



Universidad
Norbert Wiener

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

Tesis

Calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de
rehabilitación de Villa El Salvador. 2025

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

Presentado por:

Autora: Chacon Gomez, Llenifer Anali

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3871-9526>

Autora: Urbina Tovar, Erika Marleny


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7206-5070>

Asesor: Dr. Puma Chombo, Jorge Eloy

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8139-1792>

Lima – Perú

2025

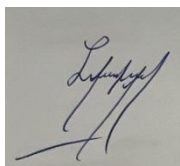
 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 <small>REVISIÓN: 01</small>

Yo, Llenifer Anali Chacon Gomez y Erika Marleny Urbina Tovar egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Tecnología Médica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de villa el salvador. 2025.”

Asesorado por el docente: Dr. Puma Chombo, Jorge Eloy DNI 42717285, ORCID 0000-0001-8139-1792 tiene un índice de similitud de 16 % con código Oid:14912:520829748 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. Asimismo 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


Llenifer Anali Chacon Gomez

DNI:74994136

.....
 Firma de autor

Erika Marleny Urbina Tovar

DNI: 70263915

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



.....
Firma de autor

MG. PUMA CHOMBO JORGE ELOY

DNI: 42717285

Lima, 05 de Noviembre del 2025

Dedicatoria

A mis queridos padres y familiares, que siempre me brindaron su apoyo incondicional alentadme a seguir mis sueños, a mi abuela que fue un pilar muy importante para mi vida

Llenifer

A mis padres y hermanos por haberme formado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas, me brindaron todo su apoyo, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

Marleny

Agradecimiento

Expresamos nuestro más grande agradecimiento a nuestro asesor de tesis el Dr. Puma Chombo, Jorge Eloy por su paciencia y apoyo contante, cuyas observaciones y correcciones despejaron nuestras dudas, gracias por todo el apoyo brindado

Llenifer y Marleny

Índice

Dedicatoria.....	3
Agradecimiento.....	4
Índice.....	5
Resumen.....	8
Abstract.....	9
CAPÍTULO I: PROBLEMA	11
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Formulación del problema	13
1.2.1 Problema general	13
1.2.2 Problemas específicos.....	13
1.3 Objetivos de la investigación	14
1.3.1 Objetivo general.....	14
1.3.2 Objetivos específicos	15
1.4 Justificación de la investigación	16
1.4.1 Teórica	16
1.4.2 Metodológica	16
1.4.3 Práctica.....	16
1.5 Limitaciones de la investigación.....	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 Antecedentes de la investigación	18
2.1.1 Internacionales	18
2.2 Bases teóricas.....	21
2.2.1 Envejecimiento	21
2.2.1.2 Adultos mayores	21
2.2.2 Capacidad funcional	21
2.2.2.1 Clases	22
2.2.2.2 Importancia de la CFL	22
2.2.2.3 Dimensiones del Índice de Barthel.....	22
2.2.2.4. Indicadores del índice de Barthel.....	23
2.2.2.5 Instrumento: Índice de Barthel	24
2.2.2.6 Sueño.....	24
2.2.2.7 Calidad del sueño.....	24
2.2.2.8 Dimensiones de la CDS.....	24

2.2.2.9 Instrumento: Índice de CDS de Pittsburgh	25
2.3 Formulación de hipótesis	25
2.3.1 Hipótesis general.....	25
2.3.2 Hipótesis específicas.....	26
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	27
3.1 Método de la investigación	27
3.2 Enfoque de la investigación	27
3.3 Tipo de investigación.....	27
3.4 Diseño de la investigación	27
3.5 Población, muestra y muestreo	28
3.5.1 Población.....	28
3.5.2 Muestra	28
3.5.3 Muestreo	28
3.6 Variables y operacionalización.....	30
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.7.1 Técnica.....	32
3.7.2 Descripción	32
3.7.3 Validación.....	36
3.7.4 Confiabilidad.....	36
3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos.....	36
3.9 Aspectos éticos.....	36
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	38
4.1 Resultados.....	38
5.1 Conclusiones.....	49
5.2 Recomendaciones	50
REFERENCIAS.....	52
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	62
Anexo 2: Instrumentos.....	66
Anexo 3: Validez del instrumento	72
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento.....	75
Anexo 5: Aprobación del comité de ética.....	77
Anexo 6: Consentimiento informado.....	78
Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos.....	81
Anexo 8: Informe del asesor de Turnitin	82

Índice de Tablas

Tabla 1. Edad de los adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador. 2025.....	38
Tabla 2. Género de los adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador. 2025.....	39
Tabla 3. Calidad de sueño en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025.....	39
Tabla 4. Capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador. 2025.....	40

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo “Determinar la relación entre la calidad del sueño y la capacidad funcional en adultos mayores”. Para la metodología se aplicó un diseño cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional bajo el método hipotético-deductivo. La muestra estuvo conformada por 81 adultos mayores atendidos en el centro de rehabilitación “Semper Corporalis”. Se emplearon dos instrumentos validados: el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh ($\alpha = 0,81$) y el Índice de Barthel ($\alpha = 0,89$), además de una ficha sociodemográfica y clínica. Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS v.27.0 y analizados con el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Como resultado el 80,2 % de los participantes presentó una calidad de sueño que requiere atención médica o tratamiento. Respecto a la capacidad funcional, el 43,2 % mostró dependencia leve y el 3,7 % independencia total. La correlación entre calidad de sueño y capacidad funcional fue negativa y no significativa ($r = -0,034$; $p = 0,760$), indicando ausencia de relación estadística. Ninguna de las dimensiones del sueño (calidad subjetiva, latencia, eficiencia, duración, perturbaciones, uso de medicación y disfunción diurna) presentó asociación con la funcionalidad. En conclusión, no se halló relación entre la calidad del sueño y la capacidad funcional en los adultos mayores evaluados. La rehabilitación continua y la actividad física regular podrían actuar como factores protectores de la autonomía funcional pese a la mala calidad del sueño. Se recomienda fortalecer los programas fisioterapéuticos y la educación en higiene del sueño para promover un envejecimiento activo y saludable.

Palabras clave: calidad de sueño, capacidad funcional, adultos mayores.

Abstract

The objective of this study was to “Determine the relationship between sleep quality and functional capacity in older adults.” A quantitative, non-experimental, cross-sectional, and correlational design was applied using the hypothetical-deductive method. The sample consisted of 81 older adults treated at the Semper Corporalis rehabilitation center. Two validated instruments were used: the Pittsburgh Sleep Quality Index ($\alpha = 0.81$) and the Barthel Index ($\alpha = 0.89$), in addition to a sociodemographic and clinical questionnaire. The data were processed using SPSS v.27.0 and analyzed with Spearman's Rho correlation coefficient. As a result, 80.2% of the participants had a sleep quality that required medical attention or treatment. Regarding functional capacity, 43.2% showed mild dependence and 3.7% showed total independence. The correlation between sleep quality and functional capacity was negative and not significant ($r = -0.034$; $p = 0.760$), indicating no statistical relationship. None of the sleep dimensions (subjective quality, latency, efficiency, duration, disturbances, medication use, and daytime dysfunction) were associated with functionality. In conclusion, no relationship was found between sleep quality and functional capacity in the older adults evaluated. Continuous rehabilitation and regular physical activity could act as protective factors for functional autonomy despite poor sleep quality. Strengthening physiotherapy programs and sleep hygiene education is recommended to promote active and healthy aging.

