



Universidad
Norbert Wiener

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

Trabajo Académico

Somnolencia diurna y calidad de vida en pacientes adultos mayores del
servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025

Para optar el Título de
Especialista en Fisioterapia Cardiorrespiratoria

Presentado por:

Autora: Soto Reyes Zaida Angelica

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1863-9893>

Asesora: Dra. Diaz Mau, Aimeé Yajaira

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

Lima – Perú

2026

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

Yo, **SOTO REYES, ZAIDA ANGELICA** egresado(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, del Programa Académico de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación, de la **Segunda Especialidad en Fisioterapia Cardiorrespiratoria**, declaro que el trabajo académico “Somnolencia diurna y Calidad de vida en pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025.” Asesorado por el docente: **Dra. Díaz Mau, Aimeè Yajaira** DNI 40604280 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5283-0060> tiene un índice de similitud de **20 (VEINTE) %** con código oid:**14912:486620191** 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
SOTO REYES, ZAIDA ANGELICA
DNI: 46430960



Firma de asesor
Dra. Díaz Mau, Aimeè Yajaira
DNI: 40604280

Lima, 27 de Noviembre de 2025

ÍNDICE

I. CAPÍTULO I: 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. Teórica	8
1.4.2. Metodológica	9
1.4.3. Práctica	9
1.5. Delimitaciones de la investigación	10
1.5.1. Temporal	10
1.5.2. Espacial	10
1.5.3. Población o unidad de análisis	10
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes	10
2.2. Bases Teóricas	18
2.2.1. SOMNOLENCIA DIURNA (SD)	18
2.2.2. Calidad de vida	23
2.3. Formulación de Hipótesis	18
2.3.1. Hipótesis general	26
2.3.2. Hipótesis específicas	26
3. CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	27
3.1. Método de la investigación	27
3.2. Enfoque de la investigación	28
3.3. Tipo de investigación	28

3.4. Diseño de la investigación	28
3.5. Población, muestra y muestreo	29
3.5.1. Población	29
3.5.2. Muestra	29
3.5.3. Muestreo	29
3.5.4. Criterios de inclusión	30
3.5.5. Criterios de exclusión	30
3.6. Variables y operacionalización	31
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
3.7.1. Técnica	33
3.7.2. Descripción de instrumentos	34
3.7.3. Validación	38
3.7.4. Confiabilidad	38
3.8. Plan de procesamiento de análisis de datos	39
3.9. Aspectos éticos	39
4. CAPÍTULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	41
4.1. Cronograma de Actividades	41
4.2. Presupuesto	43
REFERENCIAS	43
ANEXO 1: Matriz de consistencia	53
ANEXO 2: Instrumentos	55
ANEXO 3: Validez de instrumentos	58
ANEXO 4: Formato de consentimiento informado	59
ANEXO 5: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos	61
ANEXO 6: Reporte de similitud de turnitin	62

I. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.1 . Planteamiento del problema

El sueño ha dejado de ser visto como un simple hábito cotidiano para ocupar un lugar importante en la conversación sobre salud y bienestar, puesto que la evidencia científica ha generado una creciente conciencia sobre cómo la calidad del descanso influye directamente en la salud (1). Se estima que para un proceso de recuperación corporal considerando valores promedios y apropiados, el sueño debería oscilar entre 7 a 8 horas para adultos jóvenes y adultos mayores (2).

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha trabajado en este tema, en su informe global hace un llamado a fomentar el envejecimiento saludable, proponiendo un enfoque renovado centrado en la capacidad funcional (3), el estilo de vida moderno, junto con múltiples factores biopsicosociales, ha deteriorado los patrones normales de sueño, provocando un descanso insuficiente. poco reparador y trastornos como la somnolencia diurna, siendo común observar que las personas mayores experimenten somnolencia durante el día, incluso en horarios en los que deberían estar activos, lo que puede conllevar alteraciones en su condición física (4) e incluso estar vinculada a aumento de mortalidad en un 48 a 60% (5).

A nivel mundial, en el 2024 la prevalencia de somnolencia diurna en adultos mayores alcanzó valores de alrededor del 40%, en Tailandia 44% y en España 38,2% (6). Así también, estudios realizados en Taiwán revelaron que el 16% de su población de

adultos mayores tenían somnolencia diurna y estaba relacionado a factores de riesgo como depresión, discapacidad e insomnio (7)

Esto no solo afecta la energía diaria de la población adulta mayor, sino que también compromete el rendimiento en las actividades cotidianas y, en consecuencia, la calidad de vida en el adulto mayor. Su importancia está relacionada con actividades de la vida diaria y para mejorar esas actividades es necesario que la población realice ejercicio físico (8). Un estudio realizado por Ratt et al en el 2020, reveló que el ejercicio físico influye de manera positiva sobre la calidad de vida en el componente físico y psicológico.

Por otro lado, en países latinoamericanos como México, Perú, Argentina y Colombia, entre un 27% y un 40% de la población experimenta trastornos del sueño. Este problema afecta principalmente a personas mayores de 65 años, impactando negativamente tanto su funcionamiento durante el día como su calidad de vida (9,10). Sin embargo, se ha visto que una buena calidad de vida y un sueño adecuado contribuyen a reducir los trastornos del sueño (11,12).

En el Perú un estudio realizado en el 2022 en una población rural encontró que el 57,1% de los adultos mayores manifestó tener mala calidad de vida (13). Del mismo modo en el Callao, se encontró que el 35% de los adultos mayores tenían calidad de vida baja (14). Estas cifras resultan ser alarmantes, ya que reflejan una realidad que podría estar replicándose en otros contextos, especialmente en servicios de atención médica como los de medicina física y rehabilitación, donde las limitaciones funcionales y los trastornos del sueño pueden influir negativamente en el bienestar del adulto mayor.

Por tanto, surge la necesidad de investigar si existe una asociación entre la somnolencia diurna y la calidad de vida en adultos mayores en el servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

- ¿Cuál es la relación entre la somnolencia diurna y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025?
- ¿Cuál es el nivel de somnolencia diurna en los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025?
- ¿Cuál es la relación de la somnolencia diurna en su dimensión leve y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025?
- ¿Cuál es la relación de la somnolencia diurna en su dimensión moderada y la calidad

de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025?

- ¿Cuál es la relación de somnolencia diurna en su dimensión severa y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre la somnolencia diurna y calidad de vida en los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025.
- Identificar el nivel de somnolencia diurna en los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025.
- Identificar el nivel de calidad de vida en los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025
- Conocer la relación de la somnolencia diurna en su dimensión leve y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital

Regional de Cañete, 2025

- Conocer la relación de la somnolencia diurna en su dimensión moderada y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025
- Conocer la relación de somnolencia diurna en su dimensión severa y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La presente investigación tiene como finalidad aportar al desarrollo del conocimiento científico mediante el análisis de la relación entre la somnolencia diurna y la calidad de vida en adultos mayores. Estas dos variables son de gran relevancia en el ámbito de la salud pública y geriátrica, ya que la somnolencia excesiva durante el día puede afectar negativamente la funcionalidad física, el estado cognitivo y emocional, así como la capacidad de las personas mayores para mantenerse autónomas, seguras e integradas socialmente. A su vez, la calidad de vida constituye un indicador complejo que integra percepciones sobre el bienestar físico, mental y social, dimensiones que suelen verse comprometidas en esta etapa del ciclo vital.

Explorar la relación entre ambas variables permitirá generar evidencia teórica y práctica sobre cómo las alteraciones del sueño influyen en el bienestar general de esta

población. Los resultados podrán servir de base para intervenciones orientadas a mejorar la atención integral en adultos mayores, especialmente en servicios relacionados con medicina física, rehabilitación y cuidado geriátrico. Además, esta investigación representa un aporte institucional al Hospital Regional de Cañete, ya que sus hallazgos podrían ser considerados en futuras estrategias de mejora en la calidad de atención y en el diseño de nuevos estudios centrados en el envejecimiento saludable.

1.4.2 Metodológica

La presente investigación se fundamentará metodológicamente al explorar la relación entre los instrumentos utilizados, como la Escala de Somnolencia de Epworth y el cuestionario SF-12, los cuales permiten evaluar la somnolencia diurna y calidad de vida respectivamente. Ambos instrumentos tienen validación a nivel internacional, además se llevará a cabo la validación nacional de dichos instrumentos a través de un juicio de expertos, para posteriormente analizar las características estadísticas de los instrumentos en mención.

1.4.3. Práctica

El estudio se justificará de manera práctica, permitiendo conocer cómo la somnolencia diurna influye en la calidad de vida de los pacientes adultos mayores, con el fin de que los profesionales de salud puedan diseñar programas de prevención, charlas y educación a la familia para mejorar el descanso, la atención integral y la autonomía de los pacientes. Además, los resultados facilitarán la detección temprana de trastornos del

sueño, contribuyendo a prevenir complicaciones y a optimizar los recursos en el servicio de Medicina Física del Hospital Regional de Cañete.

