidad, la satisfacción con la vida y las condiciones socioeconómicas [37].

B. Factores que afectan la calidad de vida

La CV está influida por diversos factores, tales como [38]:

- Deterioro mental.
- Discapacidad.
- Dolor crónico.
- Dependencia de los cuidadores.
- Aislamiento social.

C. Indicadores

Los indicadores según el WHOQOL-BREF se organizan en cuatro dimensiones:

C.1. Dimensión física

Esta dimensión en los AM implica mantener una salud óptima, una buena movilidad, conservación de la fuerza y equilibrio para llevar una vida autónoma y satisfactoria. Asimismo, se asocia principalmente con el nivel de CF, la salud general y la reducción de riesgos como las caídas [39].

La CV física de los AM es un concepto multifacético que se vincula con las relaciones sociales, la percepción del envejecimiento y la participación en actividades con propósito. La actividad física regular, especialmente de intensidad moderada, y un entorno social de apoyo son fundamentales para mejorar la CV en los AM. Además, refleja una percepción positiva del envejecimiento y la participación en actividades significativas que contribuyen a la CV adecuada en esta población [40].

El aspecto físico en el proceso del envejecimiento se relaciona con los cambios físicos progresivos en el cuerpo, como la pérdida de masa muscular y densidad ósea, la aparición de arrugas y la pérdida de firmeza de la piel, la disminución de la funcionalidad de diversos órganos y sistemas, como los riñones y el hígado, y el deterioro de la vista, audición y del sistema inmunitario [41].

C.2. Dimensión psicológica

En el AM, el aspecto psicológico se refiere al estado mental y emocional positivo que experimentan las personas en esta etapa de vida. Es un componente clave de su salud general y se manifiesta en la capacidad para manejar el estrés, mantener

relaciones interpersonales satisfactorias, adaptarse a cambios y enfrentar los desafíos cotidianos [42].

Este aspecto se caracteriza por la combinación de factores emocionales agradables y desagradables como alegría, satisfacción, esperanza y disfrute de la vida, que influyen en la regulación emocional. Además, las intervenciones psicológicas y los entornos amigables con la edad pueden contribuir positivamente al bienestar emocional de los AM [43].

El envejecimiento se relaciona con el aspecto psicológico a través del deterioro cognitivo, expresado en la disminución de la velocidad de procesamiento de la información, y de la adaptación a nuevas circunstancias sociales, como la pérdida de seres queridos o la jubilación. Dichos cambios pueden generar sentimientos de soledad, depresión y ansiedad [44].

C.3. Dimensión relaciones sociales

Alude a los vínculos que se establecen entre dos o más personas, siendo fundamental para el desarrollo emocional, psicológico y social. Estos vínculos varían de acuerdo con la naturaleza del entorno laboral, amical y familiar, teniendo impacto en la salud mental y bienestar general de los AM [45].

En los AM, las relaciones sociales favorecen el bienestar integral y CV, mejoran la satisfacción y reducen el aislamiento emocional. Se ha corroborado que los AM que participan en grupos de caminatas y actividades grupales mejoran su CF, lo que genera un impacto positivo en sus vidas. Por lo tanto, las relaciones sociales son un componente esencial para un envejecimiento saludable en los AM [46].

C.4. Dimensión ambiental

Se refiere a la satisfacción de las necesidades básicas y a la posesión de recursos financieros y materiales suficientes que permiten llevar una vida digna y segura. Asimismo, es una condición integral que abarca la seguridad financiera, el acceso a servicios de salud, las condiciones adecuadas de vivienda, la alimentación saludable, socialización y apoyo emocional [47].

En los AM, esta dimensión tiene un impacto significativo en la salud física y mental, dado que factores como la exposición a la naturaleza y la estimulación cognitiva favorecen el bienestar; mientras que la exposición a contaminantes y la falta de recursos en el entorno pueden acelerar el deterioro e incrementar el riesgo de enfermedades relacionadas con la edad [48].

2.2.4. Adulto mayor

A. Definición

Según el Ministerio de Salud (MINSA) [49], se considera AM a las personas de 60 años a más.

B. Proceso de envejecimiento

Desde el punto de vista biológico, este proceso es el resultado de la acumulación de daños celulares y moleculares con el paso de los años, lo que genera una disminución de las capacidades físicas y mentales. Dichos cambios no son uniformes ni guardan una relación lineal con la edad cronológica de la persona [1].

C. Proceso de envejecimiento y cambios que se producen

El envejecimiento de la población mayor de 60 años es un fenómeno global que genera desafíos para el sistema de salud y asistencia social, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. La tercera edad se relaciona con problemas de salud como la disminución de la CF, la pérdida de audición, osteoartritis,

diabetes y demencia; por lo que mantener la CV en los AM es fundamental para un envejecimiento saludable. En tal sentido, la CF de los AM tiene un impacto integral en la CV física y mental [1,50].

Durante el envejecimiento se producen diversos cambios que afectan a la parte biológica, psicológica y social, disminuyendo gradualmente muchas funciones del organismo. Entre ellos destacan los siguientes [41]:

C.1. Cambios biológicos

Son procesos complejos que afectan a diversos sistemas del cuerpo humano y ocasionan variaciones en su apariencia y sus funciones; entre los cambios más frecuentes se encuentran [41]:

- **Celulares.** Se produce la apoptosis o proceso de muerte celular; asimismo, la senescencia celular debido a que las células dejan de dividirse entrando en un estado de inactividad, provocando en los tejidos de los AM una disminución en la regeneración.
- **Sistema músculo esquelético.** En el envejecimiento se produce una pérdida ósea y muscular que provoca una disminución de la CF. También, el cartílago articular sufre desgaste, lo que conduce a la artrosis; por otro lado, la elasticidad de ligamentos y tendones se ve afectada, lo que incrementa el riesgo de lesiones.
- **Sistema nervioso.** Algunas neuronas del cerebro tienden a perderse; en condiciones patológicas, esta pérdida se asocia con la enfermedad de Alzheimer. Por otro lado, la función cognitiva puede verse afectada.

- **Sistema cardiovascular.** Se incrementa la presión arterial debido a que los vasos sanguíneos se vuelven más rígidos, y disminuye la capacidad del corazón para adaptarse a las enfermedades y al ejercicio.
- **Sistema respiratorio.** La capacidad pulmonar y elasticidad de los pulmones disminuyen, afectando a la eficacia respiratoria; esto se debe a que el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono se vuelve menos eficaz en los AM.
- **Alteración de los sentidos.** En la visión se presenta dificultad para ver objetos cercanos, disminuye la producción de lágrimas y se produce un amarillamiento del cristalino; en la audición se da la pérdida auditiva, y el gusto y el olfato disminuyen su capacidad funcional.
- **Cambios en la piel.** Se reducen la hidratación y la elasticidad, y se altera la pigmentación, con aparición de manchas.

C.2. Cambios psicológicos

Son multifacéticos y complejos y no siempre se relacionan con un deterioro significativo. En los AM pueden verse disminuidos aspectos fundamentales como la inteligencia, la memoria y la creatividad; sin embargo, una buena CV puede mitigar estos cambios [51].

C.3. Cambios sociales

Afectan la vida de los AM de diversas maneras. A medida que el individuo envejece, varios factores influyen en su papel social, como la salud mental y física y los cambios demográficos, por lo que es importante reconocer y fomentar los nexos sociales para contribuir con un envejecimiento saludable en los AM [52].

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Condición física. Es la capacidad de una persona para realizar las tareas cotidianas de manera adecuada y vigorosa, disfrutar del tiempo de ocio de forma activa y afrontar emergencias imprevistas sin una fatiga excesiva [53].

2.3.2. Calidad de vida. Percepción que tiene un individuo sobre su lugar en el entorno social y cultural en el que vive, en relación con sus objetivos, expectativas y estándares [54].

2.3.3. Adulto mayor. Es la persona de 60 años a más [55].

2.3.4. Centro de salud. Establecimiento público que brinda servicios de salud por curso de vida, según su categoría [56].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

El estudio se desarrolló en la ciudad de Bambamarca, capital de la provincia de Hualgayoc, departamento de Cajamarca, ubicada al norte del Perú a una altitud de 2532 metros sobre el nivel del mar (m s. n. m.). El distrito tiene una extensión de 451,38 km² y una población que hoy supera los 60 000 habitantes; limita por el norte con la provincia de Chota, por el sur con las provincias de Cajamarca y Celendín, por el este con la provincia de Celendín y por el oeste con el distrito de Hualgayoc [57].

El estudio se llevó a cabo con AM que se atienden en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) Virgen del Carmen. Esta IPRESS está ubicada en la zona urbana del distrito de Bambamarca en el Jr. Atahualpa N° 221, sus límites son: por el norte con Suque, Shauac y Ahigadero; por el este con Frutillo Alto y Apán Bajo; por el oeste con Cuñacales y Quilinsacucho y por el sur con Arascorge [58].

La oferta de atenciones está dirigida a los diversos cursos de vida, entre ellos el curso de vida AM, y es brindada por profesionales de medicina, enfermería, odontología, obstetricia, psicología y laboratorio. Las actividades son: valoración clínica del AM; inmunizaciones; determinación de la agudeza visual; evaluación oral completa; tamizaje de cáncer de colon, recto, piel, próstata y cuello uterino; visita familiar integral; consejería integral y sesiones demostrativas y educativas [58].

Asimismo, tiene una población asignada de 13 137 personas, tanto de la zona urbana como rural, distribuida en los diversos cursos de vida; la población AM asignada es de 528 [59]. Las comunidades de la zona rural son de Frutillo Bajo, Mayhuasi, Chilcapampa, Shuihua, Chachacoma, Chala, Granero, Chala Alán, Chalapampa Alto, Uñigan Chala, Chalapampa Bajo, Cuñacales Alto, San Juan de Cuñacales, comunidades que en su mayoría cuentan con unidades básicas de saneamiento. Sus principales actividades económicas

son la ganadería y la agricultura, mientras que en la zona urbana predomina el comercio. Según el registro de atendidos y atenciones de la IPRESS, se aprecia una baja concurrencia de los AM a sus atenciones de salud [58].

3.2. Diseño de investigación

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, porque permitió obtener datos precisos y confiables que facilitan la replicación científica. Fue una investigación observacional, debido a que describió la presencia y las características de las variables, y de alcance correlacional, porque estableció la relación entre las variables CF y CV [60].

Asimismo, el diseño del estudio fue no experimental de corte transversal, porque no se intervino en ninguna de las variables, sino que se observaron los fenómenos tal como se dieron en su contexto natural, para después ser analizados [60].

3.3. Población, muestra y unidad de estudio

La población estuvo constituida por AM asegurados y que se atendieron en el Centro de Salud Virgen del Carmen, siendo un total de 116 AM, durante el cuarto trimestre del año 2025 [61].

$$N = 116$$

Por tratarse de una población accesible, se trabajó con la totalidad de sus integrantes (población censal).

Criterios de inclusión:

- AM que residían en la zona urbana y rural pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Virgen del Carmen.
- AM de ambos sexos de 60 a 94 años de edad, porque la batería de Senior Fitness Test se aplica en el rango de estas edades.
- AM que no presentaron discapacidad.
- AM que firmaron voluntariamente el consentimiento informado para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- AM con alguna enfermedad que, por indicación médica, les impidiera realizar actividad física.
- AM en situación de dependencia funcional.
- AM que habían realizado actividad física extenuante uno o dos días antes de la evaluación.
- AM que habían consumido alcohol en las 24 horas previas a la aplicación de los instrumentos.

3.4. Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Condición física	Es la capacidad del bienestar corporal, mental y social; para realizar una tarea específica de manera adecuada y vigorosa [53].	Fuerza muscular	- Fuerza de brazos - Fuerza de piernas	< del percentil 25: condición física mala Entre percentil 25 a 75: condición física regular > del percentil 75: condición física buena
		Resistencia aeróbica	- Dos minutos de marcha	
		Flexibilidad	- Flexibilidad de brazos - Flexibilidad de piernas	
		Agilidad	- Levantarse, caminar y volver a sentarse	
Calidad de vida	Es la percepción de una persona sobre la satisfacción con sus emociones, condiciones físicas y sociales; indicadores que tienen por objeto estimar la supervivencia de las personas sin deficiencia o discapacidad [62].	Física	- Pensamiento de dolor físico - Tratamiento médico - Energía diaria y desplazamiento - Satisfacción de realizar las actividades	0 a 33 puntos: Baja 34 a 66 puntos: Regular 67 a 100 puntos: Buena
		Psicológica	- Sentido de la vida - Capacidad de concentración - Satisfacción de sí mismo - Sentimientos negativos	
		Relaciones interpersonales	- Satisfacción de relaciones interpersonales - Satisfacción con la vida sexual	
		Ambiental	- Satisfacción de la vida diaria - Disponibilidad económica - Realización de actividades en tiempo libre - Satisfacción del lugar donde vive - Satisfacción con medio de transporte	

3.5. Descripción de la metodología

3.5.1. Métodos

Técnicas de recolección de datos

En la presente investigación se utilizaron dos técnicas: la evaluación física mediante la batería Senior Fitness Test (SFT), que permitió obtener información sobre la CF, y la encuesta, mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, con la cual se obtuvo información sobre la CV de los AM.