Keywords: sleep quality, functional capacity, older adults.

Introducción

El envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social caracterizado por cambios progresivos que pueden afectar la autonomía, la movilidad y la calidad de vida del individuo. En este contexto, dos factores adquieren especial relevancia en la salud del adulto mayor: la calidad del sueño y la capacidad funcional. El sueño cumple un papel esencial en la restauración física y mental, favoreciendo los procesos de reparación celular, la memoria, la coordinación motora y el equilibrio emocional. Sin embargo, con el avance de la edad, las alteraciones del patrón de sueño —como el insomnio, la fragmentación del descanso o la somnolencia diurna— se vuelven más frecuentes y pueden impactar negativamente en el bienestar general.

La capacidad funcional, por su parte, se define como la habilidad del individuo para realizar de manera autónoma las actividades básicas de la vida diaria, como alimentarse, asearse o movilizarse. Su preservación es un indicador fundamental de independencia y envejecimiento saludable. La evidencia científica sugiere que una mala calidad del sueño podría asociarse con disminución de la fuerza muscular, fatiga, alteraciones del equilibrio y deterioro de la movilidad, incrementando el riesgo de dependencia funcional.

En el ámbito geriátrico, comprender la interacción entre el descanso nocturno y la funcionalidad resulta crucial para diseñar estrategias terapéuticas integrales que favorezcan la autonomía y prevengan la discapacidad. Por ello, el estudio de la relación entre la calidad del sueño y la capacidad funcional en adultos mayores contribuye a fortalecer la práctica fisioterapéutica y la promoción del envejecimiento activo y saludable.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La OMS estima sobre estrategias dirigidos a los adultos mayores (AMS) aún no han logrado garantizar una mejora en la capacidad funcional (CFL) en esta población. A pesar de la existencia de estrategias persiste la falta de intervenciones que permitan a los AMS mantener un sueño (SÑ) reparador. Esta situación limita el bienestar, la autonomía y la participación social de los AMS, incrementando así la vulnerabilidad frente a la discapacidad (1).

En este contexto China, afronta una prevalencia de mala CDS la cual alcanza el 67,3% por otro lado, la atención institucional no prioriza la identificación ni el manejo de los trastornos del SÑ, lo que perpetúa la afectación de la funcionalidad física y la autonomía. Los factores como la edad avanzada, enfermedades crónicas, síntomas depresivos y ansiosos, así como el poco apoyo social, agravan la mala CDS, pero los protocolos para mejorar estos aspectos son insuficientes y poco implementadas (2).

En Japón, las alteraciones del SÑ y la disfunción física son latentes, el impacto negativo que tiene el insomnio sobre la movilidad, la fuerza muscular y el equilibrio. Las féminas de 75 años son las más afectadas, sin embargo, la falta de estrategias basadas a mejorar el SÑ limita la CFL perpetuando el peligro de dependencia (3). En Polonia, los AMS que viven en centros de atención afrontan dependencia funcional y deterioro de la autonomía, la cual se agrava por la escasa formación del personal sanitario en el estudio del SÑ, lo que afecta a los medios preventivos y terapéuticos (4).

En España, la mala CDS en AMS se asocia de manera nociva con la CFL, manifestándose en un mayor riesgo de deterioro de la agilidad, movilidad y desempeño en actividades de la vida cotidiana (5). En Reino Unido, los AMS padecen un nexo negativo entre la CDS y la recuperación funcional tras el alta. Las estrategias actuales no logran mitigar las consecuencias diurnas del mal dormir, como la fatiga y la disfunción física, lo que retrasa la recuperación y la vulnerabilidad a la inmovilidad y el deterioro motor (6).

En México, los AMS atendidos en centros de salud presentan una alta prevalencia de mala CDS y asociación con el síndrome de fragilidad. Asimismo, se agrava el riesgo de pérdida de funcionalidad y autonomía en la vejez, perpetuando un ciclo de deterioro físico y psíquico (7). En latinoamericana, no se ha conseguido reducir el elevado consumo de fármacos para dormir. Esta situación perpetúa el riesgo de dependencia y efectos adversos, sin que se logren avances en la promoción de un SÑ saludable y una mejor CFL en los AMS (8) Caso similar en Brasil, donde se desencadena una mala CDS ya que los protocolos de salud no han logrado minimizar esta prevalencia (9).

En Lima un estudio revela que más de la mitad de los AMS presentan dependencia funcional y en consecuencia una calidad de vida regular o mala. Lo cual revela la ineficacia de las estrategias actuales para prevenir el deterioro funcional de esta población (10). Por lo antes expuesto es de interés de las autoras valorar la “Calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025”.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

- ¿Cuál es la relación entre calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025?
- ¿Cuáles son las características clínicas en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025?
- ¿Cuál es la calidad de sueño en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025?
- ¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión calidad subjetiva de sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión latencia del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025?

- ¿Cuál es la relación entre la dimensión eficiencia de sueño habitual de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión perturbaciones del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión duración del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión uso de medicación de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión disfunción diurna de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la relación entre calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores.

1.3.2 Objetivos específicos

- Conocer las características sociodemográficas en adultos mayores.
- Conocer las características clínicas en adultos mayores.

- Identificar la calidad de sueño en adultos mayores.
- Identificar la capacidad funcional en adultos mayores.
- Identificar la relación entre la dimensión calidad subjetiva de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores.
- Identificar la relación entre la dimensión latencia del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores.
- Identificar la relación entre la dimensión eficiencia de sueño habitual de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores.
- Identificar la relación entre la dimensión perturbaciones del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores.
- Identificar la relación entre la dimensión duración del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores.
- Identificar la relación entre la dimensión uso de medicación de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores.
- Identificar la relación entre la dimensión disfunción diurna de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La CDS ayuda a establecer referencias para analizar si se desencadenase alguna dificultad es decir en el proceso de conciliar el SÑ durante el horario nocturno (11).

La CFL es la destreza que posee una persona de edad avanzada, la cual contempla la ejecución de acciones habituales forma independiente (12).

Este estudio titulado “Calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025”. El cual servirá de guía precedente o fuente teórica en indagaciones parecidas para estudiantes del área terapéutica, así como de carreras en el sistema sanitario.

1.4.2 Metodológica

Este estudio tuvo dos herramientas de valoración la primera se enfocó en evaluar la CDS mediante el índice de CDS de Pittsburgh, para la CFL se usó el “índice de Barthel”, los cuales están validados y son confiables.

Para la recaudación de información se creó una ficha que sumó a los datos obtenidos información que nos ayudó a profundizar el tema propuesto.

1.4.3 Práctica

Estudio con objetivo “Determinar la relación entre la calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025”, el cual servirá para detectar efectivamente los dilemas de salud derivados de una inadecuada CDS y CFL. Asimismo, este estudio permitirá diseñar estrategias de prevención y promoción de salubridad, como la oportuna innovación de charlas informativas con la finalidad de fomentar talleres difusivos evocados a los hábitos de SÑ con la misión de un requerimiento preventivo el cual buscará disminuir las consecuencias nocivas de una mala CDS y CFL en los AMS.