1.5. Delimitación de la investigación

1.5.1. Temporal

El presente estudio se desarrollará a lo largo de un período comprendido entre el mes de enero y diciembre del año 2025, durante el cual se llevarán a cabo las distintas etapas del estudio, incluyendo la planificación, recolección y análisis de datos, así como la elaboración de los resultados y conclusiones.

1.5.2. Espacial

El presente trabajo se llevará a cabo en el servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete con la siguiente dirección: Avenida Dos de Mayo N° 126, San Vicente de Cañete, Cañete, Perú.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La población que se evaluará serán los pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital Regional de Cañete durante los meses de octubre y noviembre del 2025. La unidad de análisis será un paciente adulto mayor atendido en el servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital Regional de Cañete

2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Ávila et al. (15) en el desarrollo de su investigación, se plantearon como objetivo principal “Determinar la relación de somnolencia diurna excesiva en adultos mayores de un programa municipal de actividad física”. Realizó un estudio corte transversal con un tamaño de muestra de 605 adultos mayores, para identificar la somnolencia diurna excesiva, se aplicó la escala de somnolencia de Epworth. Los resultados mostraron que el 81.5% de los participantes eran mujeres, con una edad media de 73 ± 8 años. La prevalencia total de somnolencia diurna excesiva fue del 10.5%, mientras que el 3.8% presentó somnolencia leve, el 3.3% moderada y el 3.4% severa. Se observaron diferencias significativas únicamente en relación con el estrato socioeconómico; la somnolencia excesiva fue más común en personas de estratos bajos (13% frente a 4%, $P=0.03$). Finalmente, se concluyó que esta condición afecta a los adultos mayores, aunque su incidencia podría ser menor en aquellos que mantienen una rutina de actividad física.

Díaz et al. (14) en su investigación tuvieron como objetivo “Comparar la calidad de sueño, trastorno conductual del sueño MOR y somnolencia diurna en adultos con y sin Parkinson”. Se realizó un estudio corte transversal con un tamaño de muestra de 60 personas mayores. Para realizar las comparaciones se utilizó tres instrumentos: la escala de somnolencia de Epworth, el Índice de Pittsburgh y el Cuestionario de Trastorno de Conducta REM, Se obtuvo como resultado que el grupo con Parkinson presentó una peor

calidad del sueño que el grupo control con un puntaje promedio de 9,90 frente a 7,23. Las mayores dificultades se presentaron en la duración del sueño, la eficiencia del sueño y el uso de medicamentos para dormir, donde el grupo con Parkinson obtuvo valores más altos indicando más alteraciones.. Concluyéndose, que, los pacientes con Parkinson, en comparación con personas sanas, presentan problemas en la calidad del sueño, especialmente porque duermen menos tiempo y su sueño es menos profundo o reparador.

Huang et al. (17) realizaron una investigación transversal con el objetivo de “Determinar la prevalencia de la somnolencia diurna excesiva definida por la ESS en adultos mayores”, la población de estudio consistió en 3,978 personas mayores de 65 años, residentes en una comunidad de Yilan, Taiwán, a quienes se les administró la escala de somnolencia de Epworth con el fin de evaluar la somnolencia diurna y un análisis factorial para determinar los factores asociados a la somnolencia diurna excesiva. Se encontró que, la edad media era de $76,6 \pm 6,7$ años, donde el 53,8% tenían más de 75 años, el 57,1% eran mujeres. En cuanto a la somnolencia diurna se encontró que el 16% tenía somnolencia diurna excesiva donde los factores predominantemente asociados eran educación, ejercicio, salud mental y sueño. Se concluyó que, la prevalencia de somnolencia diurna excesiva es alta.

Lera et al. (18) en su investigación con objetivo “Validar el cuestionario de calidad de atención relacionada con la salud (CVRS) SF-12 (formato corto) como alternativa al SF-36 para estimar la calidad de vida”, realizó un estudio de tipo transversal, con diseño muestral estratificado geográficamente y por tamaños poblacional, la muestra estuvo

compuesta por 4,124 personas mayores y los resultados indicaron que el 61% eran mujeres, así también la consistencia interna del SF-12 fue alta (0,88), así también buena concordancia entre el componente físico y mental ($>0,8$). Por otro lado, se determinó que la dependencia y la depresión son factores con alto riesgo de presentar una CVRS deficiente. Se evidenció la alta validez del SF-12 para medir la CVRS y que la depresión y dependencia se relacionan con una peor calidad de vida física y mental.

Vilugrón et al. (19) en su investigación indican como objetivo “Comparar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el consumo riesgoso de alcohol en personas sin hogar”. Estudio transversal, con muestra de 53 personas, de 21 a 64 años de ambos sexos. Para valorar la calidad de vida se aplicó el cuestionario SF-12. De ese grupo, el 84.91 % correspondió a hombres y el 15.08 % a mujeres, con una edad media de 41.84 años $\pm$ 11.75; el 11,32% del total de personas evaluadas convive con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la prueba AUDIT determinó que el 45.28% no consume alcohol y el 54.71% consume de manera riesgosa. Por lo tanto, se concluyó que el consumo de alcohol afecta directamente a la salud en sus dimensiones física y mental.

Rodríguez et al. (20) En cuyo estudio de tipo no experimental y diseño cuantitativo, se planteó como objetivo principal “Determinar una relación entre el apoyo social percibido, la gravedad del insomnio y la somnolencia diurna en adultos mayores de Chillan – Chile”. Llevaron a cabo una investigación correlacional y transversal, en la que participaron 202 adultos mayores. Para evaluar la somnolencia diurna, emplearon la escala de Epworth. Donde se observó que, la edad media fue de media de 72,3 $\pm$ 6,2 años, el nivel

educacional predominante fue secundaria, el 82,6 % de los encuestados fueron del sexo femenino, el 5,9 manifestó tener muy mala calidad de sueño, el 2,9 % del total presento somnolencia diurna, un 41,5 % tenía insomnio y un 65,8% de los adultos mayores manifestó un apoyo percibido. Finalmente concluyó que, existe correlación entre el nivel educativo y la gravedad del insomnio, así como entre la severidad del insomnio y la somnolencia.

2.2.2. Antecedentes Nacionales

Flores et al. (21) realizaron una investigación con el objetivo de “Determinar la prevalencia y los factores asociados a somnolencia diurna excesiva (SDE) en Tumbes”. Se llevó a cabo una investigación observacional de tipo transversal, con una muestra compuesta por 1,609 participantes, en la que se aplicó la escala de somnolencia de Epworth para evaluar la somnolencia. Se encontró que el 50.3 % de los participantes fueron mujeres, con una edad promedio de 48.2 ± 10.6 años, y el 5% presentó somnolencia diurna excesiva, siendo más frecuente en mujeres (8,3%), obesidad (9,5%) y síntomas depresivos (15,2%). Se concluye que, existe prevalencia prepandemia de somnolencia diurna excesiva, donde factores como el sexo femenino, tener obesidad y síntomas depresivos mostraron asociación positiva con la presencia de somnolencia diurna excesiva.

Alvarado et al. (22) en su trabajo de investigación tuvieron como finalidad “Analizar la relación del grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor”. Se llevó a cabo una investigación de carácter cuantitativo, con un diseño descriptivo y transversal, que involucró a una población compuesta por 53 personas adultas

mayores. Para la recolección de datos se emplearon dos instrumentos principales: el cuestionario que evalúa el grado de apoyo familiar y el cuestionario SF-12, diseñado para medir la calidad de vida. Los resultados obtenidos indicaron que el 47% de los participantes presentaban un nivel moderado de apoyo familiar, mientras que el 64% manifestaron una calidad de vida catalogada como regular. A partir de estos hallazgos, se concluyó que existe una relación estadísticamente muy significativa entre el grado de apoyo familiar que reciben los adultos mayores y el nivel de calidad de vida que experimentan, lo cual resalta la importancia del entorno familiar en el bienestar de esta población.

Tenorio et al. (23) realizaron un estudio transversal que tuvo como objetivo “Evaluar la calidad de vida de adultos mayores que pertenecen a los Centros del Adulto Mayor durante la pandemia por COVID-19”. La recolección de datos se realizó a través de llamadas telefónicas a 99 adultos mayores, el instrumento para evaluar calidad de vida fue el cuestionario EQ-5D-3L. Los resultados mostraron que el 84% eran mujeres, la edad promedio fue de 73,1 años, además se observó que factores como la obesidad, enfermedades pulmonares, falta de autonomía financiera y problemas de audición están asociados a una calidad de vida menor al estándar promedio establecido ($<78,9$). Se concluyó que diversos factores influyen en la calidad de vida de las personas mayores, por lo que es necesario abordarlos de manera integral para favorecer su bienestar tanto físico como emocional.

