



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Trabajo Académico

Calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de una comunidad
rural – 2025

**Para optar el Título de
Especialista en Fisioterapia Cardiorrespiratoria**

Presentado por:

Autora: Huilca Martel, Yurico


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3668-8925>

Asesora: Mg. Diaz Mau, Aimee Yajaira

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5283-0060>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 20/06/2025

Yo,..... Yurico Huillca Martel..... egresado de la Facultad de ...Ciencias de la Salud... y Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica - Terapia Física y Rehabilitación / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “.....Calidad De Sueño y Capacidad Funcional en Adultos Mayores De Una Comunidad Rural - - 2025” Asesorado por el docente: Mg. Diaz Mau, Aimee Yajaira.....DNI ...40604280...ORCID...0000 – 0002 – 5283 - 0060.. tiene un índice de similitud de ...12 (doce) % con código ___14912:450436680_____verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

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



.....
Firma de autor 1

Yurico Huillca Martel

DNI:71085746.....

.....
Firma de autor 2

Nombres y apellidos del Egresado


DNI:



.....
Firma

Nombres y apellidos del Asesor: Diaz Mau, Aimee Yajaira

DNI:40604280.....

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 20/06/2025

Lima, ...20...de.....junio..... de.....2025.....

INDICE

1. EL PROBLEMA	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema general.....	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. Objetivos de la investigación	7
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
1.4. Justificación de la investigación	8
1.4.1. Justificación Teórica	8
1.4.2. Justificación Metodológica.....	8
1.4.3. Justificación Práctica	9
1.5. Delimitaciones de la investigación	9
1.5.1. Temporal.....	9
1.5.2. Espacial	10
1.5.3. Población y Unidad de Análisis	10
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes	10
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Formulación de la hipótesis	27
2.3.1. Hipótesis general.....	27
2.3.2. Hipótesis específicas	28
3. METODOLOGÍA	29
3.6. Variables y operacionalización	31
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	35
3.7.1. Técnica	35
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	35
3.7.3. Validación	38
3.7.4. Confiabilidad	38
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	39
3.9. Aspectos éticos	39
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	40

4.1. Cronograma de actividades	40
4.2. Presupuesto	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
5. Matriz Operacionalización de variables.....	56
5.1 Carta de presentación para expertos.....	59
6. Formato Definición de variables y dimensión a entregar a expertos.....	60
7. Certificado de Validez de contenido de instrumento firmado por experto.....	62
9. Ficha de validación del instrumento Firmada.....	71

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

“De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el proceso de envejecimiento de la población sigue en aumento, iniciando en países desarrollados como Japón, donde cerca del 30% de sus habitantes supera los 60 años. Se estima que, en 2020, el número de personas de 60 años o más pase de 1000 millones a 1400 millones, y para 2050 se proyecta que alcance los 2100 millones” (1).

El envejecimiento está frecuentemente asociado con diversos cambios metabólicos y fisiológicos que incrementan la vulnerabilidad a múltiples enfermedades crónicas, discapacidades y una reducción en la calidad de vida. Esto es preocupante ya que no solo se debe de considerar patologías como fragilidad y alteraciones de la capacidad funcional, sino también alteraciones a nivel fisiológico como la calidad de sueño (2). Se considera que hasta la mitad de las personas mayores que viven en comunidad presentan distintos grados de trastornos del sueño (2). Además, la calidad deficiente del descanso nocturno es frecuente en esta población, con una prevalencia estimada entre el 12% y el 40%. La actividad física puede ayudar a controlar el insomnio, lo que indica que también podría contribuir a mejorar la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (3).

La prevalencia de problemas del sueño fue significativamente más alta en adultos mayores de Estados Unidos, donde el 64,13 % los presentó, en comparación con Europa con un 20,23 % y la región del Pacífico Occidental con un 21,31 %. En cuanto a la edad, el 21,7 % de los adultos mayores de 80 años o más reportaron problemas de sueño (4). En Reino Unido realizaron un estudio de seguimiento entre la duración del sueño y mortalidad en adultos mayores, hallando que la duración prolongada del sueño se asocia con mayor mortalidad y esto a la vez se relaciona con niveles bajos de fuerza muscular, velocidad de la marcha y bajos niveles

de ejercicio diario, todo esto reduce el comportamiento activo y esto progresivamente la capacidad funcional (5).

Investigaciones en poblaciones asiáticas han encontrado una relación entre la sarcopenia y la duración del sueño en personas mayores, observando una mayor prevalencia de sarcopenia en aquellos con sueño corto o prolongado, especialmente en mujeres. En poblaciones latinoamericanas, estudios transversales han identificado una conexión entre el riesgo de trastornos del sueño, como la apnea, y una baja masa muscular en adultos mayores brasileños. En Chile, la evidencia es limitada; un estudio transversal reveló que los adultos mayores chilenos con más de dos despertares nocturnos o sueño corto mostraban un rendimiento físico funcional reducido (6). En México, el 63.9 % de adultos mayores duerme menos de 7 horas y el 3.8 % duerme más de 9 horas. Casi la mitad de los adultos mayores (49.1 %) presentó una baja calidad del sueño, y el 19.2 % refirió somnolencia diurna. Respecto a condiciones de salud, el 22.0 % tenía diabetes tipo 2, el 40.1 % hipertensión arterial, el 18.3 % presentaba limitaciones en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), el 8.2 % mostró síntomas depresivos y el 23.3 % tenía deterioro cognitivo (7).

En Perú, se estudiaron la multimorbilidad y patrones de sueño demostrando que las personas con multimorbilidad eran más propensas a tener un sueño prolongado y de baja calidad, aunque no se observó una asociación entre la multimorbilidad y un sueño de corta duración. Además, se descubrió que 4 de cada 10 individuos presentaban multimorbilidad, y cerca de 1 de cada 8 tenía una mala calidad de sueño (8).

La población del departamento de Junín asciende a 1,377,838 habitantes, lo que equivale al 4.1% de la población total del país, en cuanto a la esperanza de vida, Junín presenta un promedio de 75.8 años, ubicándose en el puesto 17 entre los 24 departamentos del Perú. Por otro lado, la razón de dependencia demográfica en la región es de 55.8. En otras palabras, por

cada centenar de habitantes en edad productiva, se calcula que hay cerca de 56 personas en situación de dependencia, lo cual supone un desafío relevante para las políticas sociales y económicas de ese departamento (9).

La importancia de realizar evaluaciones de la capacidad funcional en personas mayores de comunidades altoandinas de Perú y otras con características rurales radica en que la movilidad reducida se asocia con el soporte social que se brinda, la capacidad funcional de una persona se basa en su capacidad intrínseca, en su entorno y en la interacción entre ambos (10).

Dadas las consideraciones previamente expuestas, resulta imperativo llevar a cabo investigaciones encaminadas a profundizar en el conocimiento de la capacidad funcional y la calidad del sueño en la población de adultos mayores de comunidades rurales.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño y la capacidad funcional en adultos mayores de una comunidad rural - 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la calidad de sueño en los adultos mayores de una comunidad rural - 2025?
- ¿Cuál es la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural - 2025?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión calidad del sueño subjetiva y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural - 2025?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión latencia del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural - 2025?

- ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión duración del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural - 2025?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión eficiencia habitual del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural - 2025?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión perturbaciones del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de de una comunidad rural – 2025?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión uso de medicación y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural - 2025?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión disfunción diurna y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural - 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de sueño y la capacidad funcional en adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la calidad de sueño en los adultos mayores de una comunidad rural - 2025.
- Identificar la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.
- Identificar la relación entre la calidad de sueño según su dimensión calidad del sueño subjetiva y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.
- Identificar la relación entre la calidad de sueño según su dimensión latencia del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

- Identificar la relación entre la calidad de sueño según su dimensión duración del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural - 2025.
- Identificar la relación entre la calidad de sueño según su dimensión eficiencia habitual del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.
- Identificar la relación entre la calidad de sueño según su dimensión perturbaciones del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.
- Identificar la relación entre la calidad de sueño según su dimensión uso de medicación y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.
- Identificar la relación entre la calidad de sueño según su dimensión disfunción diurna y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación Teórica

El envejecimiento es un proceso fisiológico que conlleva cambios en múltiples sistemas del cuerpo humano, afectando directamente la calidad del sueño y la capacidad funcional del adulto mayor. Diversos estudios han demostrado que el sueño, como proceso restaurador, tiene un papel crucial en la regulación metabólica, cognitiva, emocional y motora. En los adultos mayores, la fragmentación del sueño, la dificultad para conciliarlo y el acortamiento de sus fases profundas afectan negativamente su desempeño diario y su autonomía. Por otro lado, la capacidad funcional es un indicador clave del estado de salud en esta población, ya que determina su independencia (11).

1.4.2. Justificación Metodológica

La presente investigación se enmarca dentro del enfoque cuantitativo, utilizando un diseño

correlacional que “permite examinar y determinar la relación existente entre dos variables clave: la calidad del sueño y la capacidad funcional. Para la recolección de datos, se emplearán instrumentos estandarizados y validados, como el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y la Escala de Barthel, lo que asegura la objetividad, validez y confiabilidad de los resultados obtenidos” (12).

El estudio se desarrollará con una muestra representativa de adultos mayores pertenecientes a una comunidad rural de Junín, lo cual permitirá obtener información contextualizada, relevante y aplicable para futuras intervenciones en centros similares.

1.4.3. Justificación Práctica

Los resultados permitirán identificar posibles factores asociados a una disminución de la capacidad funcional relacionados con alteraciones del sueño, brindando una base sólida de futuras intervenciones fisioterapéuticas, estrategias de higiene del sueño y rutinas de ejercicio adecuadas a esta población. Asimismo, servirá como herramienta para que el personal de salud, cuidadores y gestores comunitarios reconozcan la importancia de evaluar y atender de manera conjunta el sueño y la funcionalidad en el adulto mayor, mejorando su calidad de vida y previniendo la dependencia. Además, puede ser un insumo valioso para el desarrollo de políticas locales de salud.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La investigación se realizará en un periodo de 6 meses, comprendido entre enero del 2025 a junio 2025.

1.5.2. Espacial

La ejecución del presente proyecto se llevará a cabo en una comunidad rural, perteneciente a la provincia de Concepción, región Junín, Perú. Este escenario ha sido seleccionado por su vinculación directa con la atención a la población adulta mayor, lo que lo convierte en un entorno propicio para el desarrollo del estudio.