1.5 Limitaciones de la investigación

Surgieron distintas barreras que complicaron y demoraron la implementación de los instrumentos, siendo especialmente desafiantes el ingreso al lugar donde se encuentra la población y la organización de los horarios con los adultos mayores. Además, la ausencia de algunos debido a enfermedades previas a la evaluación requirió la reprogramación de las fechas, adaptándose a su retorno.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Internacionales

Delbari et al (13) plasmaron “Evaluar la calidad del sueño y los factores relacionados en adultos que viven en la comunidad en Irán, específicamente en la cohorte de Ardakan sobre envejecimiento”. La metodología fue transversal, no experimental asimismo la población estuvo compuesta por AMS residentes. La muestra y el muestreo: fueron de 5197 participantes. Las herramientas de análisis fueron; el Cuestionario PSQI para evaluar la CDS, la escala PASE para medir la actividad física de los AMS y registros de variables sociodemográficas, condiciones de salud. La estadística fue a través de un análisis descriptivo. Los resultados revelaron que el 76.36% de los AMS reportaron mala CDS. Otros factores relacionados con mala CDS incluyeron género, nivel de educación, situación laboral, nivel económico, actividad física, enfermedades cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos, depresión y ansiedad. La actividad física se asoció con mejor CDS. Por lo tanto, se concluyó que la prevalencia de mala CDS en AMS es alta, y diversos factores sociodemográficos influyen en ella. Se sugiere instaurar programas de intervención enfocados en mejorar la higiene del SÑ, la actividad física para mejorar la CDS de los AMS.

Guamán y Gavilanes (14) en su estudio plasmaron como objetivo “Determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y la calidad de sueño en adultos mayores”. La metodología cuantitativa, correlacional, transversal. Muestra fue 127 participantes- Las herramientas de estudio fueron: Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) y el Índice de CDS de Pittsburgh (PSQI). En la

estadística se utilizó Rho de Spearman. Los resultados revelaron que no hay relación entre funcionamiento cognitivo y CDS de esta población. Además, no hubo diferencias significativas entre sexos en estas variables. Por lo tanto, se concluyó que el estado de las funciones cognitivas en los AMS no se relaciona con su CDS, lo que puede indicar que ambos aspectos se afectan de manera independiente en esta población. Se recomienda continuar investigando para comprender mejor estos fenómenos y mejorar la atención integral.

Campoverde et al. (15) propusieron como objetivo de estudio “Valorar el grado de independencia funcional en pacientes geriátricos y su relación con la edad, nivel de educación y tiempo de residencia”. La metodología empleada fue descriptivo, transversal con una población constituida por residentes AMS. La muestra fue de 110 participantes con un muestreo por conveniencia. La herramienta de valoración fue el índice de Barthel. Asimismo, la estadística fue descriptivo bajo Chi cuadrado y correlación de Pearson. Los resultados evidenciaron que se encontró que los hombres tienen mayor independencia funcional con 43% vs. 32% en mujeres). El nivel de educación mostró una correlación con la independencia funcional. No hay relación significativa entre edad y el periodo de estancia en hogar con la IFL. Por lo tanto, se concluyó que el nivel educativo parece influir en la independencia funcional, pero no se observó relación con la edad ni el tiempo de residencia. Se recomienda estudios más amplios para enriquecer los hallazgos.

Alves et al. (16) en su investigación tuvieron como objetivo “Analizar la relación entre la duración del sueño nocturno autoinformado y el rendimiento cognitivo de adultos mayores de la comunidad”. La metodología descriptiva, transversal y cuantitativa. Muestra de 156 AMS, el muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Las herramientas de estudio fueron; el Cuestionario sociodemográfico, examen Cognitivo Revisado de Addenbrooke (ACE-R) y el índice

de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI). La estadística empleó un análisis descriptivo, mediante las pruebas: Chi-cuadrado de Pearson, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney. Los resultados revelaron que 55,1% de los AMS presentaron buena CDS con promedio de horas dormidas por noche: 7,04 h. Solo el dominio de fluidez verbal mostró diferencias significativas según cuartiles de horas de sueño ($p=0,018$). Los AMS que dormían más (promedio 8,85 h) obtuvieron puntuaciones bajas en fluidez verbal que quienes dormían menos finalmente la escolaridad y la duración del SÑ fueron predictores para la fluidez verbal ($\beta=0,440$ y $\beta=-0,171$). Por lo tanto, se concluyó que la duración del SÑ nocturno está relacionada con el rendimiento en fluidez verbal, sugiriendo que un mayor número de horas dormidas no se asocia necesariamente a mejor desempeño cognitivo.

Nacionales

Loayza (17) buscó la relación entre CF y CS de AMS. La metodología usada fue cuantitativa, transversal, correlacional de diseño no experimental. Asimismo, la población y muestra fue de AMS de 80 años mientras que el muestreo fue no probabilístico. Las herramientas de análisis fueron; el I. Barthel e índice de CDS Pittsburgh. Tuvo como resultado que hay relación entre las variables (incluyendo latencia, eficiencia, duración y perturbación). Por lo tanto, se concluyó que existe asociación entre la CDS y la CFL en AMS, lo cual sugiere la necesidad de intervenciones fisioterapéuticas que aborden ambos factores para mejorar su calidad de vida.

Muñoz (18) en su estudio planteó como objetivo “Determinar la relación entre la capacidad funcional y la calidad de sueño en adultos mayores que realizan caminatas diarias, Lima 2024”. La metodología fue cuantitativa, transversal y correlacional, no experimental. Asimismo, la población estuvo conformada por AMS. Las herramientas de valoraciones fueron; el índice de

Barthel y el índice de CDS de Pittsburgh. La estadística empleó la prueba Chi cuadrado. Los resultados revelaron que la edad promedio fue de: 75.54 años (rango: 63-87). El 57.5% presentó dependencia tanto en actividades básicas como instrumentales de la vida diaria. 52.5% tuvo buena CDS y 47.5% mala. Por lo tanto, se concluyó que no se halló relación estadísticamente entre la CFL y la CDS en AMS que practican caminatas diarias. Esto sugiere que, aunque ambas variables son fundamentales para la salud de los AMS, en este estudio no están asociadas.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Envejecimiento

Son las transformaciones en la estructura celular y molecular del organismo (19).

2.2.1.2 Adultos mayores

Son las personas que están ingresando a una fase madura en la existencia, inicia a partir de los 60 años, la cual se caracteriza por múltiples transformaciones. Es decir, son los resultados del acumulo de vivencias a través del tiempo pudiendo cambiar el entorno biopsicosocial (20). Por ello es de vital importancia fomentar la CFL dirigida terapéuticamente (21).

2.2.2 Capacidad funcional

Es la competencia de una persona para realizar acciones cotidianas sin la asistencia de terceros (22) (23).