Neyra K (24) en su investigación con objetivo “Calidad de sueño y su relación con la somnolencia diurna en docentes de un colegio nacional del turno mañana y tarde de

Lima”, Se desarrolló un estudio de tipo cuantitativo con un diseño transversal, descriptivo y correlacional, en el que participaron 56 docentes como muestra representativa. Para evaluar los distintos aspectos relacionados con el sueño, se utilizaron dos instrumentos específicos: la escala de Epworth, destinada a medir la somnolencia diurna, y el cuestionario de Pittsburgh, enfocado en la calidad del sueño. Los hallazgos revelaron que el 8.9% de los participantes presentaba problemas graves relacionados con el sueño, mientras que un 89.3% requería atención médica y tratamiento debido a trastornos en sus patrones de descanso. En cuanto a la somnolencia diurna, el 51.8% mostró un nivel leve, mientras que el 44.6% presentó somnolencia excesiva durante el día. A partir de los resultados en la población de docentes estudiada, se determinó que entre la calidad del sueño y la somnolencia diurna no hay una relación estadísticamente significativa, sugiriendo que otros factores podrían influir en estos fenómenos.

Chávez - Gonzáles y Soto (25) el propósito principal de su estudio fue “Determinar la frecuencia de riesgo del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAHOS) en pacientes atendidos en el consultorio externo de neumología de un hospital de referencia en Lima”. Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal que incluyó a un total de 230 pacientes atendidos en el área de neumología, se utilizó el cuestionario de Berlín para el riesgo de apnea obstructiva del sueño, la escala Sleep Apnea Clinical Score para la probabilidad clínica de tener apnea obstructiva del sueño y Epworth para la somnolencia diurna. Encontrándose que, Del total de participantes, el 56.5% correspondió a varones, la edad promedio de 50 ± 12 años. Se identificó que el 66.9% de los pacientes presentaban un riesgo moderado de padecer SAHOS, mientras que el 32.2% manifestó somnolencia

excesiva durante el día. Como resultado principal, se concluyó que tanto el riesgo de SAHOS como la somnolencia diurna son elevados en la población atendida, lo cual resalta la necesidad de una adecuada evaluación y manejo de estos trastornos en este grupo.

Mancilla y Noriega (26) desarrollaron un trabajo investigativo transversal, prospectivo y correlacional, que tuvo como propósito determinar “La relación entre la capacidad funcional y la somnolencia diurna en el personal de enfermería que realizan guardias nocturnas - Lima”. Para ello, se contó con la participación de 53 enfermeras que realizaban turnos nocturnos, un grupo especialmente relevante debido a los posibles efectos de la alteración del sueño en su desempeño. Como instrumentos de evaluación se emplearon la prueba de caminata de 6 minutos, que permite medir la capacidad física y resistencia, y la escala de somnolencia de Epworth, utilizada para valorar el grado de somnolencia diurna en los sujetos estudiados. Los resultados evidenciaron que el 81.1% de las enfermeras mostró capacidad funcional nivel II, con somnolencia diurna moderada en el 41.5%, leve en el 39% y severa en el 17%. Esto indica que la somnolencia diurna es un problema frecuente entre el personal de enfermería.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Somnolencia diurna (SD)

La somnolencia puede entenderse como una necesidad biológica fundamental, comparable a otras como el hambre o la sed. Así como el cuerpo responde satisfaciendo estas últimas al comer o beber, el sueño cumple una función similar al aliviar el estado de somnolencia. En otras palabras, el sueño actúa como un mecanismo de reparación y descanso para el organismo cuando este siente la necesidad de recuperarse (27).

No obstante, cuando una persona prolonga deliberadamente sus horas de vigilia, reduciendo el tiempo destinado al sueño, esto repercute negativamente en la cantidad y calidad del descanso. Esta alteración no solo afecta la duración del sueño, sino que también puede modificar el ritmo circadiano natural, es decir, el reloj biológico interno que regula los ciclos de sueño y vigilia a lo largo del día (27).

Como consecuencia de esta limitación del sueño, se produce una acumulación progresiva de déficit, lo que provoca que la somnolencia se manifieste con mayor intensidad. Este estado se define como la tendencia o inclinación del individuo a quedarse dormido, reflejando la necesidad urgente del cuerpo por compensar la falta de descanso

- **Definición de Somnolencia diurna**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera adulto mayor a toda persona que haya cumplido los 60 años. Con el avance de la edad, estas personas experimentan transformaciones tanto en la estructura como en el funcionamiento de sus

cuerpos, lo que provoca un desequilibrio en diferentes sistemas corporales. Este proceso de desgaste es progresivo y varía de un individuo a otro, dependiendo en gran medida de su entorno y hábitos de vida. Entre las modificaciones que se presentan con el envejecimiento, destaca la reducción en la calidad del sueño (28).

En ese sentido, la somnolencia se manifiesta como la incapacidad para permanecer despierto, lo que afecta la concentración y el desempeño en diversas tareas. Este estado suele evidenciarse mediante el cierre involuntario de los ojos y es un fenómeno frecuente en entornos laborales. Según Rosales y Castro (29), se trata de una inclinación a quedarse dormido, es decir, una facilidad para pasar del estado de vigilia al sueño. Esta condición puede evaluarse a partir de la rapidez con la que una persona se duerme, la facilidad con la que ese sueño se interrumpe y la duración de este (30).

- **Fisiología y envejecimiento del sueño en adultos mayores**

Algunos ensayos han informado que más del 50 % de las personas mayores de 65 años sufren algún tipo de trastorno crónico del sueño. Uno de los mecanismos probablemente responsables del deterioro en el sueño normal es el funcionamiento fisiológico alterado, que se puede considerar parte del envejecimiento. Los datos del Sleep Heart Health Study, que reúne a 2,560 participantes, muestran que el sueño REM está cerca del 20 % en la vejez, con incremento en el sueño superficial y disminución en el sueño delta. La disminución total del sueño es pequeña, pero la calidad se reduce y la gente se despierta por la noche. Esto probablemente sería una consecuencia de la alteración neurohormonal en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, y de la alteración en la actividad

neurológica (31).

A pesar de los mecanismos no completando que lo experimentan, se sabría que el sueño se regula mediante la necesidad de equilibrio de sueño y de vigilia en dos procesos homeostáticos y circadianos. Los mecanismos para estos mecanismos son: la adenosina, la interleucina-1 y la prostaglandina D2; acumulándose en el cerebro para promover el sueño, reducen la actividad de las neuronas encargadas de mantenerse despiertas. El reloj biológico también influye en el nuevo sueño: es más nuevo en la madrugada a las 3 a. y degradado entre las 2 y las 8 p. m, el ritmo de uno es regular, como un núcleo supraquiasmático, sensible a la luz (32).

Además, el patrón de sueño cambia según la edad. Los recién nacidos duermen más horas y en varios periodos, con alto contenido de sueño REM. A medida que se desarrollan, el sueño se consolida por la noche. En la adultez se estabiliza en un solo bloque nocturno de 7 a 8 horas, pero en la vejez, el sueño se vuelve más fragmentado y superficial. También existen diferencias individuales que hacen que algunas personas necesiten dormir más que otras (32).

Factores como el aumento de cortisol nocturno, las citoquinas inflamatorias como la interleucina-6, y los cambios en los sistemas serotoninérgico y GABAérgico, sumados a la menor capacidad del cuerpo para mantener el equilibrio sueño-vigilia, impactan en la producción de melatonina y provocan alteraciones en los ritmos circadianos, generando una desorganización del ciclo sueño-vigilia (32).

Durante el sueño, también ocurren cambios respiratorios: se reduce la ventilación

alveolar, disminuye el oxígeno (PaO_2), aumenta el dióxido de carbono (PaCO_2) y se produce hipoventilación. En adultos mayores, estos cambios respiratorios pueden acentuarse y estar relacionados no solo con procesos fisiológicos internos, sino también con el estilo de vida (32).

- **Impacto de la Somnolencia diurna en adulto mayor**

A medida que las personas envejecen, se observan cambios tanto en la duración como en la calidad del sueño, los cuales son frecuentes en la población adulta mayor. Se estima que cerca del 70 % de los adultos mayores presentan alguna dificultad relacionada con el descanso nocturno.

Entre los principales problemas se encuentran el retraso para conciliar el sueño, despertares frecuentes durante la noche o al amanecer, así como alteraciones respiratorias como ronquidos o apneas del sueño. Además, la estructura del sueño se modifica en comparación con la de los adultos más jóvenes, con un incremento en las fases ligeras del sueño y una disminución en las más profundas. Además, se ha notado que los adultos mayores suelen acostarse y levantarse más temprano, y duermen menos horas en general. Todo esto contribuye a una menor eficiencia del sueño y a una mayor presencia de somnolencia durante el día (33).