1.5.3. Población y Unidad de Análisis

Adultos mayores entre 65 a 80 años, de manera que la unidad de análisis conforma adultos mayores de una comunidad rural de Concepción- Junín.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Arora et al. (13) orientaron su investigación con “el objetivo de medir asociación de calidad de sueño con fuerza de agarre. Movilidad funcional, equilibrio, depresión y ansiedad en una población con sobrepeso/ obesidad. Fue un estudio retrospectivo con datos de 2337 participantes de la zona rural de India. Los instrumentos utilizados fueron el Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI), la dinamometría para la fuerza de agarre de la mano, la prueba de levantarse y caminar (TUG) para la movilidad funcional, la prueba de levantarse de la silla, la escala de depresión geriátrica (GDS-30) y la escala de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)”. Los resultados en relación con las dimensiones de calidad de sueño indican que la duración, la eficiencia del sueño, el uso de medicación para dormir y la disfunción diurna no mostraron asociación con ningún indicador de salud física. Asimismo, ni la duración del sueño ni el uso de medicación para dormir evidenciaron una relación significativa con los indicadores de salud física o psicológica en personas con sobrepeso u obesidad. Por otro lado, en el grupo de peso normal, una unidad de aumento en la puntuación global del PSQI se asoció con un aumento de

0,08 s en el tiempo TUG (IC del 95 %: 0,01, 0,14; valor $p < 0,05$). En conclusión, la mala calidad del sueño y sobrepeso/obesidad podría empeorar la salud física y psicológica en adultos mayores.

Muhammad et al. (14) realizaron la investigación con “el objetivo de identificar la asociación entre la calidad del sueño y la fragilidad física entre adultos de la India, fue un estudio secundario de la base de datos de 6512 adultos mayores de 50 años. Dentro de los resultados se encontró que el 66,8% eran prefrágiles y el 25,2% eran frágiles. Con respecto a la calidad de sueño, los adultos mayores con mala calidad de sueño tenían probabilidades significativas de mayor fragilidad [AOR: 2,79; IC: 1,37-5,66]”. En comparación con aquellos que recibían las 7-8 h de sueño recomendadas apropiadas para su edad, los adultos mayores que dormían ≥ 9 h informaron una probabilidad significativamente menor tanto de prefragilidad [AOR: 0,73; IC: 0,57-0,93] como de fragilidad [AOR: 0,68; IC: 0,51-0,91]. La mala calidad del sueño no se relacionó con ninguno de los componentes de la fragilidad en las mujeres mayores; sin embargo, en los hombres mayores, se asoció con el agotamiento [AOR: 4,28; IC: 2,28-8,06], la fuerza de agarre débil [AOR: 2,31; IC: 1,46-3,67] y la baja actividad física [AOR: 2,81; IC: 1,10-7,21]. Por lo tanto, se concluye la asociación entre mala calidad de sueño con fragilidad, con evidencia notoria en hombres que en mujeres.

Lin et al. (15) En un estudio realizado en residencias para adultos mayores en Taiwán, los investigadores se propusieron identificar la relación entre la función física, el estado nutricional, “la función cognitiva, la presencia de depresión y la calidad del sueño en personas mayores con dinapenia. Se trató de una investigación de tipo transversal, que incluyó a 178 adultos mayores. Para la recolección de datos, se utilizaron instrumentos validados como el Índice de Barthel y

el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI). Los resultados revelaron que las puntuaciones en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) variaron entre 35 y 100 puntos, siendo que el 60,1% de los participantes obtuvo el puntaje máximo (100), lo que indica total independencia". En cuanto a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), los puntajes fluctuaron entre 0 y 8, y el 75,8% (135 personas) no presentó discapacidad en esta dimensión. Los valores del índice de masa corporal (IMC) oscilaron entre 16,5 y 34,9 kg/m², con una media de 24,3 kg/m². Respecto a la calidad del sueño, los puntajes del PSQI estuvieron entre 0 y 20, con un 66,9% (119 participantes) obteniendo más de 5 puntos, lo que indica una mala calidad del sueño. Se identificaron correlaciones significativas entre la calidad del sueño y variables como la edad ($t = 2,37, p < 0,05$), el nivel educativo ($\chi^2 = 3,85, p < 0,05$), la fuerza de prensión manual ($t = 3,40, p < 0,01$), las AVD ($t = 4,29, p < 0,001$), las AIVD ($t = 2,23, p < 0,001$) y la circunferencia de la pantorrilla ($t = 2,89, p < 0,01$). El estudio concluyó que la calidad del sueño en adultos mayores con disfunción se ve influida significativamente por la función física, el estado nutricional, la función cognitiva y los síntomas depresivos.

Teas et al. (16) realizaron su estudio "con el objetivo de identificar la relación entre el sueño y la capacidad funcional en adultos con un diseño transversal, la muestra estuvo conformada por 664 adultos y se aplicaron el Índice de calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), así como pruebas objetivas de latencia del sueño, duración, despertar después del inicio del sueño, la capacidad funcional se evaluó mediante pruebas de velocidad de marcha, fuerza de agarre y el test de levantarse de la silla". Dentro de los resultados los participantes el 58,6% es del sexo femenino. Se aplicaron modelos de regresión lineal para el análisis estadístico: una mejor calidad del sueño auto informada predijo menos limitaciones informadas, un agarre más fuerte, una marcha más rápida y levantarse de la silla más rápido (todos $p < 0,01$), Una duración de sueño prolongada

(>8 horas) y un horario de sueño más variable predijeron una menor fuerza de agarre ($p < 0.05$). Finalmente, después del ajuste por medidas objetivas del sueño, el PSQI siguió siendo un predictor significativo de las medidas funcionales ($P < 0.05$) y explicó una cantidad significativa de varianza adicional. Como conclusión se tuvo que todas las medidas objetivas del sueño se correlacionaron significativamente, excepto la duración del sueño.

Arias et al. (17) realizaron la investigación con el “objetivo de examinar las asociaciones entre dichas variables, fue un estudio transversal con una muestra de 392 adultos mayores de España, los instrumentos utilizados fueron Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), la escala FRAIL se utilizó para identificar la fragilidad física, la batería corta de rendimiento físico para evaluar el deterioro funcional de las extremidades inferiores (LEFI) y la fuerza de agarre se midió utilizando un dinamómetro de mano para evaluar la debilidad muscular”. Dentro de los resultados se encontró una puntuación media de la calidad del sueño del PSQI de 8,05 (DE:4,06) y la duración del sueño nocturno fue de 6,40 (1,57) horas. Un total de 19,9% de los participantes eran frágiles, 66,1% tenían LEFI y 41,3% debilidad muscular. Los participantes con mala calidad del sueño (puntuación global del PSQI ≥ 10) tenían más probabilidades de tener limitaciones funcionales; el OR totalmente ajustado (IC del 95 %) fue de 2,90 (1,10–7,64; P -tendencia = 0,02) para la fragilidad física, 2,73 (1,34–5,58; P -tendencia = 0,007) para LEFI y 2,32 (1,14–4,75; P -tendencia = 0,01). En conclusión, la mala calidad del sueño se asoció con una mayor frecuencia de fragilidad física, deterioro funcional en miembros inferiores y debilidad muscular.

2.1.2. Nacionales

Chirinos (18) llevó a cabo una investigación con el “propósito de analizar la relación existente entre la calidad del sueño y el deterioro cognitivo en personas adultas mayores. Para ello, se

empleó un diseño de estudio correlacional de tipo transversal, utilizando una muestra conformada por 100 participantes. Los instrumentos aplicados fueron el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh para evaluar el descanso nocturno y la prueba de Pfeiffer para medir el grado de deterioro cognitivo”. Dentro de los resultados se encontró predominancia del sexo femenino con un 59% y un 44% son casados. En relación con la calidad del sueño el 36% necesita atención médica y el 70% presenta una función cognitiva normal. Con relación al nivel de independencia y la calidad de sueño se encontró mayores frecuencias en la población independiente y que merece atención y tratamiento (32 personas), seguido por la población independiente y sin problemas de sueño (27 personas). No se encontró relación entre las variables de estudio ($p < 0.06$). En conclusión, los adultos mayores independientes en sus actividades de vida diaria y funciones motoras presentan una función cognitiva normal.

Inoñan (19) “llevó a cabo un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la actividad física y la calidad del sueño en adultos atendidos en el Policlínico Parroquial San José Marelló. La investigación, de enfoque cuantitativo con diseño transversal y correlacional, incluyó a una muestra de 72 pacientes. Para la recopilación de datos se utilizaron el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)”. Los resultados revelaron que el 70 % de los encuestados eran mujeres, quienes mostraron niveles más favorables en cuanto a la calidad del sueño en comparación con los varones. No obstante, el análisis bivariado evidenció que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la práctica de actividad física y la calidad del sueño ($p = 0,285$). Del mismo modo, no se identificaron asociaciones relevantes entre las diferentes dimensiones evaluadas del sueño, tales como percepción subjetiva, tiempo de conciliación, duración, eficiencia, interrupciones, uso de fármacos para dormir y disfunción diurna. Por lo tanto, este estudio concluye que no se halló

una correlación entre la actividad física y la calidad del sueño en la muestra analizada.

Leon et al. (20) guiaron su investigación con el “propósito de analizar la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos mayores del distrito de San Pedro de Saño, se empleó un diseño metodológico no experimental de tipo transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 90 personas adultas mayores, y se utilizó como instrumento de evaluación el Índice de Barthel”. Entre los principales resultados, se encontró que el 43,3 % de los participantes presentaban un nivel de independencia funcional, mientras que el 26,7 % evidenciaba un grado de dependencia moderada., según el nivel de calidad de vida el 70% percibe como regular seguido por un 25% de nivel buena. Con relación a la capacidad y calidad de vida los adultos mayores independientes refieren una buena calidad de vida representado por un 2,8%, esto tiene se corrobora con el Rho de Spearman de 0,470 con un $p < 0,001$ indicando una correlación positiva débil entre ambas variables.

Bendezú et al. (21) oriento su investigación con “el objetivo de analizar la relación entre los condicionantes de la salud vinculados al estilo de vida y la capacidad funcional en adultos mayores del departamento de Ica. El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, con un diseño transversal y de carácter descriptivo, abarcando una muestra de 124 personas adultas mayores. Para la recopilación de datos, se aplicaron el Cuestionario de Condicionantes de la Salud y el Índice de Barthel. Los resultados revelaron que el 85 % de los participantes se encontraba en el grupo etario de 60 a 68 años, siendo el 79 % de sexo femenino”. En cuanto al estado civil, el 43 % estaban casados y el 36 % convivían. Asimismo, el 70 % contaba con estudios secundarios y el 91 % tenía hijos. En lo que respecta a la capacidad funcional, el 72 % de los adultos mayores se clasificó como independiente, mientras que el 23 % presentó un nivel de dependencia leve. Con relación al condicionante del sueño, el 69 % evidenció hábitos favorables para la salud. Se concluyó que factores relacionados con el estilo de vida —como la práctica de actividad física

y deportiva, el uso del tiempo libre, el consumo de sustancias psicoactivas y los patrones de sueño— inciden de manera positiva o negativa en dimensiones clave como el autocuidado y los hábitos alimentarios.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Adulto mayor

En 1994, la “Organización Panamericana de la Salud (OPS) estandarizó la definición de adulto mayor como aquella persona de 65 años o más. Sin embargo, debido a cambios en las normativas y al aumento de la esperanza de vida, en Perú, desde 2004, se considera adulto mayor a partir de los 60 años, según la Resolución Ministerial N° 859-2004-MINSA”. De acuerdo con la Resolución Ministerial N° -2023-MINSA, los adultos mayores se clasifican en tres categorías basadas en evaluaciones como el VACAM y la Valoración Geriátrica Integral. Esta clasificación toma en cuenta factores de riesgo, problemas de salud y limitaciones funcionales (22)):

- **Adulto mayor independiente:** Incluye a aquellos que obtienen altos puntajes en las pruebas que evalúan su “capacidad para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)”. En esta categoría, se promueve el mantenimiento de un estilo de vida saludable y el fortalecimiento de la capacidad funcional.
- **Adulto mayor dependiente parcial:** Se refiere a quienes presentan un deterioro funcional que limita la realización de las “ABVD y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)”. El objetivo en esta categoría es prevenir un mayor deterioro o revertir la situación a través de acciones de promoción y prevención, adaptadas a las necesidades de salud de cada individuo.