2.2.2.1 Clases

Se clasifican según el grado de asistencia:

- Clase I: El individuo ejecuta todas las acciones sin ayuda, con precisión y en un tiempo óptimo.
- Clase II: Se necesita apoyo, pero no requiere asistencia externa.
- Clase III: Se requiere supervisión para realizar acciones cotidianas.
- Clase IV: El individuo requiere asistencia general (24).

2.2.2.2 Importancia de la CFL

Permite detectar necesidades, participación la cual contribuye a la mejoría de la autonomía (25).

Asimismo, se debe promover la ya mencionada desde la etapa infantil porque así favorecerá un desarrollo (26).

2.2.2.3 Dimensiones del Índice de Barthel

- Auto cuidado

Es una conducta que ejecuta una persona para preservar su nivel de salubridad (27).

- Movilidad

Mantiene un nexo con la CFL y la autonomía para mantener una activa asistencia social, sin embargo la poca movilidad acarrea dificultades para el transporte (28).

2.2.2.4. Indicadores del índice de Barthel

- a) Alimentación: Los hábitos alimentarios, dan una nutrición optima los cuales deben seleccionarse, y consumirse en el acto de comer (29).
- b) Baño: Es la acción y efecto de exponer al segmento corporal a diferentes agentes de calor, frio, vapor con finalidades higiénicas (30).
- c) Aseo personal: es un hábito salubre considerado la primera barrera contra las infecciones (31).
- d) Vestido: Conjunto de prendas que cubren el segmento corporal (32).
- e) Control de deposiciones: Capacidad fisiológica para regular la evacuación a nivel fecal de forma voluntaria y coordinada (33).
- f) Continencia y micción: La capacidad de la vejiga al realizar la micción (34).
- g) Usos de retretes: Es el empleo de diversos dispositivos sanitarios en el área de aseo (35).
- h) Traslados Es la capacidad para desplazarse de forma autónoma en su entorno cotidiano (36).
- i) Deambulación: Procesos motores al desplazarse de un lugar a otro (37).
- j) Subir y descender escaleras: Acción de movimiento en ascender o descender de las escaleras (38).

2.2.2.5 Instrumento: Índice de Barthel

Evalúa la IFL de la persona lo que concierne a la aplicación de algunas tareas habituales ejecutadas en el día a día, a través de la cual se otorgan valores y calificaciones distintas en función del nivel

de capacidad del individuo examinada para llevar a cabo estas acciones. La puntuación suma un total de 100 pts (39).

2.2.2.6 Sueño

Es la necesidad de todo individuo, la cual tiene algunas propiedades como la escasa conciencia y reacción a múltiples estímulos, así como la tranquilidad articular y muscular (40).

2.2.2.7 Calidad del sueño

Características que definen el proceso de dormir, abarcando tanto aspectos cualitativos como cuantitativos. En cuanto a los aspectos cualitativos, se refiere a un sueño nocturno prolongado, continuo, reparador y sin interrupciones, mientras que los aspectos cuantitativos se relacionan con la duración total del S. En consecuencia, los trastornos que afectan la CDS pueden impactar negativamente en el desarrollo de la vida (41).

2.2.2.8 Dimensiones de la CDS

- Calidad Subjetiva del SÑ: Son aquellas definiciones vinculadas a las áreas objetivas y subjetivos las cuales abarcan el carácter multidimensional (42).
- Latencia del SÑ: Simboliza el lapso que tarda un individuo en dormir, desde el momento en que se apagan las luces hasta alcanzar la fase I del SÑ.
- Eficiencia del SÑ: Es la relación entre el tiempo de SÑ adecuado y el lapso total que la persona se mantiene en la litera.

- Perturbaciones del SÑ: Son las alteraciones que molestan un SÑ adecuado las cuales son despertares nocturnos, alteraciones miccionales, dificultades respiratorias.
- Duración del SÑ: Es el tiempo general de SÑ de un individuo. Se considera una duración inadecuada si es inferior a siete horas por noche en el último mes.
- Uso de medicamentos para dormir: Es el consumo de remedios bajo previsión médica. Es decir, se utilizan con fines terapéuticos para inducir sedación, en el SÑ.
- Disfunción diurna: Es la somnolencia excesiva que impide a un individuo realizar las acciones cotidianas (43).

2.2.2.9 Instrumento: Índice de CDS de Pittsburgh

Fue creado en 1989 por Buysse y asociados, es una herramienta que evalúa la CDS. Se usa para detectar trastornos del SÑ. Se basa de 24 interrogantes, 19 para el paciente y 5 para su compañero de habitación. Se evalúan 7 componentes los cuales son: CDS subjetivo, latencia del SÑ, duración del SÑ, eficiencia habitual del SÑ, perturbaciones del SÑ, uso de fármacos, y la disfunción diurna (44).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

- Hi: Existe relación entre calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025.

2.3.2 Hipótesis específicas

- Hi1: Existe relación entre la dimensión calidad subjetiva de sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025.
- Hi2: Existe relación entre la dimensión latencia del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025.
- Hi3: Existe relación entre la dimensión eficiencia de sueño habitual de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025.
- Hi4: Existe relación entre la dimensión perturbaciones del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025.
- Hi5: Existe relación entre la dimensión duración del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025
- Hi6: Existe relación entre la dimensión uso de medicación de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025.
- Hi7: Existe relación entre la dimensión disfunción diurna de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

Hipotético deductivo, buscó comprobar un acontecimiento (45).

3.2 Enfoque de la investigación

Cuantitativo a través de medios numéricos (46).

3.3 Tipo de investigación

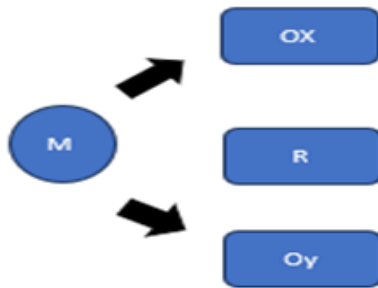
Aplicado, el cual se evoca a resolver dilemas concretos (47).

3.4 Diseño de la investigación

No experimental, no manipularon los elementos planteados (48).

Subdiseño: correlacional, ya que busca analizar la relación entre las variables formuladas (49).

Corte: transversal, ya que recaudó información de una población en un solo momento (50).



Donde:

M: - AMS de un centro de rehabilitación Semper Corporalis

Ox: Calidad de sueño

Oy: Capacidad funcional

R: CDS (Índice de CDS de Pittsburgh) y para CFL (Índice de Barthel)

3.5 Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

Participantes con similitudes de este proyecto (51). Constituida por 80 TBJs.

3.5.2 Muestra

Parte representativa del total de la población seleccionada para desarrollar la investigación (52). Por ello la muestra de este estudio estuvo constituida por 81 AMS que acuden a un centro de rehabilitación Semper Corporalis.

3.5.3 Muestreo

Es el método empleado con la finalidad de seleccionar la muestra, esto se basa en criterios y procesos con el cual se halla un estado actual (53). Este proyecto de estudio fue no probabilístico, ya que las investigadoras clasificaron su muestra en base a la funcionalidad e intencionalidad (54). Tipo censal ya que simboliza un parecido a la población en cuestión (55).