- **Trastornos respiratorios durante el sueño en el anciano**

Los trastornos respiratorios del sueño (TRS) comprenden diversos problemas respiratorios que ocurren durante el sueño, como las apneas (pausas en la respiración) y las

hipopneas (respiración superficial reducida). Estos eventos afectan la calidad del sueño porque interrumpen los ciclos normales, provocando despertares repetidos y comprometiendo procesos fisiológicos vitales. Por ejemplo, la apnea obstructiva del sueño (AOS) se produce cuando la vía aérea se colapsa (total o parcialmente), lo que genera episodios de falta de flujo de aire a los pulmones y baja el nivel de oxígeno en sangre (34).

Existen distintos tipos de TRS: la apnea obstructiva, donde hay obstrucción física, la apnea central, en la cual el cerebro deja de enviar la señal para respirar, y formas mixtas. Este conjunto de condiciones no solo altera el descanso nocturno, sino que también está vinculado a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y deterioro durante el día, como somnolencia excesiva y disminución de la capacidad atencional (35).

Aunque la información sobre la frecuencia de los trastornos respiratorios del sueño (TRS) en adultos mayores es menos abundante en comparación con la población de mediana edad, se calcula que su incidencia puede variar entre el 26 % y el 85 %. Un estudio realizado con una muestra de 428 personas cuyas edades oscilaron entre los 71 y los 100 años utilizó la polisomnografía como método de evaluación. Los resultados revelaron que el 81 % de los hombres y el 80 % de las mujeres presentaban un índice de apnea-hipopnea (IAH) igual o superior a 5, indicando una alta prevalencia de estos trastornos en esta población (35,36).

Además, al considerar como criterio diagnóstico del síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) un IAH ≥ 10 acompañado de somnolencia diurna excesiva, este se identificó en el 20 % de los hombres y el 15 % de las mujeres. También se observó que los

valores de IAH aumentaban con la edad, lo que sugiere que el SAHS en la vejez podría tener características clínicas y consecuencias diferentes a las que se presentan en etapas más tempranas de la vida (36).

- **Escala de somnolencia de Epworth (ESE)**

Cuando se aborda el tema de la somnolencia, es importante diferenciar entre los pacientes que buscan atención en clínicas especializadas en trastornos del sueño, quienes generalmente presentan síntomas evidentes, y la población general, donde la somnolencia puede manifestarse de formas más variadas o menos evidentes. En el caso de estos pacientes sintomáticos, se ha estudiado y demostrado una relación significativa entre la presencia de apneas y la somnolencia diurna.

Para definir este síntoma, se utilizó el criterio de haber experimentado somnolencia al menos tres veces por semana durante los tres meses anteriores. Este enfoque permitió establecer un marco claro para identificar y cuantificar la somnolencia en los pacientes evaluados (37).

La ESE, creada en 1991, evalúa la somnolencia en la vida diaria mediante ocho escenarios comunes. Estos incluyen actividades como leer mientras se está sentado o permanecer sentado en un vehículo detenido en el tráfico. A cada participante se le pide que valore la probabilidad de quedarse dormido o cabecear en cada una de estas situaciones durante las semanas previas (37).

2.2.2. Calidad de vida

El término calidad de vida se utiliza con gran frecuencia en diferentes ámbitos. Inicialmente se entendía desde una visión biológica, pero con el tiempo y nuevas investigaciones se ha demostrado la conexión estrecha entre la salud, el bienestar social y la calidad de vida tanto individual como colectiva. La salud ha dejado de ser únicamente un problema médico para convertirse en un proyecto social que impacta directamente en la vida de las personas (38).

Por otro lado, la calidad de vida se define como el bienestar y la satisfacción que experimenta una persona, lo que le permite enfrentar diversas situaciones de la vida. Este concepto está ligado a las condiciones materiales en las que se desarrolla la existencia de los individuos, así como a la experiencia personal derivada de esas circunstancias, lo que implica un análisis conjunto de ambos términos para comprender plenamente su significado (38).

La OMS define la calidad de vida como la percepción que tiene cada individuo sobre su posición en la vida, en función del entorno cultural y los valores en los que se encuentra inmerso, considerando además sus propias metas, expectativas y preocupaciones. En particular, cuando se habla de calidad de vida relacionada con la salud, se evalúa cómo la enfermedad, el estado general de salud, los tratamientos y los cuidados médicos influyen en el bienestar y la experiencia diaria del adulto mayor (39).

- **Calidad de vida en el adulto mayor**

La calidad de vida surge de la interacción entre diversas características fundamentales de la existencia humana, como la alimentación, la vivienda, la vestimenta, la

educación y las libertades individuales, cada una contribuyendo de manera particular a alcanzar un bienestar adecuado. Considerando el proceso dinámico del envejecimiento, este concepto puede enfocarse en aspectos específicos como el estado de salud, la prevención de enfermedades, la identificación de factores de riesgo y la seguridad. Además, diferentes dimensiones y factores influyen en la calidad de vida a medida que las personas envejecen (39).

- **Cuestionario de calidad de vida Short Form Sf-12. (Sf-12)**

Este instrumento es uno de los más usados a nivel mundial para evaluar la relación entre la salud y la calidad de vida. Consta de doce ítems y representa una versión abreviada del cuestionario SF-36. Las ocho escalas que lo componen se agrupan en dos categorías principales, que se enfocan en la salud física y mental de los individuos. Esta herramienta proporciona una descripción general del estado de salud, es una escala de propósito general del estado de salud, se usa más comúnmente para evaluar resultados clínicos y es aplicable a toda la población, así como a pacientes siendo 14 años a más, utilizada por un entrevistador que puede ser por teléfono u otro medio informático (40).

El cuestionario SF-12 es una versión resumida del SF-36, que originalmente contiene 36 ítems. Este instrumento ofrece un perfil detallado del estado de salud tanto en personas sanas como en aquellas con alguna patología, evaluando dos dimensiones principales que abarcan ocho aspectos relacionados con la salud:

1. Función física: Es el grado de salud que limita las actividades físicas.
2. Función social: Determina el grado de la salud física y emocional que

perjudican la vida social cotidiana.

3. Rol físico: Es el grado donde la salud física que obstaculizan tanto en el trabajo como las actividades diarias.
4. Rol emocional: Es el grado donde los problemas emocionales interrumpen el trabajo y otras actividades diarias.
5. Salud mental: Es el estado de salud mental global.
6. Vitalidad: Es el nivel de energía y vitalidad.
7. Dolor corporal: Mide el nivel de intensidad de dolor.
8. Salud general: Medición personal de la salud.

Las respuestas se organizan en escalas tipo Likert, con opciones que varían entre tres y seis puntos dependiendo del ítem, para medir la frecuencia o intensidad del estado de salud. Los resultados se expresan en una puntuación que va de 0 a 100, donde una cifra más alta indica una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

- **Hi:** Existe relación entre la somnolencia diurna y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital Regional de Cañete 2025.
- **Ho:** No existe relación entre la somnolencia diurna y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital Regional de Cañete 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

- **Hi:** Existe relación de la somnolencia diurna en su dimensión leve y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete 2025.
- **Ho:** No existe relación de la somnolencia diurna en su dimensión leve y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete 2025.
- **Hi:** Existe relación de la somnolencia diurna en su dimensión moderada y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete 2025.
- **Ho:** No existe relación de la somnolencia diurna en su dimensión moderada y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete 2025.
- **Hi:** Existe relación de la somnolencia diurna en su dimensión severa y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete 2025.
- **Ho:** No existe relación de la somnolencia diurna en su dimensión severa y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del

3. CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se utilizarán diversos métodos, entre ellos el método hipotético-deductivo, que consiste en formular hipótesis y comprobarlas mediante procesos de deducción, permitiendo así obtener conclusiones y contrastar los resultados con los hechos observados (41).

3.2. Enfoque de investigación

Se utilizará un enfoque cuantitativo, ya que permitirá recolectar información a través de la medición de variables con instrumentos específicos, y luego analizar los datos obtenidos mediante técnicas estadísticas tanto descriptivas como inferenciales, con el propósito de comprobar hipótesis y responder a los objetivos del estudio (42).

3.3. Tipo de investigación

Este estudio se clasifica como una investigación aplicada, pues está orientado a dar respuesta a una problemática en específico identificado en el contexto real (42). Su objetivo principal es utilizar el conocimiento existente para desarrollar soluciones prácticas que ayuden a mejorar tanto la somnolencia diurna como la calidad de vida en adultos mayores.

3.4. Diseño de la investigación

La investigación se realizará bajo un diseño no experimental, centrado en la interpretación de datos, empleando la observación y el análisis de las interacciones para alcanzar conclusiones fundamentadas. Asimismo, tendrá un nivel descriptivo correlacional, ya que tiene como propósito examinar la relación entre las variables sin manipularlas, sino observándolas tal como se presentan en la realidad permitiendo identificar y analizar el grado de asociación entre variables dentro de una población específica y además se analizarán las características de las variables examinando la relación que existe entre ellas (43). Asimismo, el diseño será de corte transversal, ya que los datos se recogerán en un único punto en el tiempo (43).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población corresponde al grupo de personas que presentan características específicas relacionadas con los objetivos del estudio. En este caso, estará compuesta por un total de 100 pacientes adultos mayores que cumplen con los criterios establecidos para la investigación que acudan al servicio de medicina física en los meses de octubre y noviembre del Hospital regional de Cañete en el año 2025.