Estrategias de recolección de datos

La recolección de datos se organizó teniendo en cuenta las condiciones, características y habilidades de los AM que participaron, asegurando previamente un proceso respetuoso, seguro y estructurado. Se coordinó con los responsables del Centro de Salud Virgen del Carmen para determinar las horas y lugares dedicados a la evaluación, evitando así interferir con sus actividades cotidianas.

Las evaluaciones de la CF se llevaron a cabo individualmente y de forma progresiva, teniendo en cuenta el ritmo y las habilidades físicas de cada AM. A lo largo del desarrollo de las actividades, se constató que los participantes estaban en condiciones apropiadas para realizar las pruebas y, cuando manifestaron cansancio, incomodidad o dificultad, se suspendía o interrumpía la evaluación. Además, se mantuvo una supervisión constante durante las pruebas para evitar cualquier incidente.

El cuestionario sobre CV se aplicó de forma presencial y heteroadministrada: las investigadoras leyeron las preguntas y los AM respondieron en un tiempo de 6 a 12 minutos; la información recopilada se trató de manera confidencial.

Procedimientos de recolección de datos

Para iniciar la recolección de datos se presentó un oficio emitido por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota dirigido al jefe de la IPRESS Virgen del Carmen, con la finalidad de obtener la autorización para la realización del estudio.

Después de otorgado el permiso correspondiente se solicitó una cita con el jefe de la IPRESS Virgen del Carmen para realizar coordinaciones y obtener la autorización para hacer uso del auditorio con la finalidad de aplicar los instrumentos de investigación.

Asimismo, la población objetivo fue identificada cuando acudía a la IPRESS Virgen del Carmen para su atención, considerando los criterios de inclusión y exclusión. La ejecución se realizó desde el 1 de octubre al 31 de diciembre del año 2025, de lunes a viernes, en el horario de 8:00 a.m. a 12:30 p.m. Los instrumentos se aplicaron en un tiempo promedio de 30 minutos, previa firma del consentimiento informado.

Los instrumentos fueron aplicados por las investigadoras: primero se realizó la encuesta y después la evaluación con la batería Senior Fitness Test, que incluyó pruebas de fuerza, flexibilidad, agilidad y resistencia aeróbica de 30 segundos a 2 minutos de duración cada una, con equipamiento mínimo y valores de referencia normados; ambas actividades se realizaron en un solo momento, lo que evitó una segunda visita.

3.5.2. Materiales

Instrumentos de medición

Se emplearon dos instrumentos para la obtención de la información:

El primer instrumento que se utilizó fue la batería Senior Fitness Test (SFT) [63,64], diseñada por Rikli y Jones en el año 1999 [65]. La batería está conformada por seis pruebas agrupadas en cuatro dimensiones:

- Dimensión fuerza muscular. Conformada por la prueba de sentarse y levantarse de una silla y la prueba de flexiones de brazo.

- Dimensión resistencia aeróbica. Conformada por la prueba de dos minutos de marcha.
- Dimensión flexibilidad. Conformada por la prueba de flexión del tronco en silla y la prueba de juntar las manos tras la espalda.
- Dimensión agilidad. Conformada por la prueba de levantarse, caminar y volverse a sentar.

Cada prueba tiene valores de referencia, expresados como rangos de puntuaciones según edad y sexo, cuyo intervalo normal se sitúa entre los percentiles 25 y 75: el percentil 25 corresponde al valor mínimo y el percentil 75 al valor máximo del intervalo normal para cada sexo y grupo de edad (ver anexo 5).

La puntuación obtenida por los AM en esta batería se clasificó en CF mala, cuando fue menor que el percentil 25; CF regular, cuando se ubicó entre los percentiles 25 y 75, y CF buena, cuando superó el percentil 75. Finalmente, la categoría global de condición física se determinó mediante el criterio de predominio categórico lo que permitió sintetizar los resultados individuales en una clasificación general según la tendencia mayoritaria de las puntuaciones [64].

La validez y la confiabilidad de la batería SFT en su forma original fueron establecidas por Rikli y Jones; sus valores normativos proceden de una muestra de 7000 personas, lo que permite comparar los resultados con personas del mismo sexo y edad. La confiabilidad se evaluó mediante el método test-retest, con coeficientes que oscilaron entre 0,80 y 0,98 para las diferentes pruebas en muestras de AM; la validación se realizó comparando los resultados de la SFT con medidas de rendimiento físico más complejas y con indicadores de nivel de actividad habitual, mostrando correlaciones significativas ($> 0,70$) con criterios establecidos, confirmando que la batería mide con precisión lo que pretende medir [65].

La confiabilidad de la versión en español fue establecida por Cobo-Mejía et al. [66] en el año 2016, con un alfa de Cronbach de 0,708; la reproducibilidad, evaluada mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI), osciló entre 0,851 y 0,960 ($p < 0,005$).

El segundo instrumento que se empleó fue el cuestionario WHOQOL-BREF, elaborado por la OMS en el año 1996 [67]. El instrumento aplicado presenta dos partes: en la primera se registran las características sociodemográficas de los AM y en la segunda se encuentra el cuestionario WHOQOL-BREF, con 26 preguntas, de las cuales las dos primeras aluden a la percepción global de la CV y a la satisfacción con la salud, y las 24 restantes conforman las dimensiones del instrumento original.

Las 24 preguntas conforman cuatro dimensiones: dimensión física (preguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18); dimensión psicológica (preguntas 5, 6, 7, 11, 19 y 26); dimensión relaciones interpersonales (preguntas 20, 21 y 22) y dimensión ambiental (preguntas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25).

Cada pregunta cuenta con cinco opciones de respuesta: 1 (muy mal, muy insatisfecho, nada y nunca), 2 (mal, insatisfecho, un poco y casi nunca), 3 (aceptable, regular y algunas veces), 4 (bastante bien, satisfecho, bastante y casi siempre) y 5 (muy bien, muy satisfecho, mucho y siempre), tal como se describen en el instrumento; asimismo, en los ítems 3, 4 y 26 se invirtió la puntuación.

Para este estudio se consideraron las categorías de bajo (0 a 33 puntos), regular (34 a 66 puntos) y bueno (67 a 100 puntos). La puntuación se obtuvo sumando las respuestas; el resultado se dividió entre el puntaje máximo del cuestionario global o de la dimensión y se multiplicó por 100.

El cuestionario WHOQOL-BREF fue validado en población AM de habla hispana por Espinoza et al. [68] (2011); el instrumento presentó una consistencia interna adecuada, con un alfa de Cronbach de 0,88 para el cuestionario total y de 0,70 a 0,79 en las dimensiones, y conservó la estructura de la versión original, por lo que los autores concluyeron que tiene validez y confiabilidad aceptables [68].

En el Perú, Mendoza y Roncal evaluaron la confiabilidad en una muestra de 120 AM y obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,88 para todo el cuestionario y valores de 0,87 a 0,88 si se eliminaba cada elemento; la validez de contenido se estableció mediante el juicio de seis expertos, con un promedio final de 84,0%, considerado bueno [69].

Para la ejecución de la presente investigación se adquirieron los siguientes recursos materiales: un cono, cronómetro, silla, mancuernas de 5 y 8 libras (2,27 y 3,63 kg), balanza, cinta adhesiva, cinta métrica (5 a 10 metros), una cuerda o cordón, regla y lapiceros. Estos fueron autofinanciados por las investigadoras.

Finalmente, los instrumentos fueron sometidos a una prueba piloto para verificar su fiabilidad en el contexto de estudio; esta se realizó en el Centro de Salud Llaucán, del distrito de Bambamarca, cuya población presenta características similares a la del estudio, con la participación de 30 AM. Para la batería Senior Fitness Test (SFT) se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,931 y para el cuestionario WHOQOL-BREF, de 0,935, lo que indica una buena fiabilidad.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Una vez aplicados los instrumentos, las respuestas se ingresaron, con sus respectivas codificaciones, al paquete estadístico SPSS 26.0 para calcular las puntuaciones, que luego se clasificaron según los rangos y categorías establecidos en los instrumentos para cada variable y sus dimensiones.

Después se obtuvieron los reportes, que se editaron en tablas simples y de doble entrada con frecuencias absolutas y relativas; para la comprobación de la hipótesis se empleó el coeficiente Tau-b de Kendall, adecuado para dos variables ordinales, con un nivel de confianza del 95,0% y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características sociodemográficas de los adultos mayores que se atendieron en el Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca - 2025

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Edad		
De 60 a 69 años	53	45,7
De 70 a 79 años	40	34,5
De 80 a 89 años	21	18,1
De 90 a más años	2	1,7
Sexo		
Masculino	54	46,6
Femenino	62	53,4
Nivel de estudios		
Ninguno	29	25,0
Educación básica	60	51,7
Educación media	24	20,7
Superior	3	2,6
Estado civil		
Soltero	29	25,0
Casado	74	63,8
Conviviente	10	8,6
Viudo	3	2,6
Presencia de enfermedades		
Sí	20	17,2
No	96	82,8
Tipo de enfermedad que presentan		
Enfermedad no transmisible	12	10,3
Gastritis	4	3,4
Problemas renales	2	1,7
Otros	2	1,7
Ninguna	96	82,8
TOTAL	116	100,0

Fuente: Cuestionario WHOQOL – BREF

En la Tabla 1 se observa que el grupo etario con mayor frecuencia correspondió a los adultos mayores de 60 a 69 años con 45,7%, seguido por

aquellos de 70 a 79 años (34,5%). Asimismo, predominó ligeramente el sexo femenino (53,4%); en el nivel de estudios, predominó la educación básica (51,7%), y el 25,0% no tenía ningún grado de instrucción; respecto al estado civil, el 63,8% era casado. En cuanto al estado de salud, el 82,8% manifestó no presentar enfermedades, frente al 17,2% que sí refirió alguna patología; mientras que, entre quienes reportaron alguna patología, las enfermedades no transmisibles (ENT) representaron el 10,3%, seguidas de la gastritis con el 3,4%.

En relación con la edad, los resultados obtenidos guardan concordancia con lo reportado por Segura-Cardona et al. [70], quienes encontraron que el 56,2% de los AM tenía entre 60 y 69 años, mientras que el 32,8% correspondía al grupo de 70 a 79 años. Esta similitud evidencia que, tanto en el estudio citado como en la población analizada, existe un predominio de las personas AM de menor edad en comparación con aquellas de edad más avanzada.

De igual manera, Oblitas et al. [71], encontraron que el 37,0% de los participantes tenía entre 60 y 69 años, seguido por el 27,2% correspondiente al grupo de 70 a 74 años. Estos resultados guardan relación con el predominio encontrado en el presente estudio, aunque las proporciones y los grupos etarios difieren debido a las características particulares de las poblaciones y contextos analizados.

El predominio de las personas AM más jóvenes dentro del grupo estudiado podría vincularse con la estructura demográfica propia de este sector poblacional y con una mayor utilización de los servicios sanitarios por parte de dicho grupo. Asimismo, las personas de este grupo etario pueden mostrar mayor inclinación a participar en actividades sociales y comunitarias, lo que podría propiciar una mayor representación en investigaciones realizadas bajo estas circunstancias.

En relación con el sexo, se observó un ligero predominio del sexo femenino con respecto al masculino. Estos resultados coinciden con lo reportado por las Naciones Unidas, que señalan que las mujeres presentan una mayor

esperanza de vida que los hombres, situación que favorece una mayor supervivencia en edades avanzadas [72]. Este fenómeno, conocido como feminización del envejecimiento, constituye una característica demográfica frecuente en numerosos países de América Latina.