Criterios de inclusión:

- AMS de ambos géneros.
- AMS de 60 a años
- AMS que hablen castellano
- AMS que firmen el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- AMS con prescripción médica para dormir
- AMS que no completen los instrumentos de estudio
- AMS con amputaciones de los miembros inferiores
- AMS que presentan dificultades en el lenguaje y audición

3.6 Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa	Instrumentos
Calidad de sueño	Permite contrastar si se desarrolla alguna alteración en el proceso de dormir (56).	Constituido por 19 Ítems los cuales se subdividen en 7 dimensiones que valoran el sueño.	-Calidad subjetiva de sueño -latencia del sueño -Eficiencia de sueño habitual -Perturbaciones del sueño -Duración del sueño -Uso de medicación -Disfunción diurna	(6,2,4,5,4,7,8)	Ordinal	-Sin dificultad para el sueño <5 -Requiere atención medica 5-7 -Requiere atención y tratamiento 8-14 -Problema en el sueño >15	Índice de calidad de sueño de Pittsburgh

Capacidad funcional	Habilidad que posee un individuo ejecutar las acciones cotidianas (57).	Conformado por dos dimensiones y diez indicadores, esta presenta una escala valorativa desde menos de 20 hasta el uso de silla de ruedas.	Autocuidado Movilidad	Alimentación Baño Aseo personal Vestido Control de disposiciones Control de micción Uso del retrete Traslado cama/sillón Deambulación Subir y bajar escaleras	Ordinal	Menos de 20: Dependencia Total: 20-35: D. Grave 40-55: D.Moderada: ≥ a 60:D. leve 100: Independiente total 90: Uso de silla de ruedas.	Índice de Barthel
Características sociodemográficas	Son los vínculos de bienestar a nivel social (58)	Características de un individuo en algunas áreas como: género, edad, nivel de instrucción.	Género	Característica corporal	Nominal	-Masculino -Femenino	Elaboración Propia
			Edad	Nº de años	Escala	-60 a 69 -70 a 79 -80 a 90 -90 a más	
			Nivel de instrucción	Grado educativo	Razón	-Primaria-Secundaria -Superior	
Características clínicas	Propiedades relacionadas al área de salubridad (59)	Presencia de una enfermedad	Comorbilidades	Existencia de enfermedades	Razón	- Hipertensión arterial - Obesidad - Diabetes mellitus - Cardiopatía Isquémica - Ninguno	
			Medicación	Medicación	Dicotómico	- No - SI	

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Índice de CDS Pittsburgh y el índice de CFL de Barthel, a su vez se añadió una cartilla de recolección de información sociodemográfica las cuales al ser una ficha de datos no precisó de una validez por juicio de especialistas.

Una vez aceptado el estudio por CIE, se solicitó una carta a la EAPTM destinada a la directora Rosmy Gagliuffi Artica.

Luego se solicitó permiso al Dr. Jorge Puma Chombo quien dirige el centro de rehabilitación “Semper Corporalis” asimismo se continuó con la recaudación de la información usando el consentimiento informado (Anexo IV) a los AMS que asisten a dicho lugar de estudio.

El tiempo que se tardó en recaudar la información con el índice de CDS de Pittsburgh fue de aproximadamente 15 min mientras que para el índice de Barthel 10 min y 5' para recopilación de datos.

Una vez recolectados los datos en la ficha de recolectados de datos pasaron a Excel luego al SPSS versión 27.1.

3.7.2 Descripción

La recaudación de datos la cual fue aplicada para valorar los siguientes factores:

Parte I Características sociodemográficas: género (masculino, femenino) edad (60-69, 70-79, 80-90, 90+ años) nivel de instrucción (primaria, secundaria, superior)

Parte II Características clínicas : Comorbilidades (Hipertensión arterial, obesidad,diabetes mellitus, cardiopatías isquémicas , ninguno) medicación (no,si)

Parte III: Índice de CDS de Pittsburgh

Elaborada en 1989 por el Dr. Daniel J. Buysse y colaboradores en la Universidad de Pittsburgh. Su principal objetivo fue crear una herramienta, de sencillo uso para analizar la CDS (60). En 2015, la Dra. Ybeth Luna y su equipo validaron la herramienta en territorio nacional. Los resultados mostraron un Alfa de Cronbach 0,564, confiabilidad moderada y confirma su validez para su ejecución (61). Este instrumento se fundamenta en 19 interrogantes divididas en 7 componentes, cada uno evaluado en una escala de 0 a 3, donde 0 representa el mejor puntaje y 3 el peor, donde el valor inferior a 5 equivale a “sin problemas de SÑ, 5 - 7 merecen atención médica , 8 - 14 “merecen atención y tratamiento médico, y puntuaciones mayores de 15 problema de SÑ grave (62).

Tabla 1

Ficha Técnica de la variable 1

FICHA TÉCNICA DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH	
Nombre:	Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh
Autor:	Buysse y asociados en 1989
Versión Española	Royuela y Macías (1997)
Aplicación en Perú:	Luna y colaboradores (2015)

Confiabilidad:	0.81 excelente confiabilidad (18)
Validez:	1.0 validez perfecta
Población:	80 trabajadores de una empresa de transporte
Administración:	Autoadministrado
Duración de la Prueba:	15 min
Grupos de Aplicación:	Adultos mayores de un centro de rehabilitación
Calificación:	Manualmente
Uso:	Valorar la calidad de sueño.
Materiales:	Forma física del índice
Distribución de los ítems:	Ven operacionalización
Puntaje y calificación	Ver anexo II

Parte III: Índice de CFL de Barthel

Fue creado por Florence Mahoney y la Dra. Dorothy Barthel aproximadamente en el año 1965 en un nosocomio de Maryland con el objetivo de evaluar el nivel de autonomía de los AMS, tales como comer, asearse, vestirse, utilizar el baño o movilizarse. Se evoca en una calificación del 0 a 100. Puntaje inicial de 60 ptos se asocia con un tiempo reducido de hospitalización y una mayor posibilidad de reincorporación a la comunidad, además de reflejar la CFL que muestran los AMS habitualmente (63).

Tabla 2

Ficha Técnica de la variable 2

ÍNDICE DE BARTHEL	
Nombre:	Í. Barthel
Autores:	Florence I. Dorothea W. Barthel (1965)
Versión Española:	Martínez de la Casa, M. y Colaboradores (1986)
Aplicación en Perú:	Muñoz (18) “Determinar la relación entre la capacidad funcional y la calidad de sueño en adultos mayores que realizan caminatas diarias, Lima 2024”
Confiabilidad:	0.89 confiabilidad excelente (18)
Validez:	1.0 Validez Excelente
Población:	Adultos mayores
Administración:	Terapeuta
Duración de la Prueba:	10 min
Grupos de Aplicación:	Adultos mayores de un centro de rehabilitación
Calificación:	Manualmente
Uso:	Valorar la capacidad funcional
Material:	Formato físico del índice
Distribución de los ítems:	Conformada 2 dimensiones y 10 indicadores que evalúan actividades: comer, baño personal, arreglo personal, vestirse, control de esfínteres (intestino y vejiga), uso del inodoro, traslados (de la cama a la silla y viceversa), deambulación (caminar), subir escaleras y traslado en silla de ruedas.
Puntaje:	Ver anexo II

3.7.3 Validación

Según juicio de especialistas es 1.0 para el índice de CDS de Pittsburgh que evaluó la CDS fue de 0.81 y para el índice de Barthel fue de 0.89 que analizó la CFL lo que significa excelentes validaciones (18) según Herrera (64).