3.5.2. Muestra

Debido al tamaño accesible y delimitado de esta población, se optará por una muestra censal de 100 adultos mayores aproximadamente, es decir, se incluirá a la totalidad de los sujetos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Este tipo

de muestreo permite obtener datos precisos y representativos de toda la población objetivo.

3.5.3. Muestreo

Se trata de un recurso fundamental en la investigación científica, cuyo objetivo principal es definir qué segmento de la población será analizado durante el estudio. En esta investigación se optará por un muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.5.4. Criterios de inclusión

- Adultos mayores que asistan al servicio de medicina física del Hospital regional de Cañete en el año 2025 en los meses de octubre y noviembre.
- Adultos mayores de ambos sexos
- Adultos mayores hemo dinámicamente estables.
- Adultos mayores que otorguen su consentimiento informado de manera voluntaria para participar en el estudio

3.5.5. Criterios de exclusión

- Adultos mayores con diagnósticos confirmados de enfermedades neurodegenerativas
- Adultos mayores presencia de patologías o síndromes de origen neurológico.
- Adultos mayores con enfermedades respiratorias agudas al momento de la evaluación.
- Adultos mayores con dificultades significativas de comprensión que impidan su participación efectiva
- Adultos mayores con alta hospitalaria reciente (últimos 15 días)

3.6. Variables y operacionalización

Operacionalización de la variable 1: Somnolencia Diurna

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Valoración	Escala de Medición	Instrumento
Somnolencia Diurna	Tendencia a quedarse dormido o la habilidad de transicionar de la vigilia al sueño durante el día (44).	Puntaje obtenido que evalúa propensión a quedarse dormido en ocho situaciones sedentarias diferentes	Unidimensional	Sentado leyendo	● Somnolencia normal: Puntajes menores de 7 puntos ● Somnolencia leve: puntajes de 8 a 9 puntos ● Somnolencia moderada: puntajes que oscilan entre 10 y 15 puntos. ● Somnolencia severa: puntajes comprendidos	Cualitativa Ordinal	Escala de somnolencia diurna de Epworth
				Mirando la televisión			
				Sentado en un lugar público (en una conferencia, teatro, cine, reunión social o escuchando misa)			
				Como pasajero de auto, micro, combi u ómnibus			
				Recostado en la tarde			
				Sentado y hablando con otra Persona			
				Sentado tranquilamente después de almorzar sin haber ingerido alcohol			
				Manejando el auto, cuando se detiene por razones de tráfico			

					entre 16 y 24 puntos.		
--	--	--	--	--	-----------------------	--	--

Operacionalización de la variable 2: Calidad de vida

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Valoración	Escala de Medición	Instrumento
Calidad de vida	Percepción que tiene una persona sobre su situación en la vida, considerando su entorno cultural, los valores que lo rigen y su vínculo con metas personales, integrando además su bienestar físico, mental y social.	Información referida por los individuos en relación con la función física y salud mental a través de 12 preguntas.	Función Física	- Limitaciones físicas - Dolor corporal - Actividades cotidianas	● Mejor salud física o mental: >50 puntos ● Peor salud que el promedio:<50 puntos	Cualitativa Ordinal	Cuestionario SF-12
			Salud Mental	- Vitalidad - Estado emocional - Salud mental - Función social			

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica que se aplicará en este trabajo de investigación para la variable somnolencia diurna será la encuesta, la cual consiste en un conjunto estructurado de preguntas diseñadas en un formulario. En cuanto a la variable calidad de vida, se empleará igualmente la técnica de la encuesta, permitiendo recopilar información directa del participante sobre su percepción personal, mediante preguntas que abordan aspectos físicos, mentales y sociales.

Recolección de Datos:

- Primeramente, se solicitará formalmente la aprobación al director del Hospital Regional de Cañete para llevar a cabo la investigación en el establecimiento.
- Luego, se brindará a los pacientes adultos mayores una explicación clara sobre los objetivos, finalidad y metodología del estudio.
- Los pacientes que acepten participar serán citados en un espacio previamente coordinado dentro del hospital.
- A cada participante se le requerirá la firma del consentimiento informado como condición previa para su inclusión en el estudio, asegurando su participación voluntaria y confidencialidad de los datos.
- Una vez obtenido la aprobación del consentimiento informado, se administrará primero la encuesta correspondiente a la variable somnolencia diurna que es formulario de la escala de somnolencia diurna de Epworth.
- Finalmente, se aplicará el cuestionario de calidad de vida (SF-12), respetando

el orden y los tiempos establecidos para cada instrumento, para luego informar a los participantes sobre sus resultados.

3.7.2. Descripción de instrumentos

En esta investigación se empleará como instrumento para la recolección de datos para la variable Somnolencia diurna la escala de EPS, adaptada y modificada en su versión peruana y el cuestionario de Calidad de vida SF-12.

Escala de somnolencia diurna de Epworth (EPS)

Instrumento que mide la somnolencia diurna (SD) según la percepción del propio individuo. Su versión original fue desarrollada en Australia en 1991 por el Dr. Murray Johns en el Hospital Epworth, con el objetivo de proporcionar una herramienta estandarizada y con validez estadística (44). Esta escala evalúa la probabilidad de que una persona se quede dormida durante el desarrollo de ocho actividades sedentarias, asignando una puntuación de 0 a 3 para cada una. Los ítems que finalmente conforman la escala son:

- **Ítem N°01:** Sentado leyendo.
- **Ítem N°02:** Viendo televisión.
- **Ítem N°03:** Sentado (por ejemplo, en el teatro, en una reunión, en el cine, en una conferencia, escuchando la misa o el culto).
- **Ítem N°04:** Como pasajero en un automóvil, ómnibus, micro o combi durante una hora o menos de recorrido.
- **Ítem N°05:** Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten.

- **Ítem N°06:** Sentado conversando con alguien.
- **Ítem N°07:** Sentado luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol.
- **Ítem N°08:** Conduciendo el automóvil cuando se detiene algunos

La adaptación peruana de la escala fue desarrollada por los doctores Edmundo Rosales y Rey de Castro. Al finalizar su aplicación, se obtiene un puntaje total que varía entre 0 y 24, donde una mayor puntuación indica un nivel más alto de somnolencia diurna. (44)

- Somnolencia normal: menor de 7 puntos
- Somnolencia leve: 8 o 9 puntos
- Somnolencia moderada: de 10 a 15 puntos
- Somnolencia grave: De 16 a 24

FICHA TÉCNICA	
Nombre del instrumento	Escala de Somnolencia de Epworth
Autores	Murray Johns (1991) y adaptada a la población peruana por Edmundo Rosales y Jorge Rey de Castro (2012)
Objetivo	Medir la somnolencia diurna (SD) según la percepción del propio individuo
Aplicación	Individual
Confiabilidad	Alfa de Cronbach de 0.790 y 0.789
Validez	Validez de constructo aceptable

Administración	Preguntas de selección múltiple
Tiempo de duración	5 minutos
Dirigido	Adulto mayor del servicio de medicina física Hospital Rezola de Cañete
Valor	Somnolencia normal: menor de 7 puntos Somnolencia leve: 8 o 9 puntos Somnolencia moderada: de 10 a 15 puntos Somnolencia grave: De 16 a 24
Distribución de los ítems	Se trata de un cuestionario diseñado para evaluar la propensión a quedarse dormido en ocho situaciones de tipo sedentario. Cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta, y al completarse en su totalidad, el instrumento permite obtener un puntaje total que varía entre 0 y 24, reflejando el nivel de somnolencia del individuo.

Cuestionario de calidad de vida SF - 12

El Short Form-12 Health Survey (SF-12) es un instrumento estandarizado de tipo autoadministrado, diseñado para medir la calidad de vida relacionada con la salud. Es una versión abreviada del SF-36, y consta de 12 ítems que permiten obtener dos componentes sumarios: el Componente Físico y el Componente Mental. Evalúa dominios clave como el funcionamiento físico, limitaciones por problemas físicos y emocionales, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental (45).

Las dimensiones física y mental se obtienen a partir del análisis de las respuestas a las 12 preguntas del cuestionario, cuyo puntaje varía entre 0 y 100. Un valor de 0 indica una calidad de vida deficiente, mientras que un puntaje de 100 representa una excelente calidad de vida relacionada con la salud. Las respuestas se organizan según una escala tipo Likert, en la cual el número de opciones depende de cada ítem específico. Dentro de estas dos dimensiones —física y mental— se incluyen diversos aspectos que permiten una evaluación integral del bienestar de la persona.

Salud general: Se refiere al estado global de salud que presenta una persona.