- Adulto mayor dependiente total: Agrupa a las personas con una pérdida significativa de la capacidad funcional, que requieren asistencia completa para realizar las ABVD y AIVD. En estos casos, se prioriza la identificación de las causas del deterioro, la evaluación de posibilidades de recuperación, y la gestión integral de enfermedades crónicas avanzadas. También se sugiere un abordaje multidisciplinario en salud, que incluya la participación de la familia (22).

2.2.2. Calidad de sueño

Es un término que no se limita únicamente a dormir adecuadamente durante la noche, sino que también abarca un buen desempeño durante el día. Por ello, está vinculado tanto con la cantidad de horas de sueño como con los efectos que este tiene en el estado de vigilia (23).

Fases del sueño

La investigación y clasificación de las fases del sueño se fundamentó en el movimiento ocular, según lo planteado por Kleitman en 1953. El sueño REM, cuyas siglas en inglés corresponden a rapid eye movement (movimiento ocular rápido), y el sueño NREM, derivado de non-rapid eye movement (movimiento ocular no rápido), representan etapas cíclicas. Estas fases alternan entre sí de forma sucesiva durante la noche, aproximadamente cuatro o cinco veces. En promedio, el sueño NREM tiene una duración total de seis horas, mientras que el sueño REM ocupa cerca de dos horas. Estas etapas son esenciales para el ser humano debido a sus funciones cerebrales activas y variables, dependiendo de la edad o la etapa del desarrollo. El sueño, por lo general, se desarrolla en cuatro etapas que progresan de manera cíclica, desde la etapa 1 hasta llegar al sueño REM en la etapa 4:

- Fase 1: Sueño no REM – Corresponde a una etapa de sueño superficial, en la que se reduce progresivamente la actividad muscular.
- Fase 2: Sueño REM – Se caracteriza por la detención del movimiento ocular y la aparición de ondas cerebrales rápidas, con un incremento en la actividad eléctrica que da inicio a las ondas beta.
- Fase 3: Sueño REM – En esta etapa se observan ondas cerebrales lentas y de gran amplitud, conocidas como ondas delta, que comienzan a predominar.
- Fase 4: Sueño no REM – Representa la fase de sueño profundo, durante la cual el cerebro mantiene un patrón dominante de ondas delta; no se presentan movimientos oculares ni actividad muscular (24).

El sueño presenta cambios significativos a lo largo de la vida, determinados por el desarrollo y la madurez del individuo, lo que lo distingue entre etapas como la infancia, la adultez y la vejez. La cantidad de horas necesarias para dormir varía según la edad: “los recién nacidos suelen dormir entre 14 y 18 horas al día, los lactantes entre 12 y 14 horas, los niños en edad escolar entre 11 y 12 horas, y los adultos generalmente requieren de 7 a 8 horas por noche”. A lo largo de la vida, es natural que el tiempo de sueño disminuya de forma gradual, pudiendo existir diferencias de hasta 16 horas entre la niñez y la adultez, y una mayor reducción en los adultos mayores. Aunque se considera ideal “dormir entre 7 y 8 horas diarias para mantener un estado de salud óptimo”, las necesidades de sueño varían entre las personas. Se distinguen patrones de "sueño corto" (alrededor de 5 horas), "sueño intermedio" (7-8 horas, el más común) y "sueño largo" (más de 9 horas). Algunos estudios sugieren que los patrones extremos de sueño, tanto corto como largo, podrían asociarse a un mayor riesgo de deterioro en la salud, mientras

que quienes duermen entre 7 y 8 horas tienden a disfrutar de un mejor bienestar físico y mental (25).

Dimensiones de la calidad del sueño

- “Calidad subjetiva del sueño”: Hace referencia a la percepción del individuo sobre el total de horas que cree haber dormido. También se relaciona con la dificultad para iniciar o mantener el sueño.
- “Latencia del sueño”: Se define como el tiempo, medido en minutos, que transcurre desde el momento en que la persona se acuesta hasta que comienza a dormir. Es en este periodo donde se produce una mayor actividad onírica, facilitando el inicio de los sueños.
- “Duración del sueño”: Corresponde al promedio de horas que una persona duerme. Según las variaciones individuales en la duración habitual del sueño, las personas pueden clasificarse en aquellas con patrones de sueño corto, intermedio o largo.
- “Eficiencia habitual del sueño”: Se refiere al tiempo efectivo que una persona pasa en un sueño real. Es importante destacar que el sueño es esencial desde el punto de vista biológico, y un mal descanso puede tener un impacto significativo en la salud física y mental.
- “Perturbaciones del sueño”: Incluyen cualquier dificultad relacionada con el proceso de dormir, como despertares nocturnos, levantarse para ir al baño, dificultades respiratorias, sueños desagradables, dolor u otras razones que interrumpen el sueño.

- “Uso de medicación para dormir”: Consiste en el empleo de fármacos hipnóticos para facilitar el inicio del sueño. Estos medicamentos pueden ser una solución temporal para tratar el insomnio o el sueño fragmentado.
- “Disfunción durante el día”: Se refiere a cualquier alteración en el funcionamiento adecuado del organismo durante el día. La calidad del sueño no solo implica un descanso adecuado durante la noche, sino también un desempeño óptimo en las actividades diurnas (23,26)

“Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh”

El PSQI es una herramienta diseñada para evaluar la calidad del sueño y diferenciar entre quienes presentan un sueño "bueno" o "malo". Este índice permite detectar la presencia de trastornos significativos del sueño de distintos tipos y proporciona una puntuación global que puede ser interpretada tanto por pacientes como por médicos e investigadores, facilitando un diagnóstico más preciso de los problemas relacionados con el sueño.

El instrumento consta de 19 ítems de autoinforme que permiten obtener una puntuación global que varía entre 0 y 21 puntos, donde valores más elevados indican una menor calidad del sueño. Está estructurado en 7 componentes principales, cada uno evaluado en una escala de 0 a 3. Estos componentes abarcan dimensiones como la percepción subjetiva del sueño, el tiempo necesario para conciliarlo, su duración, la eficiencia del descanso habitual, las interrupciones o alteraciones durante la noche, el uso de fármacos para dormir y la presencia de disfunción diurna. Además, incorpora 5 elementos opcionales que pueden ser informados por un compañero de cama o de habitación, aportando una visión complementaria.

En cuanto a la validez de contenido, el PSQI ha sido evaluado en diversos estudios que

incluyó una muestra de 417 adultos mayores con una puntuación global media de 4,98 ($\pm 3,63$). Los participantes tenían una edad media de 68,9 ($\pm 6,34$) años, con subgrupos conformados por individuos sanos, personas con trastorno depresivo en remisión completa, y otros con trastorno depresivo activo. En esta muestra, predominaban las mujeres (55,2%) y personas caucásicas (97,1%).

El análisis factorial del instrumento reveló un modelo de 3 factores, que abarca la eficiencia del sueño, la calidad percibida del sueño y las perturbaciones diarias. Los resultados del análisis factorial confirmatorio indicaron que este modelo ofrecía un mejor ajuste que el modelo de 2 factores propuesto en análisis factoriales exploratorios previos, o el modelo de 1 factor mencionado en la literatura original, destacando su robustez y aplicabilidad en el contexto clínico y de investigación (27).

2.2.3. Capacidad Funcional

En 2015, la “Organización Mundial de la Salud definió la capacidad funcional como el resultado de la interacción entre la persona y su entorno, y cómo esta relación influye de forma recíproca. Esta capacidad está profundamente relacionada con la salud y con las acciones que permiten a los individuos desarrollarse y participar activamente en su entorno. Se entiende, por tanto, como la aptitud para llevar a cabo, de manera autónoma, las actividades básicas de la vida diaria sin requerir ayuda o supervisión externa, lo cual refleja un nivel de autosuficiencia. Asimismo, abarca la habilidad de ejecutar, de forma individual o colectiva, las tareas propias de la vida cotidiana” (28).

Dimensiones de Capacidad Funcional

“Actividades de la Vida Diaria (AVD)”

Las AVD en los adultos mayores abarcan mantener hábitos saludables relacionados con la nutrición, el ejercicio, la recreación, el patrón de sueño y los hábitos personales.

Asimismo, incluyen la capacidad de autocuidado, como bañarse, vestirse y alimentarse de forma autónoma. Estas actividades son acciones fundamentales para el cuidado y la preservación de la integridad corporal, realizándose diariamente y siendo esenciales para la supervivencia de la persona (29) .

“Las actividades de la vida diaria se dividen en básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD)”. Las ABVD incluyen tareas esenciales para el autocuidado diario, como alimentarse, asearse y vestirse. Las AIVD comprenden actividades que favorecen la independencia, como cocinar o hacer compras. Por su parte, las AAVD se relacionan con la participación en actividades sociales, recreativas, laborales, viajes y ejercicio físico de alta intensidad. A medida que aumenta el deterioro funcional, también incrementa el riesgo de mortalidad, las consultas médicas, los ingresos hospitalarios y la necesidad de medicamentos y recursos sociales. Al evaluar la funcionalidad, es importante identificar el nivel de dependencia o independencia en actividades como comer, vestirse, higiene personal, uso de pañales, sondas o colectores por incontinencia, así como la capacidad para deambular con o sin ayuda (ya sea humana o técnica, como bastones, muletas, andadores o sillas de ruedas), la habilidad para realizar transferencias y los antecedentes de caídas. La ventaja de estas escalas radica en su capacidad para analizar no solo la puntuación global, sino también cada ítem de manera individual, lo que las hace sensibles para detectar las primeras señales de deterioro (26,29).

“Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)”

Son las actividades que realizamos diariamente, como asearnos, vestirnos, alimentarnos o desplazarnos, han sido desde los inicios de la terapia ocupacional y la evaluación funcional un tema central de interés y atención. Estas destacan principalmente la importancia de los cuidados personales. Sin embargo, en la actualidad, estas actividades

incluyen todas aquellas necesarias o deseables para cada persona, ampliando su enfoque original. Fue en 1978 cuando la Asociación Americana de Terapia Ocupacional proporcionó una definición formal de las ABVD, describiéndolas como los componentes de las actividades diarias que abarcan el autocuidado, el trabajo y el ocio. En este contexto, las ABVD se consideran elementos constitutivos de actividades más amplias, como abrir una puerta para acceder al lugar de trabajo o peinarse como parte del arreglo personal.

Hasta ahora, el concepto de ABVD se entiende como un conjunto de tareas o componentes que posibilitan otras actividades y facilitan la participación social del individuo, además de estar asociadas al cuidado personal de manera independiente, que incluyen:

- Higiene personal: Abarca el afeitado, el maquillaje, la higiene bucal, el peinado, el cuidado de las uñas y el manejo de materiales necesarios para cada actividad.
- Ducha: Implica trasladarse al área de la ducha, manejar los utensilios necesarios, regular la temperatura, enjabonarse, enjuagarse y secarse.
- Vestimenta: Incluye seleccionar la ropa adecuada según el clima o la situación y realizar la acción de vestirse y desvestirse.
- Alimentación: Comprende identificar los cubiertos y llevarlos desde el plato a la boca.
- Control de esfínteres: Se refiere al control voluntario del vaciado de la vejiga e intestinos.
- Uso del inodoro: Incluye trasladarse, posicionarse, manejar la ropa y limpiar la zona.

- Movilidad funcional: Engloba cambios de posición, transferencias y desplazamientos.

Estas actividades no solo promueven el autocuidado, sino que también son esenciales para una vida independiente y una adecuada interacción social (30) .

“Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)”

“Son aquellas que permiten a una persona vivir de forma independiente en una comunidad. Aunque no son esenciales para una funcionalidad básica, su realización puede mejorar significativamente la calidad de vida. Estas actividades incluyen dominios como la cocina, limpieza, transporte, lavandería y gestión de finanzas”. En el contexto de la rehabilitación, los terapeutas ocupacionales evalúan frecuentemente las AIVD para determinar el nivel de asistencia requerido y la función cognitiva del individuo.

Las AIVD requieren un nivel más alto de autonomía personal, ya que implican tareas más complejas relacionadas con la toma de decisiones y la resolución de problemas cotidianos. Estas actividades suelen ser especialmente desafiantes para pacientes que han sufrido enfermedades cerebrales, presentan un fuerte componente cultural, ya que están influenciadas por el entorno del individuo. Además de ser más complejas desde el punto de vista cognitivo y motriz, también implican una interacción constante con el medio inmediato, dentro de ellas se encuentran:

- Uso del teléfono: Involucra habilidades como reconocer las partes del dispositivo, buscar números, realizar llamadas, responder y finalizar conversaciones de manera adecuada.

- Preparación de alimentos: Requiere identificar los ingredientes, adquirirlos, utilizar utensilios de cocina, seguir recetas, manejar electrodomésticos y mantener la limpieza posterior.
- Tareas domésticas básicas: Actividades como lavar platos y arreglar camas contribuyen al mantenimiento funcional y psíquico del adulto mayor.
- Compras necesarias: Incluye elaborar una lista de compras, gestionar el presupuesto, localizar productos, orientarse en establecimientos y realizar pagos.
- Manejo de medicación: Implica identificar medicamentos, dosis y horarios, utilizando herramientas como alarmas o pastilleros si es necesario.
- Movilidad en la comunidad: Utilizar medios de transporte y localizar domicilios conocidos facilita la independencia y mejora la calidad de vida.
- Gestión del dinero: Incluye clasificar y reconocer billetes y monedas, realizar pagos, controlar facturas, utilizar cajeros automáticos y realizar movimientos bancarios.

Estas actividades, aunque más complejas que las ABVD, son fundamentales para la autonomía y calidad de vida, especialmente en adultos mayores y personas en rehabilitación (30).

“Actividades Avanzadas de la vida diaria (AAVD)”

Estas actividades presentan un mayor grado de complejidad en comparación con las básicas, ya que demandan la coordinación de funciones cognitivas, sociales, culturales y físicas más elaboradas. “Entre ellas se encuentran tareas como utilizar el teléfono, hacer compras, preparar alimentos, mantener el hogar, lavar la ropa, desplazarse en medios de transporte, administrar medicamentos y manejar las finanzas personales”.

Las AIVD están relacionadas con acciones complejas que son fundamentales para mantener la independencia y la participación en la comunidad. Estas actividades pueden evaluarse en dos dimensiones: a) Procedimental y b) Cognitiva, involucrando habilidades perceptivas y motrices, así como capacidades de procesamiento para interactuar con el entorno, planificar y resolver problemas.

Desde la perspectiva de las AIVD, la funcionalidad es clave para un envejecimiento exitoso, ya que permite a las personas mantener relaciones sociales y redes de contacto. Además, estas actividades reflejan la conexión con el entorno y poseen un nivel de complejidad que puede evidenciar la integridad física, cognitiva y psicológica del individuo. La pérdida de capacidad en algunas de estas tareas puede ser indicativa de deterioro cognitivo o depresión en adultos mayores. Por otro lado, la dependencia en ciertas AIVD está directamente relacionada con un aumento en la demanda de servicios de salud, dado que estas actividades son esenciales para la autonomía y la calidad de vida en este grupo etario (31).

“Índice de Barthel”

“El Índice de Barthel es una herramienta utilizada para evaluar la capacidad de una persona con trastornos neuromusculares o musculoesqueléticos para realizar actividades de autocuidado”. Su propósito principal es medir el nivel de independencia funcional en actividades cotidianas, proporcionando información valiosa para planificar cuidados y rehabilitación. El índice se enfoca en tres áreas principales: actividades de la vida diaria, movilidad funcional y marcha. La evaluación se realiza mediante una medida de desempeño que utiliza papel y lápiz como modo de administración. Este instrumento evalúa un total de 10 actividades, incluyendo alimentación, baño, aseo personal, vestirse, control intestinal y vesical, ir al baño, traslado en silla, deambulación y subir escaleras.

Las actividades se califican según el nivel de asistencia requerido para completarlas, lo que permite determinar el grado de dependencia o independencia del individuo.

El tiempo necesario para administrar el índice varía según el método empleado: 20 minutos mediante observación directa y 2-5 minutos mediante autoinforme. No se requiere entrenamiento previo para su uso, lo que facilita su aplicación en diversos contextos clínicos.

La confiabilidad del Índice de Barthel ha sido ampliamente estudiada, la confiabilidad entre evaluadores fue de regular a buena, dependiendo de la actividad evaluada. Otros estudios han reportado una excelente confiabilidad entre evaluadores en adultos mayores residentes en hogares de ancianos, donde se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0,96.

En cuanto a la consistencia interna, estudios recientes destacan su excelencia en diferentes poblaciones. En adultos mayores residentes en hogares de ancianos reportaron un alfa de Cronbach de 0,83. Por otro lado encontraron una consistencia interna excelente en varios grupos: adultos mayores con fracturas de cadera o muñeca (alfa de Cronbach = 0,91-0,92), residentes en entornos de atención residencial (alfa de Cronbach = 0,92) y aquellos que viven en la comunidad (alfa de Cronbach = 0,88-0,92). Estos resultados respaldan la fiabilidad y validez del Índice de Barthel como una herramienta eficaz para evaluar la funcionalidad en personas mayores y guiar intervenciones personalizadas en su atención (32) .

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Ho: No existe relación entre la Calidad de sueño y la Capacidad Funcional en Adultos Mayores de una comunidad rural – 2025.

Hi: Existe relación entre la Calidad de sueño y la Capacidad Funcional en Adultos Mayores de una comunidad rural – 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Hipótesis específica 01:

Ho: No existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión calidad del sueño subjetiva y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión de la calidad del sueño subjetiva y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

- Hipótesis específica 02:

Ho: No existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión latencia del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión latencia del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de de una comunidad rural – 2025.

- Hipótesis específica 03:

Ho: No existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión duración del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión duración del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

- Hipótesis específica 04:

Ho: No existe relación significativa entre la calidad de sueño en su dimensión eficiencia habitual del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión eficiencia habitual del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

- Hipótesis específica 05:

Ho: No existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión perturbaciones del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión perturbaciones del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

- Hipótesis específica 06:

Ho: No existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión uso de medicación y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión uso de medicación y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

- Hipótesis específica 07:

Ho: No existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión disfunción diurna y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión disfunción diurna y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

“El método científico orienta esta investigación”, al seguir una serie de pasos

metodológicos que afirmen o nieguen la hipótesis y deducir resultados se utilizará el método hipotético – deductivo (33)

3.2. Enfoque de la investigación

Este estudio se desarrollará bajo un “enfoque cuantitativo, ya que los datos serán expresados en términos numéricos y permitirán un análisis estadístico. Se recurrirá a la recopilación y procesamiento de información cuantificable con el fin de dar respuesta a las preguntas de investigación y comprobar las hipótesis formuladas” (33)

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación será “pura o básica, ya que su propósito es ampliar el conocimiento teórico y enriquecer las teorías y saberes existentes. En cuanto a su orientación temporal, se clasifica como transversal, puesto que se llevará a cabo en un único momento, y según su proyección temporal, es de carácter prospectivo” (33).

3.4. Diseño de la investigación

El estudio se enmarca en “un diseño no experimental, ya que no se manipulan intencionalmente las variables de estudio, sino se observan los fenómenos tal como se presentan. Tiene un nivel descriptivo correlacional, ya que se describirán las características de las variables y se examinará la relación sin establecer causalidad”(35).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

La población estará constituida por 100 adultos mayores que pertenecen al centro integral adulto mayor Matahuasi durante el año 2025 según el registro de inscritos brindado por la Municipalidad Distrital de Matahuasi.

Muestra

Se conformará por 100 adultos mayores que viven en una comunidad rural de Concepción, Junin.

Muestreo

Se aplicará un muestreo no probabilístico de tipo censal, lo que implica la inclusión de la totalidad de los integrantes de la población que cumplan con los criterios establecidos y estén vinculados a los objetivos del estudio (35).

Criterios de inclusión:

- Personas “adultas mayores con edades comprendidas entre los 65 y 80 años”.
- Participantes de ambos sexos.
- Adultos mayores que viven en la comunidad rural.
- Participantes que hayan otorgado su consentimiento informado de manera voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no se encuentren presentes el día de la evaluación.
- Personas en fase aguda de alguna enfermedad.
- Participantes con secuelas de accidente cerebrovascular.
- Adultos mayores con alteraciones mentales que dificulten su participación en la evaluación.