La validación de las dos herramientas fue de 1.0 al ser evaluadas por tres especialistas.

3.7.4 Confiabilidad

La confiabilidad del índice de CDS de Pittsburgh fue de 0.81 y para el índice de Barthel fue de 0.89 lo que significan excelentes validaciones (18) según Herrera (64).

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

En primera instancia, se empleó el documento de recaudación de información y la ejecución de los instrumentos previamente mencionados, continuando así con la comprobación que estas fichas hayan sido concluidas de manera correcta caso contrario, no fueron estimados para el proyecto de investigación. Posteriormente, se habilitó una base de información en el programa de Excel donde las variables fueron trasladadas apropiadamente. Asimismo, los datos fueron cifrados e ingresados al programa estadístico IBM SPSS versión 27.0.

3.9 Aspectos éticos

En el desarrollo del presente proyecto de estudio es vital importancia adquirir permisos por parte de la Universidad Privada Norbert Wiener y comité ético, para afianzar su revisión, previo a la evaluación del sistema Turnitin, así como la autorización de centro de rehabilitación. El proyecto, mantuvo un excelente trato con los AMS que participaron en este proyecto, de igual manera se solicitó el permiso y la autorización de los AMS del lugar, donde la ejecución del instrumento no presentara ningún peligro para su integridad física ni mental. Los datos recopilados son totalmente reservados.

Asimismo, se implementó la declaración de Helsinki, donde indica la relevancia sobre consentimiento informado y participación voluntaria de los AMS. Por otro lado, se garantiza la correcta ejecución de los protocolos del comité ético para afianzar la seguridad de los AMS, manteniendo la protección de sus derechos, bienestar, dignidad, respeto y no a la maleficencia (65).

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

Objetivo general: Determinar la relación entre calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores.

				Correlaciones		
		CALIDAD DE SUEÑO 1	DE	CAPACIDAD FUNCIONAL		
Rho Spearman	CALIDAD DE SUEÑO 1			Coefficiente de correlación	1,000	-,034
				Sig. (bilateral)	.	,760
				N	81	81
	CAPACIDAD FUNCIONAL			Coefficiente de correlación	-,034	1,000
				Sig. (bilateral)	,760	.
				N	81	81

El nivel de Sig. (bilateral) para calidad de sueño y capacidad funcional es de 0,760 mayor a 0.05. Por lo que “No existe relación entre calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador. 2025”. Correlación negativa muy baja.

Objetivos Específicos 1: Conocer las características sociodemográficas en adultos mayores.

Tabla 1.

EDAD				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
60 a 69 AÑOS	41	50,6	50,6	
70 a 79 AÑOS	21	25,9	25,9	

80 a 89 AÑOS	16	19,8	19,8
90 A MAS AÑOS	3	3,7	3,7
Total	81	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1. Edad de los adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador. 2025.

60 a 69 años 50,6 %, 70 a 79 años 25,9 %, 80 a 89 años 19,8 %, 90 a más años 3,7 %.

Tabla 2.

GÉNERO			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
MASCULINO	42	51,9	51,9
FEMENINO	39	48,1	48,1
Total	81	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Género de los adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.

2025. masculino 51,9 % y femenino 48,1 %.

Objetivos Específicos 2: Identificar la calidad de sueño en adultos mayores.

Tabla 3.

CALIDAD DE SUEÑO 1			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sin dificultad para el sueño	2	2,5	2,5
Merece atención medica	12	14,8	14,8

Merece atención médica y tratamiento	65	80,2	80,2
Problema grave de sueño	2	2,5	2,5
Total	81	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Calidad de sueño en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador. 2025. Sin dificultad para el sueño 2,5 %, Merece atención médica 14,8 %, Merece atención médica y tratamiento 80,2 %, Problema grave de sueño 2,5 %.

Objetivos Específicos 3: Identificar la capacidad funcional en adultos mayores

Tabla 4.

	CAPACIDAD FUNCIONAL		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Dependencia Total	7	8,6	8,6
Grave	13	16,0	16,0
Moderado	23	28,4	28,4
Leve	35	43,2	43,2
Independiente	3	3,7	3,7
Total	81	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador. 2025. Dependencia Total 8,6 %, Grave 16,0 %, Moderado 28,4 %, Leve 43,2 % y Independiente 3,7 %.

Objetivo específico 4: Identificar la relación entre la dimensión calidad subjetiva de sueño de CS y capacidad funcional en AMS.

Tabla 5.

Correlaciones

			D1	CAPACIDAD FUNCIONAL
Rho de Spearman	CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO	Coeficiente de correlación	1,000	,117
		Sig. (bilateral)	.	,300
		N	81	81
	CAPACIDAD FUNCIONAL	Coeficiente de correlación	,117	1,000
		Sig. (bilateral)	,300	.
		N	81	81

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. El nivel de Sig. (bilateral) para la dimensión calidad subjetiva de sueño de calidad de sueño y capacidad funcional es de 0,300 mayor a 0.05. Por lo que “No existe relación entre la dimensión calidad subjetiva de sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador. 2025.”. Correlación positiva muy baja.

Objetivo específico 5: Identificar la relación entre la dimensión latencia del sueño de CS y capacidad funcional en AMS.

Tabla 6.

Correlaciones

			D2	CAPACIDAD FUNCIONAL
Rho de Spearman	LATENCIA DEL SUEÑO	Coeficiente de correlación	1,000	-,068
		Sig. (bilateral)	.	,547
		N	81	81
		<hr/>		
	CAPACIDAD FUNCIONAL	Coeficiente de correlación	-,068	1,000
		Sig. (bilateral)	,547	.
		N	81	81

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. El nivel de Sig. (bilateral) para la dimensión latencia del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional es de 0,547 mayor a 0.05. Por lo que “No existe relación entre la dimensión latencia del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025.”. Correlación negativa muy baja.

Objetivo específico 6: Identificar la relación entre la D. eficiencia de sueño habitual de CS y capacidad funcional en AMS.

Tabla 7.

Correlaciones				
			D3	CAPACIDAD FUNCIONAL
Rho de Spearman	EFICIENCIA DE SUEÑO HABITUAL	Coeficiente de correlación	1,000	-,024
		Sig. (bilateral)	.	,833
		N	81	81
		<hr/>		
	CAPACIDAD FUNCIONAL	Coeficiente de correlación	-,024	1,000

Sig. (bilateral)	,833	.
N	81	81

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. El nivel de Sig. (bilateral) para eficiencia de sueño habitual de calidad de sueño y capacidad funcional es de 0,833 mayor a 0.05. Por lo que “No existe relación entre la dimensión eficiencia de sueño habitual de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador. 2025.”. Correlación negativa muy baja.

Objetivo específico 7: Identificar la relación entre la D. perturbaciones del sueño de CS y capacidad funcional en AMS.

Tabla 8.