Respecto al nivel educativo, más de la mitad de los AM presentó educación básica, en tanto que aproximadamente un cuarto indicó no tener estudios. Estos resultados son consistentes con los reportes nacionales que evidencian que gran parte de la población AM alcanzó únicamente niveles básicos de instrucción debido a las limitadas oportunidades educativas existentes décadas atrás, especialmente en áreas rurales [73]. Cabe destacar que el nivel educativo constituye un determinante social importante de la salud, ya que influye en la adopción de estilos de vida saludables, el acceso a información sanitaria y el uso oportuno de los servicios de salud [74].

Asimismo, se observa un porcentaje más alto de AM casados que de solteros. Este resultado coincide con lo reportado por el INEI [73], según el cual cerca del 60,0% de los AM en el Perú estaba casado o convivía. Este hallazgo muestra que una parte significativa de los participantes mantenía una relación de pareja, lo que representa una fuente de compañía y apoyo durante este período vital.

De igual manera, Fhon et al. [75] revelaron que el 90,4% tenía pareja, mientras que el 9,6% no lo tenía. A pesar de que la proporción hallada en dicha investigación es más alta que la del presente estudio, ambas cifras indican una tendencia hacia un mayor número de AM con relación de pareja o matrimonial. Esta discrepancia podría explicarse por la forma en que se clasificaron las variables, puesto que el estudio mencionado agrupó a las personas casadas y a las que conviven en la categoría "con pareja", mientras que en la investigación actual se separaron los estados civiles.

Además, el predominio de AM casados también es similar a los hallazgos de Rubio, quien reportó que más de la mitad de los participantes mantenían vínculo matrimonial [16]. La literatura señala que el matrimonio puede

constituir una fuente de apoyo emocional y económico que favorece el bienestar durante la vejez y contribuye a mantener una mejor CV [76].

La alta proporción de AM casados o en unión conyugal puede entenderse teniendo en cuenta que las relaciones de pareja son parte de las redes sociales que respaldan a los individuos durante la vejez. Contar con una pareja puede favorecer la compañía diaria, el soporte emocional y la cooperación frente a las necesidades asociadas al envejecimiento [77].

Por otro lado, aunque la mayoría de los AM refirió no presentar enfermedades, entre quienes sí reportaron alguna afección destacaron las ENT. Este resultado concuerda con lo señalado por la OMS, que identifica a las ENT como las principales causas de morbilidad en la población AM, debido a la influencia acumulativa de factores biológicos, conductuales y ambientales a lo largo del curso de vida [78].

Asimismo, llama la atención el elevado porcentaje de participantes que refirió no presentar patologías. Este hallazgo debe interpretarse con cautela, debido a que la información se obtuvo mediante autorreporte y podría existir subregistro de enfermedades crónicas previamente diagnosticadas o desconocimiento de enfermedades no diagnosticadas. No obstante, entre quienes manifestaron presentar alguna enfermedad, las patologías no transmisibles fueron las más frecuentes, concordando con los reportes de la OMS sobre la carga de enfermedad en los AM [78].

En ese sentido, los resultados indican que, a pesar de que las ENT fueron las enfermedades más comunes entre los AM que informaron alguna dolencia, el perfil de salud detectado en la población analizada podría no representar cabalmente la carga real de morbilidad. Así pues, este hallazgo subraya la relevancia de intensificar las medidas de promoción de la salud y prevención, así como la detección temprana y el seguimiento de las ENT en AM.

4.2. Condición física de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca - 2025

Tabla 2. Condición física de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025

VARIABLE / DIMENSIONES	N	%
Condición física*		
Mala	38	32,8
Regular	48	41,4
Buena	30	25,8
Dimensiones:		
– Fuerza muscular		
Mala	33	28,4
Regular	38	32,8
Buena	45	38,8
– Resistencia aeróbica		
Mala	45	38,8
Regular	36	31,0
Buena	35	30,2
– Flexibilidad		
Mala	35	30,2
Regular	51	44,0
Buena	30	25,8
– Agilidad		
Mala	18	15,5
Regular	52	44,8
Buena	46	39,7
TOTAL	116	100,0

Fuente: *Puntaje global de la batería SENIOR FITNESS TEST

En la Tabla 2 se observa que la categoría más frecuente de CF fue el nivel regular (41,4%), seguida del nivel malo (32,8%) y del bueno (25,8%). En relación con las dimensiones evaluadas, la fuerza muscular presentó mayor proporción en el nivel

bueno (38,8%), mientras que la resistencia aeróbica mostró predominio del nivel malo (38,8%). Por otro lado, la flexibilidad y la agilidad presentaron principalmente niveles regulares con 44,0% y 44,8%, respectivamente. Estos resultados indican que los AM evaluados conservan parcialmente sus capacidades funcionales, aunque existen limitaciones principalmente en la dimensión de resistencia aeróbica.

En la CF global predominó el nivel regular, aunque en menos de la mitad de los participantes. Estos resultados son coherentes con lo señalado por la OMS, que sostiene que el envejecimiento se acompaña de una disminución progresiva de la capacidad funcional, especialmente cuando existe una reducción de la actividad física habitual, afectando la independencia y el desempeño de las actividades de la vida diaria [79]. Asimismo, la OMS refiere que la disminución de la CF durante la vejez constituye uno de los principales factores asociados a la fragilidad y dependencia funcional, por lo que el mantenimiento de la capacidad intrínseca debe ser una prioridad en las estrategias de envejecimiento saludable [80].

Los hallazgos son similares a los reportados por Mendoza y Riveros [19], quienes encontraron predominio de niveles intermedios de CF en AM peruanos, así como por Castillo [20], quien reportó una mayor frecuencia de CF regular en población AM. Esta similitud podría estar vinculada con los rasgos característicos del proceso de envejecimiento, en el que se experimentan alteraciones fisiológicas graduales que tienen el potencial de influir sobre la flexibilidad, la fuerza muscular, la resistencia, el equilibrio y la capacidad funcional. Además, la presencia de ENT, el nivel habitual de actividad física, los hábitos de vida y las oportunidades para participar en actividades físicas tienen la capacidad de afectar la conservación de la condición física durante esta fase de la vida [81].

Por otro lado, la OMS indica que el envejecimiento genera modificaciones musculoesqueléticas y neuromotoras que limitan progresivamente la amplitud de movimiento y la velocidad de respuesta ante situaciones cotidianas, incrementando el riesgo de caídas y discapacidad funcional [79]. En este contexto, la identificación temprana de niveles regulares o deficientes permite implementar intervenciones preventivas orientadas a preservar la funcionalidad.

Respecto a las dimensiones evaluadas, la fuerza muscular presentó el mayor porcentaje en el nivel bueno, con poco más de un tercio de los AM (38,8%), mientras que la resistencia aeróbica mostró predominio del nivel malo en idéntica proporción. Estos hallazgos son coherentes con lo descrito por Izquierdo et al. [82], quienes señalan que el envejecimiento produce una disminución progresiva de la masa y fuerza muscular, así como una reducción significativa de la capacidad cardiorrespiratoria, siendo esta última una de las capacidades físicas que más se deteriora con la edad.

La fuerza muscular presentó resultados relativamente favorables en comparación con las demás dimensiones. Sin embargo, la evidencia científica señala que la pérdida progresiva de masa y fuerza muscular constituye uno de los principales cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, repercutiendo directamente en la funcionalidad y autonomía del AM [83]. Por su parte, la resistencia aeróbica fue la dimensión más afectada. El resultado podría explicarse por los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, a nivel de los sistemas cardiovascular y respiratorio, que disminuyen progresivamente la capacidad para realizar esfuerzos físicos prolongados, favoreciendo la aparición de fatiga y limitaciones funcionales [22,25].

Además, la fuerza muscular buena podría estar relacionada con la realización habitual de actividades domésticas, agrícolas o laborales que desempeñan los participantes, especialmente considerando que gran parte de la población de Bambamarca mantiene actividades vinculadas al trabajo físico cotidiano. Sin embargo, esta interpretación debe considerarse con cautela debido a que dichas actividades no fueron evaluadas específicamente en el estudio.

Respecto a la resistencia aeróbica, el predominio del nivel malo resulta consistente con la evidencia científica que señala que esta capacidad disminuye progresivamente con la edad debido a cambios cardiovasculares, respiratorios y de la musculatura respiratoria asociados al envejecimiento. Al respecto, la OMS indica que la reducción de la actividad física constituye uno de los principales factores asociados al deterioro funcional en AM, incrementando el riesgo de dependencia, fragilidad y disminución de la CV [22].

En cuanto a la flexibilidad y agilidad, se observó un predominio de niveles regulares. Estos hallazgos presentan cierta semejanza con los de Ravillet [84], quien observó importantes déficits en la condición física funcional de AM de comunidades de Chiclayo, con porcentajes altos de incumplimiento en flexibilidad del tren superior (82,2%) y agilidad física (78,1%). Además, Lichtenstein et al. [85] hallaron que el entrenamiento basado en la agilidad en personas mayores es beneficioso para varios elementos del rendimiento físico y funcional, lo que subraya la relevancia de estas habilidades para mantener la movilidad y el rendimiento en las tareas diarias.

Los resultados indican que la flexibilidad y la agilidad se encuentran en niveles regulares. Esto sugiere que los AM evaluados mantienen una capacidad funcional media, aunque presentan restricciones que podrían interferir con el desempeño eficaz de algunas actividades diarias. En cuanto a la flexibilidad, estas restricciones pueden obstaculizar los movimientos que implican estiramiento, rotación o alcance de las extremidades superiores. Además, una agilidad reducida puede afectar la velocidad de levantarse, moverse, cambiar de dirección y reaccionar ante circunstancias que requieren rapidez en los movimientos [84].

Estos resultados pueden ser analizados teniendo en cuenta que el envejecimiento genera alteraciones graduales en los sistemas neuromotor y musculoesquelético, tales como una disminución de la elasticidad de los tejidos, un descenso de la movilidad articular, una pérdida de fuerza y una velocidad motora más baja. En tal sentido, la flexibilidad y la agilidad son fundamentales para la movilidad funcional y el mantenimiento de la independencia durante la vejez [79,83].

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer programas de envejecimiento activo dirigidos a la población AM. La OMS destaca que la práctica regular de actividad física, especialmente aquella que combina ejercicios de fuerza, resistencia, equilibrio y flexibilidad, contribuye significativamente a preservar la capacidad funcional y reducir el riesgo de dependencia en la vejez [86]. Asimismo, se ha demostrado que los programas estructurados de ejercicio físico mejoran la CF general, favorecen la autonomía y contribuyen al mantenimiento de una mejor CV en los AM [87].

4.3. Nivel de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca - 2025

Tabla 3. Nivel de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025

VARIABLE / DIMENSIONES	N	%
Calidad de vida*		
Baja	19	16,4
Regular	85	73,3
Buena	12	10,3
Dimensiones:		
– Física		
Baja	19	16,4
Regular	77	66,4
Buena	20	17,2
– Psicológica		
Baja	18	15,5
Regular	93	80,2
Buena	5	4,3
– Relaciones interpersonales		
Baja	21	18,1
Regular	50	43,1
Buena	45	38,8
– Ambiental		
Baja	2	1,7
Regular	84	72,4
Buena	30	25,9
TOTAL	116	100,0

Fuente: *Puntaje global del cuestionario WHOQOL-BREF

En la Tabla 3 se observa que la categoría más frecuente de CV fue el nivel regular (73,3%), seguida del nivel bajo (16,4%), mientras que solo el 10,3% alcanzó un nivel bueno. Estos resultados indican que los AM perciben su

bienestar en un nivel intermedio, aunque persisten limitaciones en diversas dimensiones.

Este predominio del nivel regular puede entenderse desde la perspectiva de envejecimiento saludable de la OMS, que sostiene que el bienestar en la vejez está íntimamente ligado a la capacidad funcional del individuo para cubrir sus necesidades, mantener relaciones y participar en actividades significativas en su entorno [88]. En este contexto, una CV que se considera regular podría significar que los AM mantienen algunos de sus recursos personales y sociales y ciertas habilidades funcionales, pero no en la medida adecuada para lograr un bienestar elevado.