3.6. Variables y operacionalización:

Calidad de sueño: Esta “variable será evaluada utilizando el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, compuesto por 24 ítems que exploran diversos aspectos del sueño, como los horarios para dormir, dificultades para conciliar el sueño, despertares nocturnos, problemas respiratorios durante el descanso, y la percepción general de la calidad del sueño, entre otros” (27).

Capacidad funcional: Para medir esta variable se empleará la Escala de Barthel, instrumento que evalúa diferentes dimensiones relacionadas con la ejecución de actividades básicas de la vida diaria (32).

Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Calidad de sueño	“Función biológica esencial para nuestro cuerpo, la cual involucra procesos complejos. La calidad del sueño puede afectar el desarrollo y funcionamiento de las distintas capacidades intelectuales y cognitivas”	“Esta segunda variable será evaluada mediante, el “Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh” que consta de 24 preguntas e investiga los horarios para dormir, las dificultades para dormir, despertar, alteraciones respiratorias, calidad de dormir, entre otros”	“Calidad de sueño subjetiva”	“Dificultad para conciliar y/o mantener el sueño”	Cuantitativo Ordinal	<p>< 5: “Sin problemas de sueño”</p> <p>5 a 7: “Merece atención médica”</p> <p>8 y 14: “Merece atención y tratamiento médico”</p>
			“Latencia del sueño”	“Periodo de tiempo medido de luces apagadas o irse a la cama”		
			“Duración del sueño”	“Cantidad promedio de horas de sueño”		
			“Eficiencia del sueño”	“Tiempo que duerme durante la noche con el tiempo que pasa en la cama”		
			“Perturbación del sueño”	“Patrones anormales del sueño”		
			“Uso de medicamentos”	“Cantidad de veces de uso de medicamentos”		
			“Disfunción matutina”	“Alteración en el funcionamiento correcto del organismo”		

Capacidad funcional	“Capacidad funcional de autovalencia que presenta el adulto mayor según las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria”	“La variable será evaluada mediante la aplicación de la Escala de Barthel, la cual contempla diversas dimensiones vinculadas a la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria”	“Autocuidado”	“Involucra las actividades básicas como beber, comer, vestirse, asearse, control de orina, entre otros”	Cuantitativo Ordinal	“Capacidad funcional severa: < 20”
			“Movilidad”	“Hace referencia a las actividades relacionadas con la movilidad, tales como sentarse y levantarse, subir y bajar escaleras, entre otras similares”		“Capacidad funcional grave: 20-35”
Características sociodemográficas	Corresponden a atributos inherentes al individuo, que abarcan dimensiones biológicas, económicas, culturales y sociales, y que influyen en la manera en que la persona se desenvuelve en su entorno (43).	Centrado en los rasgos físicos del individuo con el fin de lograr una identificación precisa.	Género	Características físicas	Cualitativo nominal	Masculino Femenino
			Edad	Número de años	Cualitativo Numérico	Edad en años
			Estado civil	Estado civil según figure en DNI	Cualitativo nominal	Soltera/o Casada/o Conviviente Viuda/o

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se utilizará la observación para el Índice de Barthel y la encuesta para la calidad del sueño utilizando el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh. La información referente a factores sociodemográficos y clínicos se recopilará a través de fichas de datos diseñadas para el estudio, y dichos datos serán resguardados y protegidos por la investigadora.

3.7.2. Descripción de instrumentos.

Para el presente trabajo de investigación se utilizará dos instrumentos, que se detallan a continuación:

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.

El “Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)” es un test general que evalúa el sueño en tiempos determinados, para conocer su nivel de calidad y las alteraciones presentes. Cuenta con 19 ítems individuales de un total 7 puntuaciones de "componentes": La percepción personal del sueño experimentado, el tiempo que transcurre para dormirse, la cantidad del tiempo que se duerme y la efectividad del sueño en general, las alteraciones del sueño, el uso de medicamentos para lograr dormir y la disfunción diurna (34).

FICHA TÉCNICA DE LA CALIDAD DE SUEÑO	
Nombre:	“Pittsburgh Sleep Quality Index”
Autor:	“Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ”
Aplicación en Perú:	Ramos y Silva (2021)
Administración:	Autoaplicada
Duración de la prueba:	Mayor o igual a 10 minutos
Población:	Adultos mayores
Tipo de instrumento:	Estructurado
Área terapéutica	Cribado

Propiedades psicométricas:	“Para la versión en español, se obtuvo una consistencia interna (medida mediante el alfa de Cronbach) de 0,81, mientras que el coeficiente kappa alcanzó 0,61. Además, la prueba presentó una sensibilidad del 88,63%, una especificidad del 74,99% y un valor predictivo positivo del 80,66%”.
---------------------------------------	---

Fuente de Elaboración Propia

Índice de Barthel para “Capacidad Funcional”

“El Índice de Barthel fue desarrollado por Mahoney y Barthel y publicado en 1965, basándose en una década de experiencia en la evaluación y monitoreo de la independencia en el autocuidado de pacientes con enfermedades neuromusculares y musculoesqueléticas en hospitales crónicos del estado de Maryland. Aunque no alcanza la misma difusión que el Índice de Katz, es ampliamente preferido por diversos autores británicos y cuenta con la recomendación de la British Geriatrics Society para valorar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en personas mayores. Asimismo, se ha consolidado como una de las escalas más utilizadas a nivel internacional para evaluar la funcionalidad en pacientes con eventos cerebrovasculares agudos y sus secuelas, como la demencia vascular, destacando especialmente en contextos de rehabilitación” (35).

FICHA TÉCNICA DE LA CALIDAD DE SUEÑO	
Nombre:	“The Barthel Index”
Autor:	“Mahoney FI, Barthel DW”
Versión adaptada	“Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristobal E Izquierdo G, Manzarbeitia J”
Administración:	Heteroaplicada
Duración de la prueba:	10 minutos
Población:	Adultos mayores
Tipo de instrumento:	Estructurado
Área terapéutica	Funcionamiento y calidad de vida
Propiedades psicométricas:	“Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador

	<p>mayores de 0.88 interobservador.</p> <p>Ha demostrado una elevada validez concurrente e comparación con el Índice de Katz, así como una sólida validez predictiva en diversos aspectos, tales como mortalidad, la duración y frecuencia de hospitalizaciones, mejora funcional en unidades de rehabilitación, los resultados funcionales finales, la capacidad para continuar viviendo de forma independiente en la comunidad y el retorno a la vida laboral”.</p>
--	---

Fuente de Elaboración Propia

3.7.3. Validación

Para poder emplear efectivamente los instrumentos se tendrá en consideración que el Índice de Barthel logró una validación a nivel internacional de 1.00 (excelente validez) y el índice de Pittsburgh tiene una validación de 1.00 lo que se interpreta que ambos instrumentos tienen una excelente validación para poder ser aplicados (26).

Complementario a esto se validará a nivel nacional mediante juicio de expertos.

3.7.4. Confiabilidad

En relación con la confiabilidad de cada instrumento, según los antecedentes, para el “Índice de Barthel” se logró un valor de alfa de Cronbach de 0.92 y para el “Índice de Pittsburgh” el alfa de Cronbach fue de 0.564. lo que quiere decir que ambos cumplen con una buena confiabilidad. Además, solo el instrumento de la “Índice de Barthel” es considerado como Gold estándar (26).

Se aplicará una prueba piloto para medir el alfa de Cronbach en la población de estudio

propuesta.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para “la elaboración del proyecto y la documentación correspondiente, se empleará el software Microsoft Word. La información recolectada será ingresada en una base de datos utilizando Microsoft Excel, donde se procederá a su codificación y registro, para posteriormente ser exportada al programa estadístico SPSS versión 25. En cuanto al análisis estadístico, se realizarán pruebas de normalidad para determinar el tipo de análisis a aplicar. Para el análisis univariado, se presentarán los resultados mediante tablas de frecuencias y porcentajes; en el caso de variables numéricas, se utilizarán medidas de tendencia central como la media y de dispersión como la desviación estándar. Para el análisis bivariado, se aplicarán las pruebas de chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Spearman, según la naturaleza de las variables involucradas. Se considerará un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo en la comprobación de hipótesis”.

3.9. Aspectos éticos

“Esta investigación se desarrollará conforme a las normativas nacionales e internacionales que regulan los estudios con participación humana, así como a las disposiciones vigentes en materia de bioseguridad. Se elaborará y remitirá la documentación correspondiente a las instituciones involucradas en el proceso de recolección de datos. El estudio seguirá un procedimiento metodológico adecuado al contexto, empleando un instrumento de recolección de datos previamente validado y con niveles aceptables de confiabilidad, a fin de alcanzar los objetivos propuestos”.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
“Recolección de datos y elaboración del plan”	X	X	X				
“Validación de los instrumentos”			X				
“Solicitud a la institución”				X			
“Recolección de los datos”				X			
“Análisis de la información”				X	X		
“Redacción de los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones”					X	X	
“Elaboración del Informe final”						X	
“Correcciones del Informe Final”						X	
“Redacción de artículo científico”						X	X
“Sustentación”							X

“Publicación en revista indexada”							X
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	---

4.2. Presupuesto

Para esta investigación se considera el siguiente presupuesto:

BIENES			
N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MONTO (S/.)
01	Papel bond A4	2 Millares	60.00
02	Tinta de impresora	01 Cartuchos	60.00
03	Copias de material para evaluación, consentimientos, etc.	60 (Unidad)	50.00
04	Anillado	02 (Unidad)	6.00
05	Bolígrafos	01 (Docena)	12.00
06	Correctores	02 (Unidades)	6.00
SUB TOTAL			194.00

COSTO DE LA INVESTIGACIÓN	
Sub total de bienes	194,00
Imprevistos 10%	19,40
TOTAL	213,40