		Correlaciones		D4	CAPACIDAD FUNCIONAL
Rho de Spearman	PERTURBACIONES DEL SUEÑO	Coefficiente de correlación		1,000	-,125
		Sig. (bilateral)		.	,267
		N		81	81
	CAPACIDAD FUNCIONAL	Coefficiente de correlación		-,125	1,000
		Sig. (bilateral)		,267	.
		N		81	81

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8. El nivel de Sig. (bilateral) para la dimensión perturbaciones del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional es de 0,267 mayor a 0.05. Por lo que “No existe relación entre la dimensión perturbaciones del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos

mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador. 2025.”. Correlación negativa muy baja.

Objetivo específico 8: Identificar la relación entre la D, duración del sueño de CS y capacidad funcional en AMS.

Tabla 9.

Correlaciones

			D5	CAPACIDAD FUNCIONAL
Rho de Spearman	DURACIÓN DEL SUEÑO	Coeficiente de correlación	1,000	,123
		Sig. (bilateral)	.	,273
		N	81	81
	CAPACIDAD FUNCIONAL	Coeficiente de correlación	,123	1,000
		Sig. (bilateral)	,273	.
		N	81	81

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. El nivel de Sig. (bilateral) para la dimensión duración del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional es de 0,273 mayor a 0.05. Por lo que “No existe relación entre la dimensión duración del sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador. 2025”. Correlación positiva muy baja.

Objetivo específico 9: Identificar la relación entre la D.uso de medicación de CS y capacidad funcional en AMS.

Tabla 10.

		Correlaciones		
			D6	CAPACIDAD FUNCIONAL
Rho de Spearman	USO DE MEDICACIÓN	Coeficiente de correlación	1,000	,017
		Sig. (bilateral)	.	,880
		N	81	81
	CAPACIDAD FUNCIONAL	Coeficiente de correlación	,017	1,000
		Sig. (bilateral)	,880	.
		N	81	81

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. El nivel de Sig. (bilateral) para uso de medicación de calidad de sueño y capacidad funcional es de 0,880 mayor a 0.05. Por lo que “No existe relación entre la dimensión uso de medicación de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025”. Correlación positiva muy baja.

Objetivo específico 10: Identificar la relación entre la dimensión disfunción diurna de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores.

Tabla 11.

Correlaciones

			D7	CAPACIDAD FUNCIONAL
Rho de Spearman	DISFUNCIÓN DIURNA	Coeficiente de correlación	1,000	-,160
		Sig. (bilateral)	.	,155
		N	81	81
	CAPACIDAD FUNCIONAL	Coeficiente de correlación	-,160	1,000
		Sig. (bilateral)	,155	.
		N	81	81

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11. El nivel de Sig. (bilateral) para disfunción diurna de calidad de sueño y capacidad funcional es de 0,155 mayor a 0.05. Por lo que “No existe relación entre la dimensión disfunción diurna de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025”. Correlación negativa muy baja.

4.2.3 Discusión

Los resultados mostraron que no existe una relación estadísticamente significativa entre la CDS y la CFL, con un valor de significancia bilateral de 0,760 ($p > 0,05$) y un coeficiente de correlación de Spearman de $-0,034$. Esto indica una correlación negativa muy baja, lo que sugiere que los niveles de calidad del sueño no guardan una asociación directa con el grado de independencia funcional de los participantes evaluados.

Estos resultados difieren de los hallazgos de Loayza, quien identificó una relación significativa entre ambas variables, destacando que la latencia, la eficiencia y la duración del sueño se asociaban con la capacidad funcional. Las diferencias podrían atribuirse a las características de

la población; mientras que el estudio de Loayza se realizó con adultos mayores de la comunidad, la presente investigación se desarrolló en un centro de rehabilitación, donde los usuarios reciben atención fisioterapéutica continua que podría compensar los efectos de un sueño inadecuado sobre su desempeño funcional.

Por otro lado, los resultados coinciden con los de Muñoz, quien tampoco encontró relación entre la CDS y la CFL en adultos mayores que realizaban caminatas diarias. Ambos estudios sugieren que la actividad física o la participación en programas terapéuticos podría contribuir a mantener la autonomía y la movilidad, incluso cuando la calidad del sueño no es óptima. Es decir, la funcionalidad parece depender más de factores motores, fisioterapéuticos y sociales que de los parámetros del descanso nocturno.

En el ámbito internacional, Delbari et al. reportaron una alta prevalencia de mala calidad de sueño (76,36 %) en adultos mayores, aunque sin relacionarla directamente con la funcionalidad física. Este hallazgo es congruente con los resultados del presente estudio, donde el 80,2 % de los participantes mostró una calidad de sueño que requiere atención médica y tratamiento. Si bien la alteración del sueño fue frecuente, no se evidenció deterioro funcional significativo, lo cual sugiere que los efectos del mal dormir podrían estar mediados por otros factores, como la salud mental, el apoyo familiar o la adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

De igual manera, Guamán y Gavilanes encontraron que no existía relación significativa entre la calidad del sueño y el funcionamiento cognitivo, reforzando la idea de que los distintos dominios del bienestar del adulto mayor funcional, cognitivo y emocional pueden comportarse de forma independiente. En este sentido, la preservación de la capacidad funcional observada en este

estudio podría explicarse por el entorno terapéutico del centro de rehabilitación, que brinda estimulación física y social de manera constante.

En relación con las dimensiones específicas del índice de Pittsburgh, ninguna mostró asociación significativa con la CFL. Las pruebas estadísticas revelaron valores de significancia mayores a 0,05 en todas las dimensiones: calidad subjetiva ($p = 0,300$), latencia ($p = 0,547$), eficiencia ($p = 0,833$), perturbaciones ($p = 0,267$), duración ($p = 0,273$), uso de medicación ($p = 0,880$) y disfunción diurna ($p = 0,155$). Esto indica que las alteraciones del sueño no necesariamente afectan la autonomía física. La capacidad funcional depende de múltiples factores, entre ellos la fuerza muscular, la coordinación, el equilibrio y la movilidad articular, aspectos que pueden mantenerse gracias a la práctica de ejercicios terapéuticos regulares.

El análisis sociodemográfico muestra que la mayoría de participantes (50,6 %) tiene entre 60 y 69 años, lo cual representa un grupo relativamente joven dentro de la población adulta mayor, y por tanto con menor deterioro funcional. Además, la distribución equitativa por género y el acceso a cuidados de rehabilitación contribuyen a mantener la independencia. Estos factores podrían explicar la ausencia de correlación entre las variables, al limitar la variabilidad dentro de la muestra, fenómeno conocido como efecto techo, que se presenta cuando la mayoría de los participantes mantiene un nivel funcional alto, reduciendo las diferencias estadísticas detectables.

Aunque fisiológicamente se ha descrito que el sueño insuficiente afecta los procesos de reparación muscular y la coordinación neuromotora, el presente estudio no halló evidencia de este impacto. Una posible explicación es la capacidad adaptativa del organismo y el efecto

protector de las terapias de rehabilitación. Asimismo, el uso limitado de medicación para dormir podría haber prevenido los efectos adversos de los fármacos hipnóticos, como la somnolencia diurna o la debilidad muscular, que suelen interferir con la funcionalidad.