Los resultados obtenidos guardan similitud con los hallazgos de Mendoza y Riveros [19], quienes reportaron predominio de CV regular en AM, así como con Rubio [16], quien identificó niveles intermedios de bienestar en población geriátrica. Esta coincidencia sugiere que en los AM son frecuentes los niveles intermedios de CV; esto puede estar asociado con la presencia simultánea de condiciones que contribuyen a conservar un nivel determinado de bienestar y, al mismo tiempo, limitaciones propias del periodo vital que pueden influir en su autonomía, funcionalidad, bienestar emocional y participación social.

Respecto a la dimensión física, aproximadamente dos tercios de los AM presentaron un nivel regular de CV. Este hallazgo coincide con la evidencia científica que indica que el envejecimiento se asocia con cambios fisiológicos progresivos que afectan la movilidad, la capacidad funcional y la autonomía personal. La OMS indica que la presencia de enfermedades crónicas y limitaciones funcionales repercute directamente en la percepción del bienestar físico durante la vejez [1].

La dimensión psicológica presentó la mayor concentración de participantes en el nivel regular; este resultado podría estar relacionado con los procesos de adaptación a los cambios propios del envejecimiento. Diversos estudios muestran que la salud mental, la resiliencia, la autoestima y la participación

social son factores fundamentales para mantener una adecuada CV en los AM [88].

Al respecto, Hernández et al. [89] sostienen que el bienestar psicológico durante la vejez depende de factores como la autoaceptación, la autonomía, las relaciones positivas y el propósito de vida, dimensiones que pueden verse afectadas por los cambios asociados al envejecimiento. Asimismo, Chicaiza et al. [90] destacan que la adaptación a eventos propios de esta etapa, como la pérdida de seres queridos o los cambios en los roles familiares, puede influir significativamente en la percepción psicológica de CV de los AM.

Por otro lado, en la dimensión relaciones interpersonales predominó el nivel regular de CV, seguido del nivel bueno. Estos resultados evidencian que una proporción importante de los AM mantiene vínculos familiares y sociales favorables. La literatura científica destaca que el apoyo social constituye un factor protector frente al aislamiento, la depresión y el deterioro funcional, contribuyendo significativamente al bienestar y a la CV durante la vejez [91].

El predominio del nivel regular en relaciones interpersonales refleja que los AM perciben un soporte social aceptable, aunque susceptible de mejora. López-Estrada y Maya-Castro [92] refieren que las redes sociales y el apoyo interpersonal constituyen factores protectores que favorecen el bienestar y reducen el riesgo de aislamiento social en la vejez.

En relación con la dimensión ambiental, predominó el nivel regular, seguido del nivel bueno. Esto sugiere que los AM perciben condiciones aceptables relacionadas con seguridad, acceso a servicios, transporte y entorno físico. Sin embargo, el hecho de que solo una cuarta parte (25,9%) alcanzara una valoración buena evidencia la necesidad de fortalecer estrategias orientadas a mejorar las condiciones ambientales que favorecen un envejecimiento activo y saludable.

Al respecto, la OMS señala que los entornos amigables con las personas mayores favorecen la independencia, la participación social y el

envejecimiento saludable; mientras que, las limitaciones del entorno pueden afectar negativamente la CV [93]. Asimismo, estudios precedentes destacan que las condiciones ambientales constituyen uno de los principales determinantes de la CV en la población AM [94].

Finalmente, los resultados muestran que la CV, tanto en forma global como en sus dimensiones, se encuentra predominantemente en un nivel regular, situación que podría estar relacionada con las condiciones de salud, funcionalidad, apoyo social y entorno presentes en esta población. En este contexto, la OMS recomienda fortalecer las estrategias de envejecimiento saludable mediante intervenciones orientadas a mejorar la actividad física, la salud mental, la participación social y las condiciones ambientales, con la finalidad de preservar la capacidad funcional y el bienestar durante la vejez [1,95].

4.4. Relación entre condición física y calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca - 2025

Tabla 4. Relación entre condición física y calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025

CONDICIÓN FÍSICA	CALIDAD DE VIDA						Total	
	Baja		Regular		Buena		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Mala	13	34,2	23	60,5	2	5,3	38	32,8
Regular	2	4,2	43	89,6	3	6,3	48	41,4
Buena	4	13,3	19	63,3	7	23,3	30	25,8
TOTAL	19	16,4	85	73,3	12	10,2	116	100,0

Prueba de hipótesis

Prueba estadística	Valor	Error estándar asintótico	Significación aproximada
Tau-b de Kendall	0,283	0,093	0,001*

* Sig. $p < 0,05$.

En la Tabla 4 se observa una tendencia favorable entre la CF y la CV de los AM atendidos en el Centro de Salud Virgen del Carmen. Se observó que los participantes con CF regular presentaron predominantemente CV regular (89,6%), mientras que aquellos con CF buena registraron una mayor proporción de CV buena (23,3%) en comparación con los demás grupos. No obstante, la proporción de CV baja no desciende de forma lineal (34,2% en CF mala, 4,2% en CF regular y 13,3% en CF buena), por lo que la tendencia positiva entre ambas variables debe interpretarse con cautela.

Mediante la prueba Tau-b de Kendall se obtuvo un coeficiente de 0,283, con un valor de significancia de 0,001 ($p < 0,05$). Estos resultados indican la existencia de una relación positiva y estadísticamente significativa entre la CF y la CV de los AM. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, lo que indica que los AM con mejor CF

presentaron, en general, mejor CV. Dado el diseño transversal y la magnitud baja del coeficiente, esta asociación no permite establecer una relación causal.

Asimismo, el valor del coeficiente ($\text{Tau-b} = 0,283$) indica una correlación positiva de magnitud débil, considerando que, según los criterios convencionales de interpretación, las correlaciones fuertes se sitúan a partir de 0,60. Esto significa que, si bien la CF no es el único factor que influye en la CV, constituye un elemento asociado al bienestar de los AM. Por lo tanto, un mejor nivel global de CF se asocia con una CV más favorable en este grupo etario; la relación de cada dimensión de la CF con la CV no fue analizada en el presente estudio.

Los resultados obtenidos coinciden con estudios internacionales que indican que los AM con mejores niveles de fuerza muscular, resistencia cardiorrespiratoria y capacidad funcional presentan mayores niveles de bienestar, autonomía e independencia para realizar las actividades de la vida diaria. Asimismo, se ha reportado que la preservación de la funcionalidad física constituye un factor protector frente a la dependencia, la fragilidad y el deterioro de la CV durante el envejecimiento [79,82,87].

La relación entre las variables evidencia que, conforme mejora la CF, la CV también tiende a elevarse. Este hallazgo coincide con la OMS, al señalar que la capacidad funcional constituye un componente esencial del envejecimiento saludable y se relaciona directamente con el bienestar físico, psicológico y social de las personas mayores [79]. Asimismo, indica que el mantenimiento de la capacidad funcional permite a los AM desarrollar actividades significativas, preservar su independencia y mejorar su CV [80].

Desde la perspectiva del envejecimiento activo, la CF constituye un componente fundamental para preservar la autonomía, independencia funcional y participación social de los AM [22]. Diversas investigaciones han demostrado que la preservación de la fuerza muscular, la resistencia cardiorrespiratoria, el equilibrio y la movilidad funcional contribuyen

significativamente a mantener la independencia y reducir el riesgo de dependencia, favoreciendo una mejor CV en los AM [82].

Por otro lado, la literatura científica señala que la disminución progresiva de las capacidades físicas durante el envejecimiento puede generar limitaciones en las actividades de la vida diaria, pérdida de autonomía y reducción de la participación social, circunstancias que afectan negativamente la CV [36]. Por ello, la promoción de programas de actividad física dirigidos a la población AM constituye una estrategia fundamental para favorecer un envejecimiento saludable.

En ese sentido, es importante promover y mantener programas de actividad física regular que se ajusten a las características y habilidades individuales de las personas AM. Estos deben abarcar ejercicios para la fuerza muscular, la resistencia aeróbica, la flexibilidad, el equilibrio y la agilidad. Además, los servicios de salud deben promover el monitoreo regular del estado físico, ofrecer orientación sobre estilos de vida activos y potenciar la implicación de la comunidad y la familia para impedir el deterioro funcional, preservar la autonomía y ayudar a mantener una CV apropiada.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas predominantes de los adultos mayores fueron: edad entre 60 y 69 años, sexo femenino, nivel educativo básico, estado civil casado y ausencia de enfermedad autorreferida; entre quienes sí reportaron alguna patología, predominaron las enfermedades no transmisibles.
- En condición física, predominó el nivel regular entre los adultos mayores. Entre las dimensiones evaluadas, la fuerza muscular presentó los resultados más favorables y la resistencia aeróbica fue la más comprometida, mientras que la flexibilidad y la agilidad se ubicaron predominantemente en el nivel regular, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las intervenciones orientadas a mejorar la capacidad física de esta población.
- En calidad de vida, la categoría más frecuente fue el nivel regular. Todas las dimensiones presentaron predominio del nivel regular; no obstante, la dimensión relaciones interpersonales mostró la mayor proporción de valoraciones buenas. Estos resultados evidencian que los participantes perciben su bienestar de manera aceptable, aunque persisten aspectos susceptibles de mejora para alcanzar niveles óptimos de calidad de vida.
- Se encontró una relación positiva, débil y estadísticamente significativa entre la condición física y la calidad de vida de los adultos mayores (Tau-b de Kendall = 0,283; $p = 0,001$), por lo que se acepta la hipótesis de investigación. Esto indica que los AM con mejor condición física tienden a presentar una mejor calidad de vida.

RECOMENDACIONES

A la Universidad Nacional Autónoma de Chota

- Promover programas de formación y extensión universitaria dirigidos a mejorar la condición física y la calidad de vida de los AM, priorizando estrategias de promoción de la salud y envejecimiento activo.
- Fomentar la ejecución de estudios longitudinales y experimentales que permitan evaluar el efecto de programas de actividad física sobre la condición física y la calidad de vida, contribuyendo a generar evidencia científica para la toma de decisiones en salud pública.

A los directivos del Centro de Salud Virgen del Carmen

- Fortalecer las actividades educativas sobre estilos de vida saludables, promoviendo una alimentación equilibrada, hidratación adecuada y práctica regular de actividad física como medidas para preservar la funcionalidad y autonomía durante el envejecimiento.
- Garantizar el cumplimiento del paquete de atención integral del AM, fortaleciendo las acciones de promoción, prevención, recuperación y seguimiento de la salud, de acuerdo con la normativa vigente del Ministerio de Salud.
- Promover actividades grupales recreativas, deportivas y de integración social que favorezcan la participación activa de los AM y contribuyan al mantenimiento de su bienestar físico, psicológico y social.

A la comunidad, familias y organizaciones sociales

- Incentivar la participación de los familiares en el acompañamiento y apoyo de los adultos mayores para la práctica regular de actividad física y el desarrollo de actividades sociales que contribuyan a mejorar su calidad de vida.
- Fomentar una cultura de envejecimiento saludable que promueva el autocuidado, la actividad física regular, la alimentación saludable y la participación activa de los AM dentro de la familia y la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento saludable: informe inicial [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado 8 de septiembre de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
2. Cancela J, Mollinedo-Cardalda I, Ferreira M, Bezerra P. Health-related Physical Fitness in Older Adult Europeans: The IN COMMON SPORT Study [Internet]. 2021 [citado 30 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://assets-eu.researchsquare.com/files/rs-153079/v1/4d666232-b834-4628-a18b-ef748ae64d74.pdf?c=1631872521>
3. Fundación Pasqual Maragall. Envejecimiento saludable y calidad de vida de las personas mayores en España y Europa [Internet]. Barcelona, España: Fundación Pasqual Maragall; 2024 [citado 30 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/envejecimiento-saludable>
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL examina el panorama actual del envejecimiento en la región, así como los avances y desafíos para el ejercicio de los derechos y la inclusión de las personas mayores [Internet]. Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2022 [citado 20 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/noticias/cepal-examina-panorama-actual-envejecimiento-la-region-asi-como-avances-desafios-ejercicio>
5. León LJ, Aldas AH. Condición física en adultos mayores según el género. Revista Runas de Educación y Cultura [Internet]. 2025 [citado 30 de agosto de 2025];6(11):1-12. Disponible en: <https://runas.religacion.com/index.php/about/article/view/259/457>
6. Herrera JL, Bravo PE, Maya HA. Valoración de la condición física de los adultos

mayores en el asentamiento La Sierrita, Cumanayagua. Efdeportes.com [Internet]. 2024 [citado 2 de julio de 2025];29(314):94-112. Disponible en: <https://efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/view/7532/2157>

7. Patiño SK. Factores de protección y calidad de vida de adultos mayores residentes del Centro Gerontológico Mis Años Dorados. Latam: revista latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet]. 2024 [citado 1 de septiembre de 2025];5(5):1-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9789033>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Peruana 2024: Una mirada de la diversidad étnica [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2024 [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6616587/5751291-situacion-de-la-poblacion-peruana-2024-una-mirada-de-la-diversidad-etnica.pdf?v=1720728622>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2024 [citado 20 de junio de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6548711/5706764-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-enero-febrero-marzo-2024.pdf>
10. Ururi QJ. La condición física del adulto mayor en el Centro Poblado Pharata Copaní de la Provincia de El Collao, Ilave [Tesis de licenciatura] [Internet]. [Puno, Perú: Universidad Nacional del Altiplano]; 2024 [citado 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/24005/Ururi_Quispe_Jhon_Carlos.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. López ZL, Gonzales SS. Capacidad funcional y calidad de vida del adulto mayor que asiste al Servicio de Geriatría en un Hospital Nacional de Lima, 2023.

Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería [Internet]. 2023 [citado 17 de abril de 2025];3(3):44-55. Disponible en:
<https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1858/2062>

12. Tenorio-Mucha J, Romero-Albino Z, Roncal-Vidal V, Cuba-Fuentes M. Calidad de vida de adultos mayores de la Seguridad Social peruana durante la pandemia por COVID-19. Revista del Cuerpo Médico del HNAAA [Internet]. 2021 [citado 17 de abril de 2025];14(1):41-8. Disponible en:
<https://repositorio.essalud.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12959/2029/Calidad%20de%20vida%20de%20adultos%20mayores%20de%20la%20Seguridad%20Social%20peruana%20durante%20la%20pandemia%20por%20COVID-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2023 [citado 20 de abril de 2025]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/cap05.pdf
14. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Resumen de indicadores: adulto mayor [Internet]. Cajamarca, Perú: Dirección Regional de Salud Cajamarca; 2025 [citado 1 de septiembre de 2025]. Disponible en:
<https://sir.diresacajamarca.gob.pe/risc/#/indicadores>
15. Cantú MP. La relación que presenta la calidad de vida y la condición física en un grupo de adultos mayores que realizan actividad física en Toluca, Estado de México. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores [Internet]. 2025 [citado 18 de abril de 2025];2(17):1-18. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/387699658_La_relacion_que_presenta_la_calidad_de_vida_y_la_condicion_fisica_en_un_grupo_de_adultos_mayores_que_realizan_actividad_fisica_en_Toluca_Estado_de_Mexico
16. Rubio CK. Relación de la condición física funcional y calidad de vida del adulto mayor de la Col. Centro del Municipio Oaxaca de Juárez. Memorias del

Concurso Lasallista de Investigación, Desarrollo e innovación [Internet]. 2022 [citado 21 de abril de 2025];8(3):1-4. Disponible en:
<https://revistasinvestigacion.lasalle.mx/index.php/mclidi/article/view/3205/3150>

17. Rodríguez-Gutiérrez S, Alarcón RM, Concha CY, Valdés BP, Guzmán ME. Asociación entre la condición física y calidad de vida con la fragilidad en personas mayores. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2022 [citado 21 de mayo de 2025];51(2). Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9339226>
18. Tapia-Villalobos V, Molina-Márquez I. Condición física y calidad de vida en adultos mayores autovalentes de la ciudad de Chillán, Chile. Revista Horizonte: Ciencias de la Actividad Física [Internet]. 2020 [citado 2 de septiembre de 2025];11(1):1-11. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8019614>
19. Mendoza SN, Riveros RL. Condición física saludable y calidad de vida en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Infantas, Lima-2024 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad María Auxiliadora; 2024 [citado 3 de abril de 2026]. Disponible en:
<https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/2313>
20. Castillo PJ. Condición física saludable y calidad de vida en el adulto mayor en el Centro de Salud 15 de Agosto, Arequipa [Tesis de licenciatura] [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Continental; 2022 [citado 10 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://repositorio.continental.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/d878c78f-2390-41b6-85a6-63159465cfc1/content>
21. Procil SA. Condición física y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Lima, 2021 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener; 2021 [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en:
https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6166/T061_47793266_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2002 [citado 2 de julio de 2025];37(S2):74-105. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
23. Balbin J. Condición física [Internet]. 2022 [citado 19 de abril de 2025]. Disponible en: <https://condicionfisica.es/condicion-fisica/>
24. Rodríguez NL. Hacia una tercera edad con mejor calidad de vida [Internet]. 2° ed. Mendoza, Argentina: Qellqasqa; 2013 [citado 27 de junio de 2025]. Disponible en: <https://deportes.uncuyo.edu.ar/upload/tercera-edad.pdf>
25. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado el 13 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/35b2506b-ddf8-40f5-8e82-9716b37f55e9/content>
26. Tyrone LC, Rodríguez HM. Efecto de un programa de 18 semanas de actividad física sobre la capacidad aeróbica, la fuerza y la composición corporal en personas adultas mayores. Pensamiento Actual [Internet]. 2018 [citado 10 de abril de 2025];18(30):125-35. Disponible en:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/33815/33303>
27. Castellanos-Ruiz J, Montealegre-Mesa L, Franco-Villada M, Mejía GT, Quechotl-Benítez R. Resistencia aeróbica: parámetros de prescripción del ejercicio físico con realidad virtual para personas mayores. Revista Digital: Actividad Física y Deporte [Internet]. 2024 [citado 7 de septiembre de 2025];10(1):1-8. Disponible en:
<https://revistas.udca.edu.co/index.php/rdaafd/article/view/2326/2818>

28. Fernández OJ, Hoyos CL. Efectos de la velocidad de entrenamiento en fuerza sobre diversas manifestaciones de la fuerza en mujeres adultas mayores. Retos [Internet]. 2020 [citado 30 de mayo de 2025];38:325–332. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/73917/48104>
29. Espinoza-Salinas A, Gajardo-Piñones N, González-Galdámez I, Peiret-Villacura L, Farias-Valenzuela C, Arenas-Sánchez G. Efectos del entrenamiento pliométrico sobre la velocidad de desplazamiento, fuerza resistencia y explosiva en mujeres mayores sedentarias. Retos [Internet]. 2023 [citado 15 de junio de 2025];47:948-54. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/95695/71143>
30. Piqueras Bravo M. Ejercicios para mantener la fuerza en personas mayores. Sanitas [Internet]. 2026 feb 24 [citado 2026 oct 13]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/habitos-vida-saludable/entrenamiento-de-fuerza-para-personas-mayores>
31. Cadavid SJ, Aguilar-Nascimento J, Dock-Nascimento D. Prehabilitación en el paciente con sarcopenia candidato a procedimientos quirúrgicos. Revista de nutrición clínica y metabolismo [Internet]. 2021 [citado 17 de abril de 2025];4(1):120-6. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/193/429>
32. Giménez D. Claves para prevenir la sarcopenia o pérdida de peso pronunciada en ancianos [Internet]. 2023 [citado 17 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/blogs/es/cuidado-mayores/claves-prevenir-sarcopenia-perdida-peso-pronunciada-anciano>
33. Matos-Duarte M, Martínez HV, Sanz AI, Berlanga LA. El estilo de vida como condicionante de la flexibilidad del adulto mayor. Retos [Internet]. 2022 [citado 7 de septiembre de 2025];43:283-9. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/354392908> El estilo de vida como

condicionante de la flexibilidad del adulto mayor determinant of flexibility in the elderly#:~:text=La flexibilidad a niveles adecuados es importante.

34. Gómez-Cabello A, Vicente RG, Vila-Maldonado S, Casajús J, Ara I. Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2012 [citado 30 de abril de 2025];27(1):22-30. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000100004
35. Falcón-Guerrero E, Falcón-Guerrero W. El envejecimiento y la obesidad sarcopénica: una actualización. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. 2024 [citado 7 de septiembre de 2025];46(e5414):1-11. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v46/1684-1824-rme-46-e5414.pdf>
36. Organización Mundial de la Salud. La gente y la salud: ¿qué calidad de vida? [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1996 [citado 10 de mayo de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf;sequence=1
37. Urzúa MA, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica* [Internet]. 2012 [citado 20 de mayo de 2025];30(1):61-71. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
38. Stefanacci RG. Calidad de vida en personas mayores. Manual MSD versión para público general [Internet]. 2026 [actualizado feb 2026; citado 13 oct 2026]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-y-calidad-de-vida/calidad-de-vida-en-personas-mayores#Calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud_v42968912_es
39. Quinatoa QS, Chasillacta AF. Bienestar físico y social en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús. *Enfermería investiga* [Internet]. 2018 [citado 13 de enero de 2025];3(4):203-7. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/387/216>

40. Teraz K, Pisot S, Simunic B, Pisot R. Does an active lifestyle matter? A longitudinal study of physical activity and health-related determinants in older adults. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [citado 30 de abril de 2025];10:1-10. Disponible en:
<https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.975608/full>
41. Stefanacci RG, Wasserman MR. Cambios corporales relacionados con el envejecimiento [Internet]. 2024 [citado 7 de septiembre de 2025]. Disponible en:
<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/cambios-corporales-relacionados-con-el-envejecimiento?ruleredirectid=758>
42. Lavandero C. En qué consiste el bienestar emocional [Internet]. 2022 [citado 30 de junio de 2025]. Disponible en: <https://canalsalud.imq.es/guias/bienestar-emocional-que-es-como-conseguirlo>
43. Charles S, Rush J, Piazza J, Cerino E, Mogle J, Almeida D. Growing old and being old: Emotional well-being across adulthood. *Journal of personality and social psychology* [Internet]. 2023 [citado 30 de mayo de 2025];125(2):455–469. Disponible en:
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fpspp0000453>
44. García L. Cambios psicológicos en la vejez [Internet]. 2023 [citado 7 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.cuidum.com/blog/cambios-psicologicos-en-la-vejez/>
45. Reyes-Jarquín K, Bautista-Díaz M, González-Celis A. Relación interpersonal entre adultos mayores y sus cuidadores. *Educación y Salud* [Internet]. 2022 [citado 30 de abril de 2025];10(20):65-9. Disponible en:
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/8711/8954>
46. Alvarado-Mora J, Vera-Sánchez E, Giler-Zambrano A, Saltos-García P.

Impactos de las relaciones sociales en el bienestar de adultos mayores. Sapiens International Multidisciplinary Journal [Internet]. 2024 [citado 29 de agosto de 2025];1(2):12-25. Disponible en:
<https://revistasapiensec.com/index.php/sapiens/article/view/13/37>

47. Parrales G, Molina S. La familia en el cuidado de los adultos mayores. Revista cognosis [Internet]. 2020 [citado 30 de abril de 2025];5:179-90. Disponible en:
<https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Cognosis/article/view/2324/2887>
48. Plagg B, Zerbe S. How does the environment affect human ageing? An interdisciplinary review. Journal of Gerontology and Geriatrics [Internet]. 2021 [citado 7 de septiembre de 2025];69(1):53-67. Disponible en:
[https://www.jgerontology-geriatrics.com/article/view/303#:~:text=La exposición a condiciones ambientales,perjudiciales para la salud humana.](https://www.jgerontology-geriatrics.com/article/view/303#:~:text=La%20exposici%C3%B3n%20a%20condiciones%20ambientales,perjudiciales%20para%20la%20salud%20humana.)
49. Ministerio de Salud. Documento técnico: Manual de implementación del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI) [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2021 [citado 4 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/rm-220-2021-minsa.pdf>
50. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos [Internet]. 1° ed. Santiago, Chile: LC/PUB.2018/24-P; 2018 [citado 20 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content>
51. Torres A. Los 4 cambios psicológicos en la vejez (memoria, atención, inteligencia, creatividad) [Internet]. 2024 [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/inteligencia/cambios-psicologicos-en-vejez>
52. Gómez MM. Explorando los aspectos sociales de la vejez [Internet]. 2026 [citado 22 de abril de 2026]. Disponible en:

<https://teleasistencia.es/es/blog/ocio-en-la-tercera-edad/explotando-los-aspectos-sociales-de-la-vejez>