- **Función Física:** se observa cuantas funciones realizan las personas al ejecutar una o más actividades.
- **Rol físico:** Evalúa cómo la salud física impacta en las actividades y el rendimiento laboral.
- **Dolor corporal:** Analiza la intensidad del malestar físico y cómo este puede afectar la realización de las tareas cotidianas, incluyendo el trabajo.
- **Vitalidad:** Mide el nivel de fatiga o agotamiento que experimenta el individuo.
- **Función social:** Examina de qué manera la salud influye en la participación y desempeño en las actividades diarias.
- **Rol emocional:** Considera cómo los sentimientos y emociones pueden interferir en el desarrollo diario de las personas.
- **Salud mental:** Se refiere a cualquier factor que pueda afectar el bienestar emocional.

FICHA TÉCNICA

Nombre del instrumento	Short Form-12 Health Survey (SF-12)
Autores	Ware JE, Kosinski M, Keller SD.
Objetivo	Medir el nivel de actividad física
Aplicación	Individual
Confiabilidad	Alfa de Cronbach 0.87 y 0.86. ICC de 0.79 y 0.59
Tiempo de duración	5 minutos
Dirigido	Adultos mayores del servicio de medicina física Hospital Rezola de Cañete
Administración	Preguntas de opción múltiple
Valor	Mejor salud física o mental: >50 puntos Peor salud que el promedio:<50 puntos
Distribución de los ítems	Cuestionario que mide la percepción de calidad de vida mediante 12 preguntas resultando en un puntaje total de 0 a100, donde una puntuación de 0 refleja una calidad de vida muy baja, y un puntaje de 100 indica un nivel óptimo de calidad de vida en relación con el estado de salud.

3.7.3. Validación

Escala de Epworth: Esta herramienta ha sido validada en diversos países de América, incluyendo México (46), Chile (47) y Colombia (48). En este último, fue adaptada específicamente para la población adulta, demostrando ser tanto válida como confiable. En el caso del Perú, su validación fue realizada en el año 2009 por Rosales

(44), quien efectuó una modificación en la última pregunta con el fin de hacerla más comprensible para la población evaluada, logrando así una validez de constructo adecuada., respaldada por una estructura factorial plausible, con un factor principal bien definido que concentra los ítems con cargas significativas.

Cuestionario SF-12: un estudio realizado en más de mil adultos mayores de 74 años confirmó que el SF-12 se desempeña bien en esta población, manteniendo una diferenciación clara entre los componentes físico y mental de la calidad de vida. Esto respalda su validez de constructo, permitiendo su uso como un instrumento confiable para evaluar el estado de salud en esta población. Además, la capacidad del cuestionario para discriminar entre distintos niveles de funcionalidad y estado de salud refuerza su validez discriminante y clínica (49).

3.7.4. Confiabilidad

Escala de Epworth: Se evidenció una fiabilidad estable en el tiempo mediante la técnica test-retest, con mejoras observadas tras un intervalo de dos semanas. Asimismo, el instrumento mostró una consistencia interna aceptable, con coeficientes Alfa de Cronbach de 0.790 y 0.789 (44).

Cuestionario SF12: el cuestionario ha mostrado alta confiabilidad interna, un estudio realizado con 1 040 adultos mayores de 74 años evidenció coeficientes Alfa de Cronbach de 0.87 para el componente físico (PCS) y 0.86 para el componente mental (MCS), lo cual indica una consistencia interna sólida en ambas dimensiones. Además, se evaluó su confiabilidad temporal mediante el método test-retest, obteniendo coeficientes

de correlación intraclase (ICC) de 0.79 para el PCS y 0.59 para el MCS, lo que sugiere una estabilidad aceptable de las mediciones en el tiempo (49).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados mediante los instrumentos serán ingresados y organizados en una base de datos utilizando para ello el programa Excel como herramienta de apoyo. Luego, se procederá a realizar el análisis estadístico correspondiente utilizando el software SPSS versión 25, el cual se empleará para la elaboración de tablas y cuadros descriptivos. Posteriormente, aplicará la prueba de chi-cuadrado para evaluar la asociación entre ellas y así comprobar las hipótesis planteadas en la investigación.

3.9. Aspectos éticos

El presente estudio será sometido a evaluación por el Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, garantizando el cumplimiento de los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (50). Se respetará el principio de autonomía, permitiendo que los participantes puedan decidir libremente su participación y retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna consecuencia negativa. Para ello, se solicitará a cada participante la firma de un consentimiento informado (Anexo N°04), en el cual se detallarán los objetivos, procedimientos, beneficios, posibles riesgos y su derecho a confidencialidad.

Asimismo, se observará el principio de beneficencia, promoviendo el bienestar de los participantes y asegurando que la investigación busque el bien común. Se considerará también el principio de no maleficencia, procurando no causar daño físico ni emocional.

Finalmente, se garantizará la justicia y equidad, asegurando un trato igualitario y respetuoso a todas las personas involucradas en el estudio.

4. CAPÍTULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

Actividades	2025											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Elección del tema	✓											
Planteamiento del problema	✓	✓										
Justificación			✓									
Objetivos			✓									
Base Teórica				✓	✓							
Hipótesis						✓						
Metodología de investigación						✓						
Operacionalización de la variable							✓					
Población y muestra							✓					
Presupuesto							✓					

[illegible]

4.2. Presupuesto

N	Materiales	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Recursos Humanos				
1	Asesor	1	1000	1000
Recursos materiales y equipos (bienes)				
2	Papel bond	1 millar	20.00	20.00
3	Lapicero	1 caja	15.00	15.00
4	USB 64GB	Unidad	50.00	50.00
5	Impresiones	100	0.50	50.00
6	Engrapadora	Unidad	15.00	15.00
7	Copias	500	0.10	50.00
8	Laptop	Unidad	2000.00	2000.00
Servicios				
9	Llamadas a celulares	50 llamadas	0.50	25.00
10	Transporte	20 viajes	3.00	60.00
11	Internet	100hrs	2.00	200.00
Gastos Administrativos y/o imprevistos				
12	Otros	1	100	100.00
	TOTAL			3585.00

REFERENCIAS

1. Lim DC, Najafi A, Afifi L, Bassetti CLA, Buysse DJ, Han F, et al. The need to promote sleep health in public health agendas across the globe. *Lancet Public Health* [Internet]. 2023;8(10):e820–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00182-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00182-2)
2. Chaput J-P, Dutil C, Featherstone R, Ross R, Giangregorio L, Saunders TJ, et al. Sleep duration and health in adults: an overview of systematic reviews. *Appl Physiol Nutr Metab* [Internet]. 2020;45(10 (Suppl. 2)):S218–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1139/apnm-2020-0034L>
3. Rodríguez Mañas L. El informe de la Organización Mundial de la Salud sobre envejecimiento y salud: un regalo para la comunidad geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016;51(5):249–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.013>
4. Pinazo-Hernandis S. Psychosocial impact of COVID-19 on older people: Problems and challenges. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2020;55(5):249–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
5. Merlino G, Lorenzuti S, Gigli GL, Del Negro I, Tereshko Y, Smeralda C, et al. Insomnia and daytime sleepiness predict 20-year mortality in older male adults: data from a population-based study. *Sleep Med* [Internet]. 2020;73:202–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2020.06.025>

6. Canever JB, Zurman G, Vogel F, Sutil DV, Diz JBM, Danielewicz AL, et al. Worldwide prevalence of sleep problems in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med* [Internet]. 2024;119:118–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2024.03.040>
7. Huang C-J, Hsu N-W, Chen H-C. Prevalence, dimensions, and correlates of excessive daytime sleepiness in community-dwelling older adults: the Yilan study, Taiwan. *Ann Med* [Internet]. 2024;56(1):2352028. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/07853890.2024.2352028>
8. Cuellar C, Mejía EAC, Ochoa M, Niño DMV, Castillo L, González LMB, et al. Validación del senior fitness test en la ciudad de tunja. *Expo* [Internet]. 2015 [citado el 14 de agosto de 2025]; Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/expomotricidad/article/view/24711>
9. Moreno Reyes P, Muñoz Gutiérrez C, Pizarro Mena R, Jiménez Torres S. Efectos del ejercicio físico sobre la calidad del sueño, insomnio y somnolencia diurna en personas mayores. Revisión de la literatura. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2020;55(1):42–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2019.07.003>
10. Rosales Mayor E, Rey De Castro Mujica J. Somnolencia: Qué es, qué la causa y cómo se mide. *Acta médica peru* [Internet]. 2010 [citado el 14 de agosto de 2025];27(2):137–43. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000200010