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Chien MY, Chen HC. Poor Sleep Quality is Independently Associated with Physical Disability in Older Adults. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2015 [cited 2024 Aug 16];11(3):225. Available from: /pmc/articles/PMC4346643/
3. Hasan F, Tu YK, Lin CM, Chuang LP, Jeng C, Yuliana LT, et al. Comparative efficacy of exercise regimens on sleep quality in older adults: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2022 Oct 1;65:101673.
4. Du M, Liu M, Wang Y, Qin C, Liu J. Global burden of sleep disturbances among older adults and the disparities by geographical regions and pandemic periods. *SSM Popul Health*. 2024 Mar 1;25:101588.
5. Morgan K, Hartescu I. Sleep duration and all-cause mortality: links to physical activity and prefrailty in a 27-year follow up of older adults in the UK. *Sleep Med* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2024 Aug 16];54:231–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30584984/>
6. Gutiérrez M, Márquez C, Lera L, Peirano P, Salech F, Albala C. Self-Reported Sleep Duration Is a Useful Tool to Predict Sarcopenia in Chilean Older Adults: Evidence from the ALEXANDROS Longitudinal Study. *J Pers Med* [Internet]. 2024 Jun 1 [cited 2024 Aug 16];14(6). Available from: /pmc/articles/PMC11204595/
7. Moreno-Tamayo K, Ramírez-García E, Sánchez-García S. Trastornos del sueño en personas mayores. ¿Cómo duermen las personas mayores de la Ciudad de México? *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 1];551–9. Available from:

http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/4166/4295

8. Méndez-Flores JJ, Marroquín-Cosar RE, Bernabé-Ortiz A. Multimorbidity and Sleep Patterns among Adults in a Peruvian Semi-Urban Area. *Sleep Science* [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 16];16(1):51. Available from: </pmc/articles/PMC10157817/>
9. Centro Nacional de Epidemiología P y C de EC. Perfil de Salud: Junín. Junín; 2023.
10. Parodi JF, Runzer-Colmenares FM. Impacto del soporte social sobre la movilidad limitada en personas mayores de comunidades altoandinas peruanas. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 16];45. Available from: </pmc/articles/PMC8369112/>
11. Loayza Merino JR. Capacidad funcional y calidad de sueño en adultos mayores de una clínica privada, independencia, 2023. 2023 Sep 21 [cited 2024 Aug 18]; Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/10864>
12. Arias Jiménez MS, Gutiérrez Soto Y, Arias Jiménez MS, Gutiérrez Soto Y. Envejecimiento saludable basado en el fortalecimiento de las capacidades cognitivas y el reforzamiento de prácticas saludables de un grupo de personas adultas mayores. *Poblac Salud Mesoam* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2024 Aug 18];17(2):255–75. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012020000100255&lng=en&nrm=iso&tlng=es
13. Arora S, Sahadevan P, Sundarakumar JS. Association of sleep quality with physical and psychological health indicators in overweight and obese rural Indians. *Sleep Med X*. 2024 Dec 1;7:100112.
14. Muhammad T, Lee S, Pai M, Mandal B. Association between sleep quality, sleep duration, and physical frailty among adults aged 50 years and older in India. *BMC Public Health*

- [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2024 Dec 10];24(1):3120. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12889-024-20606-6>
15. Lin TH, Chang SF, Liao MT, Chen YH, Tsai HC. The relationships between physical function, nutrition, cognitive function, depression, and sleep quality for facility-dwelling older adults with dynapenia. *BMC Geriatr* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Dec 11];23(1):1–15. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12877-023-03847-9>
 16. Teas E, Friedman E. Sleep and functional capacity in adults: Cross-sectional associations among self-report and objective assessments. *Sleep Health*. 2021 Apr 1;7(2):198–204.
 17. Arias-Fernández L, Smith-Plaza AM, Barrera-Castillo M, Prado-Suárez J, Lopez-Garcia E, Rodríguez-Artalejo F, et al. Sleep patterns and physical function in older adults attending primary health care. *Fam Pract* [Internet]. 2021 Mar 29 [cited 2024 Dec 12];38(2):146–52. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmaa085>
 18. Chirinos Quispe EN. Calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos [Internet]. [Perú]: Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2024 [cited 2024 Dec 13]. Available from: <https://repositorio.ucss.edu.pe/handle/20.500.14095/2689>
 19. Inoñan Berru KF. Relación de la actividad física y la calidad de sueño en los pacientes adultos del policlinico parroquial San Jose Marelo en el año 2021 [Internet]. Repositorio institucional-WIENER. [Perú]: Universidad Norbert Wiener; 2022 [cited 2024 Dec 13]. Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/7863>
 20. Leon Galarza PD, Mayta Cruz AK. Capacidad funcional y calidad de vida en adulto mayor del Puesto de Salud San Pedro de Saño - Huancayo, 2023. [Internet]. Universidad Privada

- de Huancayo Franklin Roosevelt. [Perú]: Universidad Roosevelt; 2024 [cited 2024 Dec 13]. Available from: <http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/2156>
21. Vista de Condicionantes de la salud del estilo de vida y capacidad funcional de adultos mayores atendidos en una microred de salud de Ica, Perú. [Internet]. [cited 2024 Dec 13]. Available from: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/486/736>
 22. López Guevara NG. Beneficios del entrenamiento físico y riesgo de caídas en adultos mayores que viven en comunidad [Internet]. [Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024 [cited 2024 Dec 13]. Available from: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/15352>
 23. Leslie Paola CY. Relación entre comportamiento sedentario y calidad de sueño en adultos mayores del Hospital de Rehabilitación del Callao - Bellavista, 2023 [Internet]. [Perú]: Universidad Norbert Wiener; 2023 [cited 2024 Dec 13]. Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/10706>
 24. Panseits Rojas Brenda Karina. Vista de Calidad del sueño y la neurociencia. Revista del Centro Universitario de Zacapa [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 17];6(2):88–95. Available from: <https://revistacunzac.com/index.php/revista/article/view/102/149>
 25. Andrea Contreras S. Sueño a lo largo de la vida y sus implicancias en salud. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2013 May 1 [cited 2024 Dec 17];24(3):341–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-sueno-lo-largo-vida-sus-S0716864013701718>
 26. Loayza Merino JR. Capacidad funcional y calidad de sueño en adultos mayores de una clínica privada, independencia, 2023. 2023 Sep 21 [cited 2024 Dec 13]; Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/10864>

27. Backhaus J, Junghanns K, Brooks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *J Psychosom Res.* 2002 Sep 1;53(3):737–40.
28. Cabrera Ruiz MS. Capacidad funcional y nivel de autoestima en adultos mayores de un centro de salud del distrito de La Victoria - Chiclayo [Internet]. Repositorio Académico USMP. [Perú]: Universidad San Martín de Porras; 2022 [cited 2024 Dec 13]. Available from: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/10282>
29. Rivera Palacios F. La capacidad funcional y su relación con el riesgo de caída en los adultos mayores albergados en el centro geriátrico de la beneficencia pública “San Vicente de Paul” Lima 2022 [Internet]. [Perú]: Universidad Norbert Wiener; 2022 [cited 2024 Dec 13]. Available from: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7803/T061_44728777_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Yambay Vilema Miguel Andrés. Deterioro Cognitivo en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, en los adultos mayores de la Unidad de Atención Domiciliaria MMA Guano el Rosario del Mies. [Ecuador]: Universidad Nacional de Chimborazo; 2020.
31. Vasquez Perez Delcy Arleny. Capacidad Funcional en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de las mujeres adultas mayores, Centro de Salud Morro Solar de Jaén, 2019. [Perú]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2021.
32. González N, Bilbao A, Forjaz MJ, Ayala A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, et al. Psychometric characteristics of the spanish version of the barthel index. *Aging Clin Exp Res.* 2018 Aug 2;30(5):489–97.

33. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación Cuantitativa-Cualitativa y Redacción de la Tesis. 5° Edición. Ediciones de la U., editor. Bogotá; 2018. 1–562 p.
34. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia I y U. 2015. [cited 2025 Feb 1]. Ficha técnica del instrumento Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. Available from: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=254>
35. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia I y U. 2015. [cited 2025 Feb 1]. Ficha técnica del instrumento índice de Barthel. Available from: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=117>

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación entre la Calidad de sueño y la Capacidad Funcional en adultos mayores de una comunidad rural – 2025?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la calidad de sueño en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025? • ¿Cuál es la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025? • ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión calidad del sueño subjetiva y la 	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre la Calidad de sueño y la Capacidad Funcional en Adultos Mayores de una comunidad rural – 2025.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la calidad de sueño en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025. • Identificar la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025. • Identificar la relación entre la calidad de sueño según su dimensión calidad del sueño subjetiva y la 	<p>Hipótesis General</p> <p>Ho: No existe relación entre la Calidad de sueño y la Capacidad Funcional en Adultos Mayores de una comunidad rural – 2025.</p> <p>Hi: Existe relación entre la Calidad de sueño y la Capacidad Funcional en Adultos Mayores de una comunidad rural – 2025.</p> <p>Hipótesis Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipótesis específica 01: Ho: No existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión calidad del sueño subjetiva y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025 Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión de la calidad del sueño subjetiva y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural 	<p>Variable 1: Calidad de Sueño</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calidad de sueño subjetiva • Latencia del sueño • Duración del sueño • Eficiencia del sueño • Perturbación del sueño • Uso de medicamentos • Disfunción matutina <p>Variable 2: Capacidad Funcional</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado • Movilidad 	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Pura</p> <p>Método y diseño de la investigación:</p> <p>Cuantitativo con diseño descriptivo correlacional</p> <p>Población: Adultos mayores que pertenecen al Centro Integral de Adulto Mayor de Matahuasi (N=100)</p> <p>Muestra:</p> <p>Se aplicará un muestreo de tipo censal (n=100).</p>

<p>sueño subjetiva y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025?</p> <p>• ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión latencia del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025?</p> <p>• ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión duración del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025?</p> <p>• ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión eficiencia habitual del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025?</p>	<p>capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.</p> <p>• Identificar la relación entre la calidad de sueño según su dimensión latencia del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.</p> <p>• Identificar la relación entre la calidad de sueño según su dimensión duración del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.</p> <p>• Identificar la relación entre la calidad de sueño según su dimensión eficiencia habitual del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.</p>	<p>– 2025.</p> <p>• Hipótesis específica 02: Ho: No existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión latencia del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025. Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión latencia del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025</p> <p>• Hipótesis específica 03: Ho: No existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión duración del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025. Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión duración del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.</p> <p>• Hipótesis específica 04: Ho: No existe relación significativa entre la calidad de sueño en su dimensión eficiencia habitual del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025 Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión</p>		
--	---	--	--	--

<p>• ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión perturbaciones del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025?</p> <p>• ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión uso de medicación y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025?</p> <p>• ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño en su dimensión disfunción diurna y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025?</p>	<p>dimensión perturbaciones del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.</p> <p>Identificar la relación entre la calidad de sueño según su dimensión uso de medicación y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.</p> <p>Identificar la relación entre la calidad de sueño según su dimensión disfunción diurna y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.</p>	<p>eficiencia habitual del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025</p> <p>Hipótesis específica 05: Ho: No existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión perturbaciones del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025</p> <p>Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión perturbaciones del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025</p> <p>Hipótesis específica 06: Ho: No existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión uso de medicación y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.</p> <p>Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión uso de medicación y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025.</p> <p>Hipótesis específica 07: Ho: No existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión disfunción diurna y la capacidad</p>		
---	--	--	--	--

		funcional en los adultos mayores de de una comunidad rural – 2025 Hi: Existe relación entre la calidad de sueño en su dimensión disfunción diurna y la capacidad funcional en los adultos mayores de una comunidad rural – 2025		
--	--	--	--	--

Anexo 2: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudara a decidir si desea participar en este estudio de investigación en salud para la maestría de: “Calidad de sueño y Capacidad Funcional En Adultos Mayores de una comunidad rural - 2025”. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con la investigadora al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Título del proyecto: Calidad de sueño y Capacidad Funcional En Adultos Mayores en una comunidad rural.