53. Escalante CL, Pila HH. La condición física. Evolución histórica de este concepto. EFDeportes.com, Revista Digital [Internet]. 2012 [citado 22 de abril de 2025];17(170):1-5. Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd170/la-condicion-fisica-evolucion-historica.htm>
54. Galván BM. ¿Qué es calidad de vida? [Internet]. 2024 [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>
55. Congreso de la República del Perú. Ley N.º 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor. Diario Oficial El Peruano. 21 de julio de 2016.
56. Ministerio de Salud. Guía para la categorización de salud del sector salud [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2005 [citado 30 de mayo de 2025]. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/116_GUIACATEGOR.pdf
57. Municipalidad Provincial de Hualgayoc. Reseña histórica de Bambamarca [Internet]. Bambamarca, Perú: Municipalidad Provincial de Hualgayoc; 2024 [citado 3 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/13505-resena-historica-de-bambamarca>
58. Microred de Salud Virgen del Carmen. Evaluación de indicadores anual - 2024. Bambamarca, Perú: Microred de Salud Virgen del Carmen; 2024.
59. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Población regional 2026. Cajamarca, Perú: Dirección Regional de Salud Cajamarca; 2026.
60. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LM. Metodología de la investigación [Internet]. 6.^a ed. Ciudad de México, México: McGraw-Hill/Interamericana Editores; 2014 [citado 5 de julio de 2025]. Disponible en:

https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

61. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Indicadores sociodemográficos en temática MIMP – departamento de Cajamarca [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2018 [citado 8 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://mimp.gob.pe/omep/pdf/resumen2/IndSociod/Ind_Sociod_Cajamarca.pdf
62. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. Revista latinoamericana de psicología [Internet]. 2003 [citado 10 de mayo de 2025];35(2):161-4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
63. García MS. Senior Fitness Test (SFT) [Internet]. 2021 [citado 21 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-benito-juarez-de-oaxaca/fisioterapia-y-rehabilitacion/senior-fitness-test-escala/47339919>
64. López D. Senior fitness test todo [video]. 30 abril 2021. 26:42 min [Internet]. [citado 19 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=XRkBw7WwPfM>
65. Rikli R, Jones J. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. Journal of Aging and Physical Activity [Internet]. 1999 [citado 27 de marzo de 2026];7(2):129-61. Disponible en: <https://journals.humankinetics.com/view/journals/japa/7/2/article-p129.xml?content=pdf>
66. Cobo-Mejía E, Ochoa GM, Ruiz Castillo L, Vargas NA, Sáenz PA, Carolina SC. Confiabilidad del Senior Fitness Test versión en español, para población adulta mayor en Tunja-Colombia. Arch Med Deporte [Internet]. 2016 [citado 21 de abril de 2025];33(6):382-6. Disponible en: https://archivosdemedicinadeldeporte.com/articulos/upload/or03_cobo.pdf

67. Organización Mundial de la Salud. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1996 [citado 21 de abril de 2025]. Disponible en:
- <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOLBREF.pdf?sequence=1>
68. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Revista médica de Chile [Internet]. 2011 [citado 21 de abril de 2025];139:579-86. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>
69. Mendoza GN, Roncal CK. Calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud Callao, Callao - 2016 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018 [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/195>
70. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A. The subjective perception of the happiness of older adult residents in Colombia. Front Med [Internet]. 2023 [citado 6 de septiembre de 2026];10:1055572. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2023.1055572/full>
71. Oblitas SM, Salazar AM, Benel IA, Salgado FC, Heredia MJ, Santamaría SDR, et al. Assessment of Functional Capacity and Its Sociodemographic and Health Determinants in Older Adults from a Region of Peru. Risk Manag Healthc Policy [Internet]. 2026;19:579813. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41889703/>
72. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Social Report 2023: Leaving No One Behind In An Ageing World [Internet]. Nueva York, Estados Unidos: United Nations; 2023 [citado 16 de junio de 2026]. Disponible

en: <https://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world>

73. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2025 [citado 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin-adulto-mayor-iv-trimestre-2025.pdf>
74. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2023: OECD indicators [Internet]. París, Francia: OECD Publishing; 2023 [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html
75. Fhon JRS, Villanueva-Benites ME, Gómez-Luján MDP, Mocarro-Aguilar MR, Arpasi-Quispe O, Peralta-Gómez RY, et al. The Mental Health of the Peruvian Older Adult during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado 6 de septiembre de 2026];19(24):16893. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/24/16893>
76. Venta SA. Prolegómenos históricos sobre el matrimonio. *Emerging Trends in Education* [Internet]. 2024 [citado 3 de abril de 2026];10(30):1903-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9494133>
77. De la Rosa PA, Nakamura J, Cowden RG, Kim E, Osorio A, VanderWeele TJ. Longitudinal associations of spousal support and strain with health and well-being: An outcome-wide study of married older U.S. adults. *Fam Process* [Internet]. 2025 [citado 6 de septiembre de 2026];64(1):e13057. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39289893/>
78. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2025 [citado 16 de abril de 2026]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

79. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2021–2030: Baseline report [Internet]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2021 [citado 11 de junio de 2026]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28
80. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2025 [citado 19 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
81. World Health Organization. Physical activity and sedentary behaviour: a brief to support older people [Internet]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2022 [citado 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566048/>
82. Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, Anker SD, Aprahamian I, Arai H, et al. International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. J Nutr Health Aging [Internet]. 2021 [citado 13 de junio de 2026];25(7):824-53. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-021-1665-8>
83. Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Arai H, Kritchevsky SB, Guralnik J, et al. International Clinical Practice Guidelines for Sarcopenia (ICFSR): screening, diagnosis and management. J Nutr Health Aging [Internet]. 2018 [citado 13 de junio de 2026];22(10):1148-61. Disponible en: <https://www.em-consulte.com/article/1705959/international-clinical-practice-guidelines-for-sar>
84. Ravillet PN. Condición física funcional de adultos mayores residentes en comunidades aledañas a una universidad privada de Chiclayo, 2023 [Tesis de

licenciatura] [Internet]. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2024 [citado 8 de septiembre de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.usat.edu.pe/server/api/core/bitstreams/db7d05ae-d975-4779-808a-bdf8bfae6cd9/content>

85. Lichtenstein E, Morat M, Roth R, Donath L, Faude O. Agility-based exercise training compared to traditional strength and balance training in older adults: a pilot randomized trial. *PeerJ* [Internet]. 2020 [citado 8 de septiembre de 2026];8:e8781. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32328344/>
86. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2020 [citado 15 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
87. Bull F, Al-Ansari S, Biddle S, Borodulin K, Buman M, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med* [Internet]. 2020 [citado 12 de junio de 2026];54(24):1451-62. Disponible en: <https://bjsm.bmj.com/content/54/24/1451>
88. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 13 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/186466>
89. Hernández VV, Solano PN, Ramírez LP. Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista Venezolana de Gerencia* [Internet]. 2021 [citado 15 de junio de 2026];26(95):530-43. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/290/29069613004/html/>
90. Chicaiza Olivarez AC, Cuasque Toapanta NE, Fuentes Montaguano KN, Galarraga Cevallos NF, Lara Vilafña NS. Bienestar psicológico y apoyo social en adultos mayores: una revisión sistemática. *Ciencia Latina Rev Cient Multidisciplinar* [Internet]. 2025 [citado 13 oct 2026];9(3):6064-6077. Disponible

en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.18241

91. National Institute on Aging. Loneliness and social isolation: tips for staying connected [Internet]. Bethesda, Estados Unidos: National Institute on Aging; 2024 [citado 16 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/loneliness-and-social-isolation/loneliness-and-social-isolation-tips-staying-connected>
92. López-Estrada P, Maya-Castro I. El adulto mayor y las redes sociales: una oportunidad para la integración. Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales [Internet]. 2025 [citado 16 de junio de 2026];28:1-12. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5819/581982908001/html/>
93. Organización Mundial de la Salud. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2007 [citado 14 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/43805>
94. Asadollahi A, Błachnio A, Tomas J, Oliver A, Mosazadeh H. Urban environmental determinants and their effects on mental health, physical function, and quality of life in older adults: a multidimensional study in Shiraz, Iran. Scientific Reports [Internet]. 2026 [citado 17 de junio de 2026];16(1):76-94. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12946257/>
95. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care [Internet]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2025 [citado 17 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726>

ANEXOS

Anexo 1. Carta de invitación

INVITACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN
“Condición física y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud
Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025”

Estimado(a) participante:

Nosotras somos Erika Yaquelin y Barboza Tafur y Flor Malaga Rodríguez Aguilar, bachilleres de la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH – Chota. Nos complace cursarle la presente invitación a participar en un estudio cuyo objetivo es establecer la relación entre condición física y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025.

Se respetará su decisión para participar voluntariamente en el presente estudio. Los instrumentos que se utilizarán son una batería de seis pruebas de condición física y un cuestionario de 26 preguntas sobre calidad de vida, cuya información será confidencial. Para el primer instrumento, realizaremos con usted algunas pruebas sencillas de condición física; el segundo instrumento será leído por las investigadoras y usted responderá cada pregunta. Su aplicación no tomará más de 30 minutos.

Su participación es muy importante para el desarrollo de este estudio de investigación, pues permitirá conocer la condición física y la calidad de vida de los adultos mayores. Le agradecemos de antemano su participación.

Atentamente,

.....
RODRÍGUEZ AGUILAR FLOR MALAGA
910 123 047

.....
BARBOZA TAFUR ERIKA YAQUELINY
945 782 167

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Título de la investigación:

“Condición física y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025”

Objetivo de la investigación:

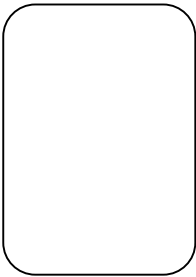
Establecer la relación entre condición física y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025

Yo....., identificado (a) con DNI N° , habiendo recibido la información brindada por las bachilleres en Enfermería Erika Yaqueliny Barboza Tafur y Flor Malaga Rodríguez Aguilar; acepto brindar la información solicitada por las investigadoras de manera personal, teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será divulgada.

La investigación ayudará a determinar si existe relación entre la condición física y calidad de vida en los adultos mayores, lo que permitirá generar conocimiento útil para fortalecer las actividades preventivo-promocionales para mejorar la condición física y la calidad de vida en los adultos mayores.

Bambamarca,.....de..... del 2025.

Firma



Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Académico Profesional de
Enfermería

*“Condición física y calidad de vida
en adultos mayores del Centro de
Salud Virgen del Carmen,
Bambamarca – 2025”*

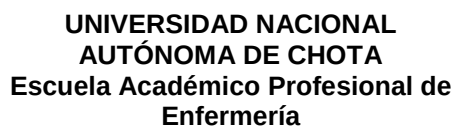
BATERÍA SENIOR FITNESS TEST (SFT)

(Rikli y Jones, 1999)

(Traducido al español por García MS, 2021)

(Adaptada a Perú por Procil, SA, 2021)

SENIOR FITNESS TEST			
Día:		H__ M__	Edad__
Nombre:		Peso__	Altura__
Test	1° intento	2° intento	Observaciones
1. Sentarse y levantarse de una silla			
2. Flexiones del brazo			
3. 2 minutos de marcha			
4. Flexión del tronco en silla			
5. Juntar las manos tras la espalda.			
6. Levantarse, caminar y volverse a sentar.			
*test de caminar 6 minutos. Omitir el test de 2 minutos marcha si se aplica el test de caminar 6 minutos.			



***“Condición física y calidad de vida
en adultos mayores del Centro de
Salud Virgen del Carmen,
Bambamarca – 2025”***

CUESTIONARIO WHOQOL – BREF

(OMS, 1996)

(Adaptada al Perú por Mendoza y Roncal, 2018)

Antes de comenzar nos gustaría hacerle unas preguntas generales. Marque la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

1. **Sexo** masculino ☐ femenino ☐
2. **¿Cuál es su fecha de nacimiento?** -----/-----/-----
Días mes año
3. **¿Cuál es su nivel de estudios completos?**
- | | |
|--------------------------|------------------|
| ☐ | Ninguno |
| ☐ | Educación Básica |
| ☐ | Educación media |
| ☐ | Superior |
4. **¿Cuál es su estado civil?**
- | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------|
| ☐ | Soltero/a | ☐ | Separado/a |
| ☐ | Casado/a | ☐ | Divorciado/a |
| ☐ | Conviviente | ☐ | Viudo/a |
5. **En la actualidad ¿Está enfermo?**
- ☐ Sí ☐ No
6. **Si tiene algún problema de salud ¿cuál cree que es?**
- Un problema/ una enfermedad de _____
7. **En la actualidad ¿Tiene alguna discapacidad?**
- ☐ Sí ☐ No
8. **Si tiene alguna discapacidad, por favor, describa:**

Discapacidad/es

Instrucciones:

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otros aspectos de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, esta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se le podría preguntar:

Marque con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo recibió de otras personas en las dos últimas semanas. Si usted recibió bastante apoyo, rodeará con un círculo el número 4, como se ve a continuación:

	¿Ha recibido de otras personas el apoyo que necesita?	Nada 1	Un poco 2	Regular 3	Bastante 4	Totalmente 5
--	---	-----------	--------------	--------------	----------------------	-----------------

	Ha recibido de otras personas el apoyo que necesita	Nada 1	Un poco 2	Regular 3	Bastante 4	Totalmente 5
--	---	------------------	--------------	--------------	---------------	-----------------

Marque con un círculo el número 1 si no recibió el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas semanas.