11. Aravena FV, Chaparro Araya RE, Ulloa JC, Barrientos SB. Calidad de vida relacionada con la salud y consumo de alcohol en personas sin hogar. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2018;44(4):84–96. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21458870008>
12. Durán Agüero S, Sánchez Reyes H, Díaz Narváez V, Araya Pérez M. Dietary factors associated with daytime somnolence in healthy elderly of Chile. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015;50(6):270–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.02.008>
13. Paullo De La Cruz KV, Risco Mendoza GG, Sigueñas Tafur EJ, González-Farfán M-E. Nivel de funcionalidad y calidad de vida en población rural de adultos mayores en un centro integral para el adulto mayor de Lima, Perú. *Rev Hered Rehabil* [Internet]. 2022;5(1):14–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rhr.v5i1.4257>
14. Carhuapoma Y. Calidad de vida en los adultos mayores que acuden al servicio de medicina general del Centro de Salud Santa Fe Callao junio - julio, 2021. [Tesis]. Lima: Universidad san Martín de Porres; 2021. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10891/Pariahuaman_QA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Avila J, Arango A, Cruz F, Gómez-Barreiro N, Márquez-Pérez Y, Perlaza C, et al. Somnolencia diurna excesiva en adultos mayores de un programa municipal de actividad física. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* [Internet]. 2024;81(1):40-52. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/41826>

16. Díaz Pacheco A, Moo Estrella J. Sleep quality, REM sleep behavior disorder and daytime sleepiness in adults with and without Parkinson's: Sleep Quality, RBD and sleepiness in Parkinson. Arch Neurocienc [Internet]. 2021;26(2):20–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31157/archneurosciencesmex.v26i2.271>
17. Huang C-J, Hsu N-W, Chen H-C. Prevalence, dimensions, and correlates of excessive daytime sleepiness in community-dwelling older adults: the Yilan study, Taiwan. Ann Med [Internet]. 2024;56(1):2352028. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/07853890.2024.2352028>
18. Lera L, Márquez C, Saguez R, Moya MO, Angel B, Albala C. Rev Med Chil [Internet]. 2021;149(9):1292–301. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872021000901292>
19. Vilugrón F, Chaparro R, Cancino J, Bustos S. Calidad de vida relacionada con la salud y consumo de alcohol en personas sin hogar. Rev. Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2018; 44(4), 84-86. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n4/84-96/es>
20. Rodríguez Hizmeri Edgardo, Pizarro Mena Rafael, Durán Agüero Samuel. Relación entre Apoyo Social percibido, Severidad de Insomnio y Somnolencia Diurna en Adultos Mayores. Memorias del Instituto de Investigacion en Ciencias de la Salud [Internet]. 2020; 18(3), 34 - 42. Disponible en: <10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.03.34>
21. Flores L, Ccori R, Ccopa Á, Bernabé-Ortiz A. Prevalencia y factores asociados a

- somnolencia diurna excesiva en población adulta del norte del Perú. Acta médica Perú [Internet]. 2025;42(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2025.421.3542>
22. Alvarado B. Nivel de calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Taparachi, Juliaca 2019. 2020. [Tesis]. Juliaca: Universidad Peruana Unión; 2020
Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3422/Breyid_Trabaj
23. Tenorio-Mucha J, Romero-Albino Z, Roncal-Vidal V, Cuba-Fuentes MS. Calidad de vida de adultos mayores de la Seguridad Social peruana durante la pandemia por COVID-19. Rev Cuerpo Med Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 2021;14(Sup1):41–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14sup1.1165>.
24. Neyra K. Calidad de sueño y su relación con la somnolencia diurna en docentes de un colegio nacional del turno mañana y tarde de Lima, diciembre 2017. [Tesis]. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/1572>
25. Chávez-González C, Soto A. Evaluación del riesgo de síndrome de apnea obstructiva del sueño y somnolencia diurna utilizando el cuestionario de Berlín y las escalas Sleep Apnea Clinical Score y Epworth en pacientes con ronquido habitual atendidos en la consulta ambulatoria. Rev Chil Enferm Respir [Internet]. 2018;34(1):19–27. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482018000100019>

26. Mancilla J, Noriega B. Capacidad funcional y su relación con la Somnolencia diurna en el personal de enfermería que realizan guardias nocturnas en una clínica de Lima. [Tesis]. Perú. Universidad Privada Norbert Wiener 2020. Disponible: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/123456789/4016>
27. Rosales Mayor E y Rey de Castro Mujica J. Somnolencia: Qué es, qué la causa y cómo se mide. Acta médica peru [Internet]. 2010;27(2):137–43. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96618980010>
28. Alvarado A, Salazar Á. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014;25(2):57–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2014000200002>
29. Rosales E, Egoavil M, La Cruz C, Rey de Castro J. Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. An. Fac. med. [Internet]. 2007;68(2):150-158. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000200007&lng=es.
30. Bracho-Paz D, Quintero-Medina J. La fatiga laboral en el ámbito de seguridad y salud laboral en el marco jurídico venezolano. Cienciamatria [Internet]. 2020;6(1):237–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35381/cm.v6i1.306>
31. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the elderly: A review. J Clin Sleep Med [Internet]. 2018;14(6):1017–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.7172>

32. Saper CB, Scammell TE, Lu J. Hypothalamic regulation of sleep and circadian rhythms. *Nature* [Internet]. 2005;437(7063):1257–63. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nature04284>
33. Mander BA, Winer JR, Walker MP. Sleep and human aging. *Neuron* [Internet]. 2017;94(1):19–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2017.02.004>
34. Rey García J, Fernández Merino M del C, Meijide Calvo L, Zamarrón C, Conde Rodríguez M, González-Quintela A, et al. Prevalencia de los trastornos respiratorios del sueño y factores asociados. *Aten Primaria* [Internet]. 2007;39(5):255–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13101800>
35. Javaheri S, Barbe F, Campos-Rodriguez F, Dempsey JA, Khayat R, Javaheri S, et al. Sleep apnea: Types, mechanisms, and clinical cardiovascular consequences. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2017;69(7):841–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2016.11.069>
36. Durán J, Esnaola S, Rubio R, Iztueta A. Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 yr. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2001;163(3 Pt 1):685–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm.163.3.2005065>
37. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* [Internet]. 1991;14(6):540–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/sleep/14.6.540>
38. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de

- vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Revista Espanola De Salud Pública [Internet]. 2010;84(2):169–84. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17012512005>
39. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An. Fac. med. [Internet]. 2007; 68(3): 284-290. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012&lng=es.
40. Vilagut G, María Valderas J, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Med Clin (Barc) [Internet]. 2008;130(19):726–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13121076>
41. Lawson AE. Hypothetico-deductive method. En: Encyclopedia of Science Education. Dordrecht: Springer Netherlands; 2015. p. 471–2.
42. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. 5ta ed. Bogotá: Ediciones de la U, 2018. 559p.
43. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6th. ed. España: Mc Graw-Hill education; 2014. 634p.
44. Rosales-Mayor E, Rey de Castro J, Huayanay L, Zagaceta K. Validation and modification of the Epworth Sleepiness Scale in Peruvian population. Sleep Breath [Internet]. 2012;16(1):59–69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11325-011-0485-1>

45. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* [Internet]. 1996;34(3):220–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
46. Sandoval-Rincón M, Alcalá-Lozano R, Herrera-Jiménez I, Jiménez-Genchi A. Validación de la escala de somnolencia de Epworth en población mexicana. *Gaceta Medica De Mexico* [Internet]. 2013;149:409–16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=45495>
47. Gómez M, Deck B, Santelices P, Cavada G, Volpi C, Serra L. Adaptación transcultural y validación de la escala de somnolencia de Epworth en la población chilena. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* [Internet]. 2020;80(4):434–41. Disponible en: <https://revistaotorrino-sochiorl.cl/index.php/orl/article/view/151>
48. Chica-Urzola HL, Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación de la Escala de Somnolencia de Epworth. *Edu.co* [Internet]. 2007. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/items/a3c29a22-0a9a-45ea-b09c-3be73a458382>
49. Shah CH, Brown JD. Reliability and validity of the Short-Form 12 item version 2 (SF-12v2) health-related quality of life survey and disutilities associated with relevant conditions in the U.s. older adult population. *J Clin Med* [Internet]. 2020;9(3):661. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9030661>
50. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants [Internet]. *JAMA*. 2024;333(1):71–74. DOI: [10.1001/jama.2024.21972](https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972)

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Somnolencia diurna y Calidad de vida en pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025”				
Problema	Objetivos	Variables	Hipótesis	Diseño de investigación
Problema principal ¿Cuál es la relación entre la somnolencia diurna y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025? Problemas específicos ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025? ¿Cuál es el nivel de somnolencia diurna en los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025?	Objetivo general - Determinar la relación entre la somnolencia diurna y la calidad de vida en los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025. Objetivos específicos - Describir las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025. - Identificar el nivel de somnolencia diurna en los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025.	Variable independiente: Somnolencia diurna Variable dependiente: Calidad de vida	Hipótesis general - Existe relación entre la somnolencia diurna y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital Regional de Cañete 2025. Hipótesis específicas - Existe relación de la somnolencia diurna en su dimensión leve y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete 2025 - Existe relación de la somnolencia diurna en su dimensión moderada y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete	Tipo de investigación - Aplicada. Método y diseño de la investigación - Hipotético - deductivo - Cuantitativo - Diseño no experimental - Descriptivo correlacional - Transversal Población y muestra - La población estará conformada por 100 pacientes adultos mayores que acudan al servicio de medicina física en los meses de

• ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025? • ¿Cuál es la relación de la somnolencia diurna en su dimensión leve y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025? • ¿Cuál es la relación de la somnolencia diurna en su dimensión moderada y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025? • ¿Cuál es la relación de somnolencia diurna en su dimensión severa y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025?	• Identificar el nivel de calidad de vida en los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025 • Conocer la relación de la somnolencia diurna en su dimensión leve y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025 • Conocer la relación de la somnolencia diurna en su dimensión moderada y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025 • Conocer la relación de somnolencia diurna en su dimensión severa y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025		2025. • Existe relación de la somnolencia diurna en su dimensión severa y la calidad de vida en paciente adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete 2025.	octubre y noviembre del Hospital regional de Cañete en el año 2025. • La muestra será censal.
---	---	--	---	--

ANEXO 2: INSTRUMENTOS

Ficha de Recolección de datos

Presentación:

Sr (a):

Soy Zaida Angelica Soto Reyes, Licenciada en Tecnología Médica de Terapia Física y Rehabilitación, el objetivo de este estudio es determinar la relación entre la somnolencia diurna y calidad de vida en los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025.