Nombre del investigador principal: Yurico Huilca Martel

Propósito del estudio: identificar la relación entre Calidad de sueño y Capacidad Funcional En Adultos Mayores de una comunidad rural – 2025.

Participantes: Adultos mayores que pertenezcan a una comunidad rural.

Participación: La participación en este estudio consistirá en responder cuestionarios relacionados con la calidad del sueño y capacidad funcional.

Participación voluntaria: La participación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de decidir si desea participar o no en este estudio, así como de retirarse en cualquier momento, sin que esto afecte las atenciones o servicios que recibe en su comunidad.

Beneficios por participar: Usted conocerá sus resultados y eso le permitirá tomar decisiones respecto a la calidad de sueño y si nivel de capacidad funcional.

Inconvenientes y riesgos: Su participación en el estudio no presenta ningún riesgo.

Costo por participar: No se requiere ningún costo para participar en este estudio.

Remuneración por participar: No se proporcionará remuneración económica por participar en este estudio.

Confidencialidad: Se asegura la confidencialidad de toda la información proporcionada por los participantes. Los datos serán utilizados exclusivamente para fines de investigación y se presentarán de forma anónima en los resultados del estudio.

Renuncia: Usted tiene el derecho de renunciar a su participación en cualquier momento, sin

necesidad de justificar su decisión y sin que esto afecte la atención.

Consultas posteriores: Si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con este estudio, puede ponerse en contacto con el investigador principal:

Nombre: Yurico Huilca Martel

Teléfono: 986460400

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de responder la encuesta expresa mi aceptación a participar voluntariamente en el estudio. En merito a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad:.....

Apellido y nombres:.....

Edad:

Correo electrónico personalo institucional:

Firma

Anexo 3: Carta de solicitud a la institución para la recolección y uso de los datos

Lima, 31 de marzo 2025

Solicito ingreso a la institución para recolectar datos para tesis de postgrado

Sra.
Melina Antezana Alcoser
Alcaldesa de la Municipalidad Distrital de Matahuasi
Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, Yurico Huillca Martel egresado de la EPG de la Universidad Norbert Wiener, con código n°a2024801861, solicito me permita recolectar datos en su institución como parte de mi proyecto de tesis para obtener el grado de “Especialista en Fisioterapia Cardiorrespiratoria” cuyo objetivo general es identificar la relación entre Calidad de sueño y Capacidad Funcional En Adultos Mayores Del Centro Integral Adulto Mayor de Matahuasi, 2025.; asimismo, solicito la presentación de los resultados en formato de tesis y artículo científico. La mencionada recolección de datos consiste en aplicar cuestionarios de Índice de Calidad de Sueño y Capacidad funcional.

Los resultados del estudio de desarrollar estrategias de intervención que promuevan un envejecimiento saludable y una mejor calidad de vida en este grupo. Al identificar y comprender esta asociación, se podrán diseñar programas de atención que aborden tanto los problemas funcionales como los trastornos del sueño, optimizando los resultados de salud.

Adjunto Plan de tesis

Atentamente,

Yurico Huillca Martel
Estudiante de la E.P.G

Anexo 4: Matriz de Operacionalización de variables

Variable 1: Calidad de Sueño

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Calidad de sueño	“Función biológica esencial para nuestro cuerpo, la cual involucra procesos complejos. La calidad del sueño puede afectar el desarrollo y funcionamiento de las distintas capacidades intelectuales y cognitivas”	“Esta segunda variable será evaluada mediante, el “Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh” que consta de 24 preguntas e investiga los horarios para dormir, las dificultades para dormir, despertar, alteraciones respiratorias, calidad de dormir, entre otros”	“Calidad de sueño subjetiva”	“Dificultad para conciliar y/o mantener el sueño”	Cuantitativo Ordinal	<p>< 5: “Sin problemas de sueño”</p> <p>5 a 7: “Merece atención médica”</p> <p>8 y 14: “Merece atención y tratamiento médico”</p>
			“Latencia del sueño”	“Periodo de tiempo medido de luces apagadas o irse a la cama”		
			“Duración del sueño”	“Cantidad promedio de horas de sueño”		
			“Eficiencia del sueño”	“Tiempo que duerme durante la noche con el tiempo que pasa en la cama”		
			“Perturbación del sueño”	“Patrones anormales del sueño”		
			“Uso de medicamentos”	“Cantidad de veces de uso de medicamentos”		
			“Disfunción matutina”	“Alteración en el funcionamiento correcto del organismo”		

Variable 2 : Capacidad Funcional

Capacidad funcional	“Capacidad funcional de autovalencia que presenta el adulto mayor según las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria”	“La variable será evaluada mediante la aplicación de la Escala de Barthel, la cual contempla diversas dimensiones vinculadas a la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria”	“Autocuidado”	“Involucra las actividades básicas como beber, comer, vestirse, asearse, control de orina, entre otros”	Cuantitativo Ordinal	“Capacidad funcional severa: < 20”
			“Movilidad”	“Hace referencia a las actividades relacionadas con la movilidad, tales como sentarse y levantarse, subir y bajar escaleras, entre otras similares”		“Capacidad funcional grave: 20-35”
						“Capacidad funcional moderada: 35 - 55”
						“Capacidad funcional leve: 55 <”

Anexo 5: Carta de Presentación para Expertos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Mg / Doctor

.....

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVES DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos, así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación, requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para desarrollar nuestra investigación con la cual optaremos el Título profesional en Segunda Especialidad en Fisioterapia Cardiorrespiratoria.

El título nombre de nuestro proyecto de investigación es: "CALIDAD DE SUENO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD RURAL – 2025", y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a Usted, ante su connotada experiencia como investigadora.

El expediente de validación que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, nos despedimos de Usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

|

Atentamente

Huillca Martel Yurico
Nombres y Apellidos

71085746
D.N.I.


Firma

Anexo 6: Formato definición de variables y dimensiones a entregar a expertos

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

VARIABLE 1: CALIDAD DE SUEÑO

Definición operacional: Es Función biológica esencial para nuestro cuerpo, la cual involucra procesos complejos. La calidad del sueño puede afectar el desarrollo y funcionamiento de las distintas capacidades intelectuales y cognitivas”

VARIABLE 2: CAPACIDAD FUNCIONAL

Definición operacional: Es la capacidad funcional de autovalencia que presenta el adulto mayor según las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE 1: CALIDAD DE SUEÑO

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Calidad de sueño	"Función biológica esencial para nuestro cuerpo, la cual involucra procesos complejos. La calidad del sueño puede afectar el desarrollo y funcionamiento de las distintas capacidades intelectuales y cognitivas"	"Esta segunda variable será evaluada mediante, el "Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh" que consta de 24 preguntas e investiga los horarios para dormir, las dificultades para dormir, despertar, alteraciones respiratorias, calidad de dormir, entre otros"	"Calidad de sueño subjetiva"	"Dificultad para conciliar y/o mantener el sueño"	Cuantitativo Ordinal	< 5: "Sin problemas de sueño" 5 a 7: "Merece atención médica" 8 y 14: "Merece atención y tratamiento médico"
			"Latencia del sueño"	"Periodo de tiempo medido de luces apagadas o irse a la cama"		
			"Duración del sueño"	"Cantidad promedio de horas de sueño"		
			"Eficiencia del sueño"	"Tiempo que duerme durante la noche con el tiempo que pasa en la cama"		
			"Perturbación del sueño"	"Patrones anormales del sueño"		
			"Uso de medicamentos"	"Cantidad de veces de uso de medicamentos"		
			"Disfunción matutina"	"Alteración en el funcionamiento correcto del organismo"		

VARIBALE 2: CAPACIDAD FUNCIONAL

Capacidad funcional	"Capacidad funcional de autovalencia que presenta el adulto mayor según las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria"	"La variable será evaluada mediante la aplicación de la Escala de Barthel, la cual contempla diversas dimensiones vinculadas a la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria"	"Autocuidado"	"Involucra las actividades básicas como beber, comer, vestirse, asearse, control de orina, entre otros"	Cuantitativo Ordinal	"Capacidad funcional severa: < 20"
			"Movilidad"	"Hace referencia a las actividades relacionadas con la movilidad, tales como sentarse y levantarse, subir y bajar escaleras, entre otras similares"		"Capacidad funcional grave: 20-35" "Capacidad funcional moderada: 35 - 55" "Capacidad funcional leve: 55 <"

Anexo 7: Certificado validez de contenido de instrumentos firmado por expertos

Experto 1:

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS.

TÍTULO: "CALIDAD DE SUEÑO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD RURAL- 2025"

Nº	Dimensiones	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencia
VARIABLE 1: CALIDAD DE SUEÑO								
	DIMENSIÓN 1:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Calidad de Sueño Subjetiva	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Latencia del Sueño	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Duración del Sueño	X		X		X		
	DIMENSION 4:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Eficiencia del Sueño	X		X		X		
	DIMENSION 5:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Perturbación del Sueño	X		X		X		
	DIMENSION 6:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Uso de Medicamentos	X		X		X		
	DIMENSION 7:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Disfunción Matutina	X		X		X		
VARIABLE 2: CAPACIDAD FUNCIONAL								
	DIMENSIÓN 1:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Autocuidado	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Movilidad	X		X		X		

1 pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Aplicación solo para este estudio

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable

Aplicable después de corregir

No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador.

Mg: Julio Guillermo Mayo Del Alamo

DNI: 46850395

Especialidad del validador: Fisioterapia Cardiorrespiratoria

21 de junio del 2025


Firma del Experto Informante
Mg. Julio Guillermo Mayo del Alamo

Experto 2:

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS.

TÍTULO: "CALIDAD DE SUEÑO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD RURAL- 2025"

N°	Dimensiones	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencia
VARIABLE 1: CALIDAD DE SUEÑO								
	DIMENSIÓN 1:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Calidad de Sueño Subjetiva	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Latencia del Sueño	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Duración del Sueño	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Eficiencia del Sueño	X		X		X		
	DIMENSIÓN 5:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Perturbación del Sueño	X		X		X		
	DIMENSIÓN 6:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Uso de Medicamentos	X		X		X		
	DIMENSIÓN 7:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Disfunción Matutina	X		X		X		
VARIABLE 2: CAPACIDAD FUNCIONAL								
	DIMENSIÓN 1:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Autocuidado	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Movilidad	X		X		X		

1 pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Aplicación solo para este estudio

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador.

Mg: Luis Alberto Sánchez Avalos

DNI: 72610183

Especialidad del validador: Fisioterapia Cardiotorrespiratoria

21 de JUNIO del 2025



Firma del Experto Informante
Mg. Luis Alberto Sánchez Avalos

Experto 3:

CERTIFICACIÓN DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LOS INSTRUMENTOS.