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos y marque con un círculo el número en la escala que mejor describa su respuesta.

		Muy mal	Mal	Aceptable	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Aceptable	Satisfecho/a	Bastante satisfecho/a
2	¿Está satisfecho/a con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la intensidad con que usted ha vivido ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
3	¿En qué medida piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	5	4	3	2	1
4	¿Hasta qué punto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	5	4	3	2	1
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
7	¿Cuál es su capacidad para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Se siente seguro/a en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Hasta qué punto es saludable el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la medida que ha sentido o ha sido capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Tiene disponible la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto puede hacer actividades en su tiempo libre?	1	2	3	4	5

		Muy poco	Poco	Aceptable	Bien	Muy bien
15	¿Es capaz de desplazarse por sí mismo?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren al grado de satisfacción o felicidad que usted ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Hasta qué punto está satisfecho/a de cómo duerme?	1	2	3	4	5
17	¿Hasta qué punto está satisfecho/a con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Hasta qué punto está satisfecho/a con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5

19	¿Hasta qué punto está satisfecho/a de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Hasta qué punto está satisfecho/a con sus relaciones interpersonales?	1	2	3	4	5
21	¿Hasta qué punto está satisfecho/a con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Hasta qué punto está satisfecho/a con el apoyo que recibe de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Hasta qué punto está satisfecho/a con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Hasta qué punto está satisfecho/a con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Hasta qué punto está satisfecho/a con su medio de transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a la frecuencia con que usted ha tenido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperación, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 4. Descripción de la batería SENIOR FITNESS TEST (SFT)

Es una herramienta que nos permite valorar la condición física de los mayores con seguridad, así como de forma práctica. Muchos de los tests que se han utilizado para valorar la condición física de los mayores fueron diseñados para jóvenes, por lo que no cumplen las normas de seguridad necesarias en este grupo de población y además, les suelen resultar algo complejos.

Por otro lado, existen pruebas específicas para adultos mayores o personas frágiles que no servirían a los adultos mayores sanos ya que estas pruebas valoran únicamente el nivel de independencia.

La SFT tiene características, que se explican a continuación, que la hacen más completa y práctica que los test que solían ser utilizados anteriormente.

Cualidades de la SFT (Rikli y Jones)

La SFT es muy completa: Los tests que componen la batería recogen el mayor número de componentes del fitness asociado con la independencia funcional, mientras que otras baterías realizadas para valorar a los adultos mayores se centran únicamente en algún componente concreto.

La SFT puede realizarse en personas con diferentes edades entre 60 y 94 años de edad y niveles de capacidad física y funcional ya que esta batería cubre un amplio rango de capacidad funcional, desde los más frágiles a los más sanos.

La SFT es de fácil aplicación en cuanto al equipamiento y espacio necesarios, por lo que puede realizarse fuera de un laboratorio.

La SFT tiene valores de referencia expresados en percentiles para cada uno de los test (obtenidos de un amplio estudio realizado a 7000 personas) lo que nos permite comparar los resultados con personas del mismo sexo y edad. Todas estas cualidades permiten utilizar esta batería tanto en el ámbito de investigación como en el de la aplicación práctica. La SFT posee múltiples aplicaciones (Rikli y Jones):

1. Para investigar debido a su gran fiabilidad y validez (especialmente para su uso fuera del laboratorio).

2. Para evaluar a los individuos e identificar factores de riesgo (gracias a los valores de referencia podemos comparar la capacidad de los mayores evaluados con los rangos normales en individuos de su mismo sexo y edad). También nos permite evaluar en qué capacidades físicas obtienen una menor puntuación para poder prevenir la pérdida de independencia.
3. Para planificar los programas ya que nos permite detectar las necesidades individuales consiguiendo de este modo mayor efectividad en los programas.
4. Para educar a los participantes y alcanzar los objetivos planteados, una cuidadosa interpretación de los resultados obtenidos en los tests ayuda a los participantes a comprender la relación entre su nivel de fitness y su movilidad funcional. Por otro lado, el planteamiento de objetivos aumenta la motivación y ayuda a dar un significado al programa de ejercicio.
5. Para evaluar los programas permitiéndonos de este modo valorar la efectividad del programa propuesto.
6. Para motivar a los participantes ya que muchos muestran curiosidad por saber cuál es su capacidad física y quieren saber qué nivel alcanzan respecto a otros individuos con sus mismas características. También las personas competitivas se sienten motivadas intentando alcanzar las puntuaciones más altas de la tabla.
7. Para mejorar la relación con los estamentos públicos, midiendo los resultados de un programa podemos documentar la eficacia del mismo y así obtener recursos de estos estamentos para poder llevarlos a cabo en nuestra comunidad.

Procedimientos y consideraciones para la administración de la batería SFT

Pautas a seguir

La SFT es una herramienta sencilla y de fácil aplicación, pero debe llevarse a cabo siguiendo unas normas de seguridad y de realización para así conseguir una valoración fiable, segura y eficaz (Rikli y Jones).

- Los examinadores deberán familiarizarse con los procedimientos de cada prueba tanto en su administración como en la recogida de los datos para después adquirir una amplia experiencia en su aplicación antes de realizarlo con los mayores.
- Antes de realizar la batería los participantes deberán completar un documento por escrito de consentimiento donde se les informará sobre los objetivos y los riesgos.
- Tenemos que seleccionar a los participantes ya que algunas personas no podrán realizar los tests: a los que por razones médicas se les contraindica la realización de ejercicio físico, los que han padecido insuficiencia cardiaca congestiva, los que padecen actualmente dolores articulares, dolor en el pecho, vértigos o angina

durante el ejercicio o aquellos que tienen una presión sanguínea alta (160/100) no controlada.

- El día anterior a la evaluación los participantes deberán seguir una serie de instrucciones: no realizar actividad física extenuante uno o dos días antes de la valoración, no beber alcohol en exceso 24 horas antes de los tests, comer algo ligero 1 hora antes de las pruebas, llevar ropa y calzado cómodo y seguro, no olvidar en ambientes calurosos gafas de sol y gorra y en ambientes fríos ropa de abrigo, informar al examinador de cualquier circunstancia o condición médica que pudiera afectarle a la hora de realizar las pruebas. También las pruebas de resistencia aeróbica (6 minutos caminando o la de la marcha durante 2 minutos) podríamos realizarlas antes del día de la evaluación para determinar el ritmo a seguir.
 - El material necesario para realizar las pruebas debe estar preparado con anterioridad: silla, cronómetro, mancuernas de 5 y 8 libras, escala, cinta adhesiva, un trozo de cuerda o cordón, cinta métrica (5-10 metros), 1 conos, palillos, cinta métrica, regla, contador de pasos, lapiceros, etiquetas de identificación. La hoja de registro, donde iremos anotando las puntuaciones debe estar preparada de antemano, a continuación, se muestra la hoja utilizada.

SENIOR FITNESS TEST			
Día: _____		H ____ M ____	Edad _____
Nombre: _____		Peso _____	Altura _____
Test	1º intento	2º intento	Observaciones
1. Sentarse y levantarse de una silla			
2. Flexiones del brazo			
3. 2 minutos marcha			
4. Flexión del tronco en silla			
5. Juntar las manos tras la espalda.			
6. Levantarse, caminar y volverse a sentar.			
*test de caminar 6 minutos. Omitir el test de 2 minutos marcha si se aplica este test.			

(Traducido de Rikli y Jones, 2001)

- El orden de las pruebas es el que se recoge en la ficha anterior, pero si realizamos la prueba de dos minutos marcha deberíamos omitir la de caminar 6 minutos o en el caso de querer hacer las dos pruebas, la de los 6 minutos la haríamos otro día. El peso y la altura pueden medirse en cualquier momento ya que no supone ningún esfuerzo.
- Las condiciones ambientales deben ser seguras y cómodas tanto por la temperatura como la humedad y si aparecen síntomas de sobrecalentamiento o sobreesfuerzo el participante tendrá que parar.

- Si aparecen los siguientes signos que normalmente se relacionan con una situación de esfuerzo excesivo o sobrecalentamiento debemos parar inmediatamente: fatiga inusual o dificultad para respirar, vértigo, dolor en el pecho, latidos irregulares del corazón, dolor de cualquier clase, entumecimiento, pérdida de control muscular y de equilibrio, náuseas o vómitos, confusión o desorientación o visión velada. Antes de comenzar la valoración debemos tener claro el procedimiento a seguir en caso de emergencia, así como dónde está situado el teléfono más cercano o cuál es el teléfono de urgencias y en caso de lesión o accidente recoger toda la información relativa al mismo.

Procedimiento para cada prueba

A continuación, vamos a realizar una descripción completa de cada uno de los test que componen la batería Senior Fitness Test incluyendo el objetivo, el procedimiento, la puntuación y normas de seguridad. Antes de cada prueba el examinador realizará una demostración de forma que el mayor pueda comprenderla y en el caso de las pruebas que requieren cierta velocidad debemos mostrarlas con cierto ritmo para que entiendan que ese es el objetivo de la prueba. (Rikli y Jones, 2001).

CHAIR STAND TEST (Sentarse y levantarse de una silla)
Objetivo: Evaluar la fuerza del tren inferior. Procedimiento: 1. El participante comienza sentado en el medio de la silla con la espalda recta, los pies apoyados en el suelo y los brazos cruzados en el pecho. 2. Desde esta posición y a la señal de “ya” el participante deberá levantarse completamente y volver a la posición inicial el mayor número de veces posible durante 30”. 3. Tenemos que demostrar el ejercicio primero lentamente para que el participante vea la correcta ejecución del ejercicio y después a mayor velocidad para que así comprenda que el objetivo es hacerlo lo más rápido posible, pero con unos límites de seguridad. 4. Antes de comenzar el test el participante realizará el ejercicio una o dos veces para asegurarnos que lo realiza correctamente. Puntuación: Número total de veces que “se levanta y se sienta” en la silla durante 30”. Si al finalizar el ejercicio el participante ha completado la mitad o más, del movimiento (levantarse y sentarse), se contará como completo. Se realiza una sola vez. Normas de seguridad: El respaldo de la silla debe estar apoyado en la pared o que alguien lo sujete de forma estable. Observar si el participante presenta algún problema de equilibrio. Parar el test de forma inmediata si el participante siente dolor.

ARM CURL TEST (Flexiones del brazo)

Objetivo: Evaluar la fuerza del tren superior.

Procedimiento:

1. El participante comienza sentado en la silla con la espalda recta, los pies apoyados en el suelo y la parte dominante del cuerpo pegado al borde de la silla.
2. Cogemos el peso con el lado dominante y lo colocamos en posición perpendicular al suelo, con la palma de la mano orientada hacia el cuerpo y el brazo extendido.
3. Desde esta posición levantaremos el peso rotando gradualmente la muñeca (supinación) hasta completar el movimiento de flexión del brazo y quedándose la palma de la mano hacia arriba, el brazo volverá a la posición inicial realizando un movimiento de extensión completa del brazo rotando ahora la muñeca hacia el cuerpo.
4. A la señal de “ya” el participante realizará este movimiento de forma completa el mayor número de veces posible durante 30”.
5. Primero lo realizaremos lentamente para que el participante vea la correcta ejecución del ejercicio y después más rápido para mostrar al participante el ritmo de ejecución.
6. Para una correcta ejecución debemos mover únicamente el antebrazo y mantener fijo el brazo (pegar el codo al cuerpo nos puede ayudar a mantener esta posición)

Puntuación:

Número total de veces que “se flexiona y se extiende” el brazo durante 30”. Si al finalizar el ejercicio el participante ha completado la mitad o más, del movimiento (flexión y extensión del brazo), se contará como completa.
Se realiza una sola vez.