I. Datos Sociodemográficos:

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Nivel educativo: _____ Lugar de residencia: _____

II. Escala de Somnolencia Epworth

¿Con qué frecuencia se queda usted dormido en las siguientes situaciones? Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían. Utilice la siguiente escala y elija la cifra adecuada para cada situación.

- 0 = nunca se ha dormido
- 1 = escasa posibilidad de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse
- 3 = elevada posibilidad de dormirse

Situación	Puntuación
• Sentado y leyendo	
• Viendo la T.V	
• Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro...)	
• En coche, como copiloto de un viaje de una hora	
• Tumbado a media tarde	
• Sentado y charlando con alguien	
• Sentado después de la comida (sin tomar alcohol)	
• En su coche, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico	
Puntuación total (máx. 24)	

III. Cuestionario de calidad de vida SF-12

Instrucciones: Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:
 - ☐ Excelente
 - ☐ Muy buena
 - ☐ Buena
 - ☐ Regular
 - ☐ Mala
2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
 - ☐ Sí, me limita mucho
 - ☐ Sí, me limita un poco
 - ☐ No, no me limita nada 3.
3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
 - ☐ Sí, me limita mucho
 - ☐ Sí, me limita un poco
 - ☐ No, no me limita nada
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
7. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada
 - Un poco
 - Regular
 - Bastante
 - Mucho
9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- Siempre
- Casi siempre
 - Algunas veces
 - Muchas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- Siempre
- Casi siempre
 - Algunas veces
 - Muchas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca
11. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- Siempre
- Casi siempre
 - Algunas veces
 - Muchas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca
12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
- Siempre
- Casi siempre
 - Algunas veces
 - Muchas veces
 - Sólo alguna vez o Nunca

ANEXO 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS

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 []

Mg: Ramos Bendeزú Ivette Giselle

DNI: 70507692

Especialidad del validador:

22 de agosto del 2025



Lic. Ramos Bendeزú Ivette Giselle
Tecnólogo Médico
Terapia Física y Rehabilitación
C.T.M.P. 12896

Firma del Experto Informante

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: Leslie Karina Guillinta Hernández

DNI: 71919505

Especialidad del validador: Fisioterapia Cardiorrespiratoria

20 de agosto del 2025



.....
Lic. Leslie Karina Guillinta Hernández
Especialista en
Fisioterapia Cardiorrespiratoria
C.T.M.P. 10025 R.N.E. 00240

Firma del Experto Informante

ANEXO 4: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIE-VRI

Instituciones : Universidad Privada Norbert Wiener
Investigador : Soto Reyes, Zaida Angelica
Título : “Somnolencia diurna y Calidad de vida en pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025”

I. INVITACIÓN

Estamos invitando a usted a participar en un estudio denominado: “Somnolencia diurna y Calidad de vida en pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025”

II. INFORMACIÓN

II.1 Propósito del estudio: Este es un estudio desarrollado por la licenciada investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener, que tiene como propósito determinar la relación entre la somnolencia diurna y calidad de vida en los pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025; para así obtener nuevos conocimientos científicos y mejorar la intervención fisioterapéutica cardiorrespiratoria a partir de los hallazgos encontrados.

II.2 Duración del estudio: El estudio se realizará en un periodo de dos meses, correspondiente a los meses de enero a diciembre del 2025, siendo octubre y noviembre los meses de recolección de datos.

II.3 Numero esperado de participantes: La cantidad de personas como muestra serán 100 pacientes adultos mayores que acudan al servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete.

II.4 Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que asistan al servicio de medicina física del Hospital regional de Cañete en el año 2025 en los meses de octubre y noviembre.
- Adultos mayores de ambos sexos
- Adultos mayores hemo dinámicamente estables.
- Adultos mayores que otorguen su consentimiento informado de manera voluntaria para participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con diagnósticos confirmados de enfermedades neurodegenerativas
- Adultos mayores presencia de patologías o síndromes de origen neurológico.

- Adultos mayores con enfermedades respiratorias agudas al momento de la evaluación.
- Adultos mayores con dificultades significativas de comprensión que impidan su participación efectiva
- Adultos mayores con alta hospitalaria reciente (últimos 15 días)

2.5. Procedimientos del estudio

Si Usted decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

- Se evaluará el nivel de somnolencia diurna a través de un cuestionario que demorará 5 minutos aproximadamente.
- Posteriormente, se evaluará el nivel de calidad de vida a través de un cuestionario que demorará 5 minutos aproximadamente

El procedimiento tendría una duración aproximada de 10 minutos, posteriormente los resultados se le entregarán a Usted en forma individual y serán almacenados respetando la confidencialidad y el anonimato.

2.6. Riesgos: Su participación en este estudio implica riesgos mínimos, por ejemplo, podría sentir leve incomodidad al reflexionar sobre sus hábitos.

2.7. Beneficios: Usted se beneficiará informándose sobre su nivel de somnolencia diurna y nivel de calidad de vida.

2.8. Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

2.9. Confidencialidad: La información obtenida de la investigación será guardada con códigos para resguardar su identidad, si los resultados del estudio son publicados, no se dará a conocer ninguna información que permita su identificación. Además, los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

2.10. Derechos del paciente: Si usted se siente incómodo durante la evaluación de somnolencia diurna o calidad de vida podrá retirarse de este estudio en cualquier momento o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio.

2.11. Preguntas/contacto: Si tiene preguntas o inquietudes puede comunicarse con el investigador Soto Reyes, Zaida Angelica al 987050025 También, puede contactar al Comité de Ética que valido este estudio a través del Dr. Angelica Karina Minaya Galarreta, presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo etica@uwiener.edu.pe.

2.12. Ocurrencia/reclamo: En caso de existir alguna ocurrencia o reclamo, puede contactar al Comité de Ética que valido este estudio a través del Dr. Angelica Karina Minaya Galarreta, presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comité.etica@uwiener.edu.pe

III. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres:

DNI:

Investigador

Nombres: Soto Reyes, Zaida Angelica

DNI: 46430960

ANEXO 5: CARTA DE SOLICITUD DE LA INSTITUCIÓN PARA LA

RECOLECCIÓN DE DATOS

**SOLICITO: PERMISO PARA PODER REALIZAR MI
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CON LA POBLACIÓN
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA HOSPITAL REGIONAL
DE CAÑETE.**

Señor director ejecutivo del Hospital regional de Cañete en el año 2025

Leonardo Budd Yacila

Yo, Zaida Angelica Soto Reyes, identificada con DNI N°46430960, con domicilio en Mzn 22 Lt 23 Asoc. Viv Casa Blanca de Jesús, San Juan de Lurigancho. Ante Ud. con debido respeto me presento y expongo:

Solicito a Ud. permiso para realizar trabajo de Investigación en el servicio de medicina física Hospital Regional de Cañete sobre “Somnolencia diurna y Calidad de vida en pacientes adultos mayores del servicio de medicina física del Hospital Regional de Cañete, 2025” para optar el grado de Especialista en Fisioterapia cardiorrespiratoria en la Universidad Norbert Wiener.

Por lo expuesto, ruego a usted acceder a mi solicitud.

Atentamente,

20% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 16%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 14%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 16% Fuentes de Internet
- 6% Publicaciones
- 14% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Trabajos entregados	Universidad María Auxiliadora SAC on 2022-11-12	3%
2	Internet	www.researchgate.net	2%
3	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
4	Trabajos entregados	Universidad Alas Peruanas on 2019-06-11	<1%
5	Internet	www.elsevier.es	<1%
6	Internet	hdl.handle.net	<1%
7	Internet	www.ncbi.nlm.nih.gov	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Privada San Pedro on 2021-04-26	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2025-06-27	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-11-26	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-06-06	<1%