TÍTULO: "CALIDAD DE SUEÑO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD RURAL- 2025"

N°	Dimensiones	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencia
VARIABLE 1: CALIDAD DE SUEÑO								
	DIMENSIÓN 1:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Calidad de Sueño Subjetiva							
	DIMENSIÓN 2:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Latencia del Sueño							
	DIMENSIÓN 3:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Duración del Sueño							
	DIMENSIÓN 4:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Eficiencia del Sueño							
	DIMENSIÓN 5:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Perturbación del Sueño							
	DIMENSIÓN 6:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Uso de Medicamentos							
	DIMENSIÓN 7:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Disfunción Matutina							
VARIABLE 2: CAPACIDAD FUNCIONAL								
	DIMENSIÓN 1:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Autocuidado							
	DIMENSIÓN 2:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Movilidad							

1 pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Aplicación solo para este estudio

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable

Aplicable después de corregir

No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador.

Mg: Noelia Guadalupe López Guevara

DNI: 71127776

Especialidad del validador: Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación

19 de JUNIO del 2025


Mg. Noelia Guadalupe López Guevara
Especialista en
Fisiología en el Adulto Mayor
C.I.P. 1199 1634-416707004

Firma del Experto Informante

Mg. Noelia Guadalupe López Guevara

Anexo 8: Instrumentos

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Calidad de sueño y Capacidad Funcional En Adultos Mayores de una comunidad rural - 2025

Instrucciones: Estimado señor (a) la presente es una investigación que tiene por objetivo identificar la relación entre Calidad de sueño y Capacidad Funcional en Adultos Mayores. Esta ficha es de recolección anónima y toda la información será confidencial. Será llenada por el fisioterapeuta.

I. Datos generales:

Género: Femenino () Masculino ()
Grupo etario: 60 a 65 años () 66 a 70 años () 71 a 75 años ()
76 a 80 años () 81 a 85 años () 86 a más ()
Estado civil: Soltera/o () Casada/o () Conviviente () Viuda/o ()

II. Calidad de sueño

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las cuestiones.

1.- Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?: _____

2.- ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (Marque con una X la casilla correspondiente)

Menos de 15 min	Entre 16-30 min	Entre 31-60 min	Más de 60 min

3.- Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?: _____

4.- ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?: _____

5.- Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

a. No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- Ninguna vez en el último mes ()
- Menos de una vez a la semana ()
- Una o dos veces a la semana ()
- Tres o más veces a la semana ()

b. Despertarse durante la noche o de madrugada:

- Ninguna vez en el último mes ()
- Menos de una vez a la semana ()
- Una o dos veces a la semana ()
- Tres o más veces a la semana ()

c. Tener que levantarse para ir al servicio:

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

d. No poder respirar bien:

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

e. Toser o roncar ruidosamente:

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

f. Sentir frío:

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

g. Sentir demasiado calor:

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

h. Tener pesadillas o malos sueños:

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

i. Sufrir dolores:

Ninguna vez en el último mes ()

Menos de una vez a la semana ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres o más veces a la semana ()

- j. Otras razones. Por favor descríbalas: _____
- Ninguna vez en el último mes ()
 - Menos de una vez a la semana ()
 - Una o dos veces a la semana ()
 - Tres o más veces a la semana ()
- 6) Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?
- Muy buena ()
 - Bastante buena ()
 - Bastante mala ()
 - Muy mala ()
- 7) Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?
- Ninguna vez en el último mes ()
 - Menos de una vez a la semana ()
 - Una o dos veces a la semana ()
 - Tres o más veces a la semana ()
- 8) Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
- Ninguna vez en el último mes ()
 - Menos de una vez a la semana ()
 - Una o dos veces a la semana ()
 - Tres o más veces a la semana ()
- 9) Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?
- Ningún problema ()
 - Sólo un leve problema ()
 - Un problema ()
 - Un grave problema ()
- 10) ¿Duerme usted solo o acompañado?
- Solo ()
 - Con alguien en otra habitación ()
 - En la misma habitación, pero en otra cama ()
 - En la misma cama ()

III. Capacidad funcional - Índice de Barthel

1. Comer

Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona.

2. Lavarse – bañarse

Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo incluye entrar y salir del baño, puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión.

3. Vestirse

Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse a los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc., sin ayuda)
Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
Dependiente	

4. Arreglarse

Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ayuda. Incluye lavarse la cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por la persona.
Dependiente	Necesita alguna ayuda

5. Deposición

Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio es capaz de administrárselo por sí solo.
Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro.

6. Micción – valorar la situación en la semana previa

Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo Si necesita enema o supositorio es capaz de administrárselo por sí solo.
Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.

7. Ir al retrete

Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si una bacinilla (orinal, botella, etc. Es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.
Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aun es capaz de utilizar el retrete.
Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

8. Trasladarse sillón/cama

Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.
Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (personal fuerte o entrenada) para salir/entrar de la cama o desplazarse.
Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas, incapaz de permanecer sentado.

9. Deambulación

Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela solo.
Mínima ayuda	Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
Gran ayuda	En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.

10. Subir y bajar escaleras

	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc...) y el pasamanos.
	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal.
	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).

Fecha	
Puntuación total	

Anexo 9: Ficha de validación del instrumento firmada por expertos

Experto 1:

FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUEZ EXPERTO INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (CALIDAD DE SUEÑO)

Mg. Julio Guillermo del Alamo

Por la presente la saludamos y se le solicita tenga a bien de dar su opinión respecto al instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado "CALIDAD DE SUEÑO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD RURAL- 2025" para optar el Título Profesional de Tecnología Médica en Segunda especialidad en Fisioterapia Cardiorrespiratoria en la Universidad Privada Norbert Wiener. Muchas gracias por su colaboración.

Tenga en consideración los criterios base que a continuación se presenta y marque con una (x) o un check (✓) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Item	Criterio	SI	NO	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	x		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	x		
3	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	x		
4	La estructura del instrumento es adecuada.	x		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	x		
6	Los ítems son claros y entendibles.	x		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	x		

Sugerencias:

Fecha: 21/06/2025

CTMP: 10564 RNE: 427

Mg. Julio Guillermo Mayo Del Alamo


Firma

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUEZ EXPERTO
INDICE DE BARTHEL (CAPACIDAD FUNCIONAL)**

Mg. Julio Guillermo del Alamo

Por la presente la saludamos y se le solicita tenga a bien de dar su opinión respecto al instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado "CALIDAD DE SUEÑO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD RURAL- 2025" para optar el Título Profesional de Tecnología Médica en Segunda especialidad en Fisioterapia Cardiorrespiratoria en la Universidad Privada Norbert Wiener. Muchas gracias por su colaboración.

Tenga en consideración los criterios base que a continuación se presenta y marque con una (x) o un check (✓) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Ítem	Criterio	SI	NO	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
4	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

Fecha: 21/06/2025

CTMP: 10564 RNE: 427

Mg. Julio Guillermo Mayo Del Alamo


Firma

Experto 2:

**FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUEZ EXPERTO
INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (CALIDAD DE
SUEÑO)**

Mg. Luis Alberto Sánchez Avalos

Por la presente la saludamos y se le solicita tenga a bien de dar su opinión respecto al instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado "CALIDAD DE SUEÑO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD RURAL- 2025" para optar el Título Profesional de Tecnología Médica en Segunda especialidad en Fisioterapia Cardiorrespiratoria en la Universidad Privada Norbert Wiener. Muchas gracias por su colaboración.

Tenga en consideración los criterios base que a continuación se presenta y marque con una (x) o un check (✓) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Item	Criterio	SI	NO	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
4	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

Fecha: 21/06/2025

CTMP: 9974 RNE: 0075

Mg. Luis Alberto Sánchez Avalos



Firma

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUEZ EXPERTO
INDICE DE BARTHEL (CAPACIDAD FUNCIONAL)**

Mg. Luis Alberto Sánchez Avalos

Por la presente la saludamos y se le solicita tenga a bien de dar su opinión respecto al instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado "CALIDAD DE SUEÑO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD RURAL- 2025" para optar el Título Profesional de Tecnología Médica en Segunda especialidad en Fisioterapia Cardiorrespiratoria en la Universidad Privada Norbert Wiener. Muchas gracias por su colaboración.

Tenga en consideración los criterios base que a continuación se presenta y marque con una (x) o un check (✓) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Ítem	Criterio	SI	NO	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
4	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

Fecha: 21/06/2025

CTMP: 9974 RNE: 0075

Mg. Luis Alberto Sánchez Avalos



Firma

Experto 3:

FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUEZ EXPERTO INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (CALIDAD DE SUEÑO)

Mg. Noelia Guadalupe López Guevara

Por la presente la saludamos y se le solicita tenga a bien de dar su opinión respecto al instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado "CALIDAD DE SUEÑO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD RURAL- 2025" para optar el Título Profesional de Tecnología Médica en Segunda especialidad en Fisioterapia Cardiorrespiratoria en la Universidad Privada Norbert Wiener. Muchas gracias por su colaboración.

Tenga en consideración los criterios base que a continuación se presenta y marque con una (x) o un check (✓) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Item	Criterio	SI	NO	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
4	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

Fecha: 19/06/2025

CTMP N°11898

Mg. Noelia Guadalupe López Guevara


.....
Lic. López Guevara Noelia Guadalupe
Especialista en
Fisiología en el Adulto Mayor
C.T.M.P. 11898 - 4032-476770254

Firma

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUEZ EXPERTO
INDICE DE BARTHEL (CAPACIDAD FUNCIONAL)**

Mg. Noelia Guadalupe López Guevara

Por la presente la saludamos y se le solicita tenga a bien de dar su opinión respecto al instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación titulado "CALIDAD DE SUEÑO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD RURAL- 2025" para optar el Título Profesional de Tecnología Médica en Segunda especialidad en Fisioterapia Cardiorrespiratoria en la Universidad Privada Norbert Wiener. Muchas gracias por su colaboración.

Tenga en consideración los criterios base que a continuación se presenta y marque con una (x) o un check (✓) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Ítem	Criterio	SI	NO	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
4	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6	Los ítems son claros y entendibles.	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

Fecha: 19/06/2025

CTMP N° 11898

Mg. Noelia Guadalupe López Guevara


Lic. López Guevara Noelia Guadalupe
Especialista en
Fisioterapia en el Adulto Mayor
CTMP 11898 R012-41907012004

Firma

● 12% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	Universidad Wiener on 2024-02-28 Submitted works	4%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
3	Universidad Wiener on 2023-11-25 Submitted works	<1%
4	dspace.unl.edu.ec Internet	<1%
5	Universidad Europea de Madrid on 2024-05-26 Submitted works	<1%
6	Universidad Wiener on 2022-11-16 Submitted works	<1%
7	Universidad Católica de Santa María on 2024-09-04 Submitted works	<1%
8	1library.co Internet	<1%