Normas de seguridad:

Parar el test si el participante siente dolor.

2- MINUTE STEP TEST (2-Minutos Marcha)

Objetivo: Evaluación de la resistencia aeróbica.

Preparación: Antes de comenzar la prueba mediremos la altura a la que tiene que subir la rodilla el participante llevando un cordón desde la cresta ilíaca hasta la mitad de la rótula, después lo mantendremos sujeto desde la cresta ilíaca y lo doblaremos por la mitad marcando así un punto en el medio del muslo que indicará la altura de la rodilla en la marcha. Para visualizar la altura del paso transferiremos la marca del muslo a la pared para que el participante pueda tener una referencia.

Procedimiento:

1. A la señal de “ya” el participante comienza a marchar en el sitio el mayor número de veces que le sea posible durante 2 minutos.
2. Aunque las dos rodillas deben llegar a la altura indicada, contabilizaremos el número de veces que la rodilla derecha alcanza la altura fijada.
3. Si el participante no alcanza esta marca le pediremos que reduzca el ritmo para que la prueba sea válida sin detener el tiempo.

Puntuación:

La puntuación corresponderá al número total de pasos completos (dcha.-izq.) que es capaz de realizar en 2 minutos que será el número de veces que la rodilla derecha alcanza la altura fijada.

Se realizará un solo intento el día del test (el día anterior todos los participantes practicarán el test).

Normas de seguridad:

Aquellos participantes que presenten problemas de equilibrio deberían colocarse cerca de una pared o de una silla para poder apoyarse en caso de pérdida de equilibrio.

El examinador supervisará a todos los participantes por si existen signos de esfuerzo excesivo.

Al finalizar el test los participantes caminarán despacio durante un minuto.

6-MINUTE WALK TEST (test de caminar 6 minutos)

Objetivo: Evaluación de la resistencia aeróbica.

Preparación: Antes de comenzar la prueba prepararemos el circuito rectangular que tendrá las siguientes medidas: (20 yardas/18,29 m) por (5 yardas/ 4,57m), cada extremo del circuito estará marcado por un cono y cada 5 yardas/ 4,57m lo marcaremos con una línea.

Procedimiento:

1. Se realizará una vez terminadas todas las pruebas.
2. Saldrán de uno en uno cada 10 segundos.
3. A la señal de "ya" el participante caminará tan rápido como le sea posible durante 6 minutos siguiendo el circuito marcado.
4. Para contar el número de vueltas realizado el examinador dará un palillo al participante por cada vuelta realizada o lo marcará en la hoja de registro (IIII II)
5. A los 3 y a los 2 minutos se avisará del tiempo que queda para finalizar la prueba para que los participantes regulen su ritmo de prueba.
6. Cuando pasen los 6 minutos el participante se apartará a la derecha y se colocará en la marca más cercana manteniéndose en movimiento elevando lentamente las piernas de forma alternativa.

Puntuación:

La puntuación se recogerá cuando todos los participantes hayan finalizado la prueba. Cada palillo o marca en la hoja de registro representa una vuelta (50 yardas/45,7m). Para calcular la distancia total recorrida multiplicaremos el número de vueltas por 50 yardas o 45,7m.

Se realizará un solo intento el día de la prueba, pero el día anterior todos los participantes practicarán el test para obtener el ritmo de la prueba.

Normas de seguridad:

Seleccionar un área de superficie lisa y que no deslice.

Poner sillas a lo largo del circuito, pero fuera del área de circulación (de la prueba).

Aquellos participantes que muestren signos de esfuerzo excesivo interrumpirán el test.

CHAIR-SIT AND REACH-TEST (Test de flexión del tronco en silla)

Objetivo: Evaluar la flexibilidad del tren inferior (principalmente bíceps femoral)

Procedimiento:

1. El participante se colocará sentado en el borde de la silla (el pliegue entre la parte alta de la pierna y los glúteos debería apoyarse en el borde delantero del asiento).
2. Una pierna estará doblada y con el pie apoyado en el suelo mientras que la otra pierna estará extendida tan recta como sea posible enfrente de la cadera.
3. Con los brazos extendidos las manos juntas y los dedos medios igualados el participante flexionará la cadera lentamente intentando alcanzar los dedos de los pies o sobrepasarlos.
4. Si la pierna extendida comienza a flexionarse el participante volverá hacia la posición inicial hasta que la pierna vuelva a quedar totalmente extendida.
5. El participante deberá mantener la posición al menos por 2 segundos
6. El participante probará el test con ambas piernas para ver cuál es la mejor de las dos (solo se realizará el test final con la mejor de las dos). El participante realizará un breve calentamiento realizando un par de intentos con la pierna preferida.

Puntuación:

El participante realizará dos intentos con la pierna preferida y el examinador registrará los dos resultados rodeando el mejor de ellos en la hoja de registro. Se mide la distancia desde la punta de los dedos de las manos hasta la parte alta del zapato.

Tocar en la punta del zapato puntuará "Cero"

Si los dedos de las manos no llegan a alcanzar el pie se medirá la distancia en valores negativos (-)

Si los dedos de las manos sobrepasan el pie se registra la distancia en valores positivos (+).

Normas de seguridad:

El respaldo de la silla debe estar apoyado en la pared o que alguien lo sujete de forma estable.

Recordar al participante que exhale el aire lentamente cuando realiza el movimiento de flexión

El participante nunca debe llegar al punto de dolor.

Las personas que padezcan osteoporosis severa o que sientan dolor al realizar este movimiento no deben realizar el test.

BACK SCRATCH TEST (Test de juntar las manos tras la espalda)

Objetivo: Evaluar la flexibilidad del tren superior (principalmente de hombros)

Procedimiento:

1. El participante se colocará de pie con su mano preferida sobre el mismo hombro y con la palma hacia abajo y los dedos extendidos. Desde esta posición llevará la mano hacia la mitad de la espalda tan lejos como sea posible, manteniendo el codo arriba.
2. El otro brazo se colocará en la espalda rodeando la cintura con la palma de la mano hacia arriba y llevándola tan lejos como sea posible, intentando que se toquen los dedos medios de ambas manos.
3. El participante deberá practicar el test para determinar cuál es el mejor lado. Podrá realizarlo dos veces antes de comenzar con el test.
4. Debemos comprobar que los dedos medios de una mano están orientados hacia los de la otra lo mejor posible.
5. El examinador podrá orientar los dedos del participante (sin mover sus manos) para una correcta alineación.
6. Los participantes no podrán cogerse los dedos y tirar de ellos.

Puntuación:

El participante realizará dos intentos con el mejor lado antes de comenzar con el test y se anotará en la hoja de registro poniendo un círculo en la mejor de ellas.

Se mide la distancia entre la punta de los dedos medios de las dos manos.

Si los dedos solo se tocan, puntuará "Cero"

Si los dedos de las manos no llegan a tocarse se medirá la distancia en valores negativos (-)

Si los dedos de las manos se solapan se registra la distancia en valores positivos (+).

Siempre se mide la distancia desde la punta de los dedos de una mano a la otra independientemente de la alineación detrás de la espalda.

Normas de seguridad:

Detener el test si el participante siente dolor.

Recordar a los participantes que continúen respirando cuando realicen el estiramiento y eviten movimientos bruscos.

8-FOOT UP-AND-GO TEST (Test de levantarse, caminar y volverse a sentar)

Objetivo: Evaluar la agilidad y el equilibrio dinámico

Preparación: Colocar una silla pegada a la pared y un cono a 8 pies (2,44 metros), medido desde la parte posterior del cono hasta el borde anterior de la silla.

Procedimiento:

1. El participante se sentará en el medio de la silla manteniendo la espalda recta, los pies apoyados en el suelo y las manos sobre sus muslos. Un pie estará ligeramente adelantado respecto al otro y el tronco inclinado ligeramente hacia delante.
2. A la señal de "ya" el participante se levantará y caminará lo más rápido que le sea posible hasta rodear el cono y volver a sentarse.
3. El tiempo comenzará a contar desde el momento que decimos "ya" aunque el participante no haya comenzado a moverse.
4. El tiempo parará cuando el participante se siente en la silla.

Puntuación:

El examinador realizará una demostración de la prueba al participante y el participante lo realizará una vez a modo de prueba.

El test se realizará dos veces y el examinador lo registrará marcando con un círculo la mejor puntuación.

Normas de seguridad:

El examinador se colocará entre el cono y la silla para ayudar al participante en el caso en el que el participante pierda el equilibrio. En las personas más débiles debemos valorar si se levantan y se sientan de forma segura.

Anexo 5. Valores de referencia

Dentro de la SFT, los valores de referencia nos permiten interpretar los resultados de la batería.

A continuación, se muestran el intervalo normal (entre los percentiles 25 y 75) según sexo y en las distintas edades (desde los 60 a los 94 años de edad).

INTERVALO NORMAL EN MUJERES							
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94
Sentarse y levantarse de una silla (N° repeticiones)	12-17	11-16	10-15	10-15	9-14	8-13	4-11
Flexiones de brazo (N° repeticiones)	13-19	12-18	12-17	11-17	10-16	10-15	8-13
Caminar 6 minutos (yardas)	545-660	500-635	480-615	435-585	385-540	340-510	275-440
2 minutos marcha (pasos)	75-107	73-107	68-101	68-100	60-90	55-85	44-72
Flexión del tronco en silla (pulgadas)	(-0.5) (+5.0)	(-0.5) (+4.5)	(-1.0) (+4.0)	(-1.5) (+3.5)	(-2.0) (+3.0)	(-2.5) (+2.5)	(-4.5) (+1.0)
Juntar las manos tras la espalda (pulgadas)	(-3.0) (+1.5)	(-3.5) (+1.5)	(-4.0) (+1.0)	(-5.0) (+0.5)	(-5.5) (+0.0)	(-7.0)- (-1.0)	(-8,0)- (-1.0)
Levantarse caminar y volverse a sentar (seg.)	6.0-4.4	6.4-4.8	7.1-4.9	7.4-5.2	8.7-5.7	9.6-6.2	11.5-7.3

INTERVALO NORMAL EN HOMBRES							
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94
Sentarse y levantarse de una silla (nºrep)	14-19	12-18	12-17	11-17	10-15	8-14	7-12
Flexiones de brazo (nºrep)	16-22	15-21	14-21	13-19	13-19	11-17	10-14
Caminar 6 minutos (yardas)	610-735	560-700	545-680	470-640	445-605	380-570	305-500
2 minutos marcha (pasos)	87-115	86-116	80-110	73-109	71-103	59-91	52-86
Flexión del tronco en silla (pulgadas)	(-2.5) (+4.0)	(-3.0) (+3.0)	(-3.0) (+3.0)	(-4.0) (+2.0)	(-5.5) (+1.5)	(-5.5) (+0.5)	(-6.5)- (-0.5)
Juntar las manos tras la espalda (pulgadas)	(-6.5) (+0.0)	(-7.5)- (-1.0)	(-8.0)- (-1.0)	(-9.0)- (-2.0)	(-9.5)- (-2.0)	(-9.5)- (-3.0)	(-10,5)- (-4.0)
Levantarse caminar y volverse a sentar (seg.)	5.6-3.8	5.9-4.3	6.2-4.4	7.2-4.6	7.6-5.2	8.9-5.5	10.0-6.2

Anexo 6. Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnicas e instrumentos
Condición física y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025	¿Cuál es la relación entre condición física y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025?	Objetivo general Establecer la relación entre condición física y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025. Objetivos específicos - Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025. - Determinar la condición física de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025. - Estimar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025.	Hi: La relación entre condición física y calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025, es significativa Ho: La relación entre condición física y calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca – 2025, no es significativa.	Técnicas - Evaluación física y encuesta. Instrumentos - Batería Senior Fitness Test (SFT). - Cuestionario WHOQOL – BREF

Anexo 7. Análisis de fiabilidad de los instrumentos

A. Batería Senior Fitness Test (SFT)

Alfa de Cronbach	Nº de elementos	n
0,931*	6	30

* Buena fiabilidad ($\alpha > 0,80$).

B. Cuestionario WHOQOL – BREF

Alfa de Cronbach	Nº de elementos	n
0,935*	26	30

* Buena fiabilidad ($\alpha > 0,80$).