En términos metodológicos, los instrumentos utilizados el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y el Índice de Barthel presentan niveles de confiabilidad adecuados (0,81 y 0,89, respectivamente), lo que respalda la validez de los resultados. Sin embargo, el diseño transversal y no probabilístico restringe la generalización de los hallazgos, ya que no permite establecer relaciones causales ni representar a toda la población de adultos mayores. Estudios longitudinales y con muestras mayores podrían identificar posibles variaciones a lo largo del tiempo entre las dos variables.

Desde una perspectiva práctica, los resultados de este estudio refuerzan la importancia de mantener programas de rehabilitación física permanentes, pues contribuyen a conservar la independencia funcional incluso en presencia de una calidad de sueño deficiente. De igual manera, las intervenciones fisioterapéuticas deben complementarse con estrategias de promoción del descanso saludable, educación sobre higiene del sueño y apoyo emocional, de modo que se aborde de manera integral la salud del adulto mayor.

Finalmente, este trabajo aporta evidencia relevante para el contexto nacional, donde la investigación sobre la interacción entre la CDS y la CFL aún es limitada. La ausencia de relación significativa no invalida la importancia del sueño en el bienestar general, sino que sugiere que su influencia sobre la funcionalidad puede ser indirecta y modulada por factores contextuales, terapéuticos y sociales. Se recomienda realizar futuras investigaciones que incluyan mediciones

objetivas del sueño y un enfoque interdisciplinario que incorpore variables psicológicas, cognitivas y ambientales, a fin de obtener una comprensión más completa del envejecimiento funcional en la población adulta mayor peruana.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primera: No se encontró relación entre calidad de sueño y capacidad funcional en los adultos mayores. Este resultado indica que la alteración del sueño no afectó directamente la autonomía física, posiblemente por el efecto protector de la rehabilitación continua y la práctica terapéutica regular.

Segunda: La mayoría de los adultos mayores presentó edades entre 60 y 69 años (50,6 %), con predominio masculino (51,9 %). Este perfil sociodemográfico sugiere una población funcionalmente conservada, con menor deterioro físico en comparación con grupos etarios más avanzados.

Tercera: Respecto a las características clínicas, se evidenció que un número considerable de adultos mayores presentaba comorbilidades crónicas controladas, sin que estas afectaran de forma significativa la calidad de sueño ni la capacidad funcional durante la evaluación.

Cuarta: Se observó que el 80,2 % de los adultos mayores presentó una calidad de sueño que requiere atención médica o tratamiento, lo que confirma una alta prevalencia de trastornos del sueño en esta población, aunque sin impacto funcional directo.

Quinta: En cuanto a la capacidad funcional, el 43,2 % presentó dependencia leve y el 3,7 % independencia total, reflejando que la mayoría mantiene autonomía parcial para realizar las actividades básicas de la vida diaria gracias a la atención terapéutica recibida.

Sexta: Las dimensiones de la calidad de sueño —calidad subjetiva, latencia, eficiencia, duración, perturbaciones, uso de medicación y disfunción diurna— no mostraron correlación significativa con la capacidad funcional, evidenciando independencia entre ambas variables en este contexto.

Séptima: El entorno de rehabilitación parece desempeñar un rol protector, permitiendo conservar la capacidad funcional de los adultos mayores pese a los trastornos del sueño, lo que refuerza la importancia de los programas fisioterapéuticos continuos en la promoción del envejecimiento activo y saludable.

5.2 Recomendaciones

Primera: Promover programas integrales de intervención fisioterapéutica que incluyan componentes de educación para la higiene del sueño, con el fin de mejorar simultáneamente el descanso nocturno y el rendimiento funcional del adulto mayor.

Segunda: Diseñar estrategias preventivas diferenciadas según edad y género, priorizando la detección temprana de alteraciones del sueño y la promoción de actividad física adaptada, dado que ambos factores influyen en el bienestar general.

Tercera: Fortalecer la evaluación clínica de comorbilidades y del uso de medicación en adultos mayores, para identificar posibles efectos secundarios que afecten la calidad del sueño o la capacidad funcional.

Cuarta: Desarrollar talleres educativos y sesiones informativas dirigidas a los adultos mayores y sus cuidadores sobre hábitos saludables de descanso, técnicas de relajación y rutinas previas al sueño que favorezcan el bienestar integral.

Quinta: Mantener y ampliar los programas de rehabilitación física dentro de los centros de atención geriátrica, dado que su aplicación continua contribuye a preservar la autonomía funcional incluso en presencia de trastornos del sueño.

Sexta: Implementar estudios longitudinales con muestras más amplias y métodos objetivos de medición del sueño (actigrafía o polisomnografía) que permitan establecer relaciones causales entre el descanso nocturno y la funcionalidad.

Séptima: Fomentar la investigación interdisciplinaria entre fisioterapia, psicología y medicina del sueño para abordar de manera integral la calidad de vida del adulto mayor y orientar políticas públicas de envejecimiento saludable.

REFERENCIAS

- 1.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la actividad física para las personas mayores: juego de herramientas para la acción [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado el [fecha de consulta]]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240078901>
- 2.- Zhu X, Hu Z, Nie Y, Zhu T, Chiwanda Kaminga A, Yu Y, et al. The prevalence of poor sleep quality and associated risk factors among Chinese elderly adults in nursing homes: A cross-sectional study. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(5):e0232834. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0232834>.
- 3.- Chang X, Yuan Y, Liao J, Zhou Q, Wu W. Assessing the impact of sleep quality on physical function in Chinese older inpatient. *BMC Geriatr* [Internet]. 2025;25(1):356. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-025-06019-z>
- 4.- Puto G, Kliś-Kalinowska A, Musiał A. The relationship between pain, sleep quality, and care dependency in older adults living in a long-term care facility. *BMC Geriatr* [Internet]. 2025;25(1):71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-024-05665-z>
- 5.- Campanini MZ, Mesas AE, Carnicero-Carreño JA, Rodríguez-Artalejo F, Lopez-Garcia E. Duration and quality of sleep and risk of physical function impairment and disability in older adults: Results from the ENRICA and ELSA cohorts. *Aging Dis* [Internet]. 2019;10(3):557–69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14336/AD.2018.0611>
- 6.- Arentson-Lantz EJ, Deer RR, Kokonda M, Wen CL, Pecha TA, Carreon SA, et al. Improvements in sleep quality and fatigue are associated with improvements in functional recovery following hospitalization in older adults. *Front Sleep* [Internet]. 2022;1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/frsle.2022.1011930>
- 7.- Vicente-Guerra EA, Hernández-Ramírez C, Mirón-Velázquez JA, Velázquez-Yáñez LG, Pérez-Orozco LH. Asociación entre calidad de sueño y fragilidad en adultos mayores. *Atención*

Familiar [Internet]. 2024;31(3):147–52. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2024/af243c.pdf>

8.- Acosta Santos M. Investigación sobre la efectividad del ejercicio en la mejora de la calidad de sueño en adultos mayores. *Vitalia* [Internet]. 23 de septiembre de 2022 [citado 6 de julio de 2025];3(2):64-79. Disponible en: <https://revistavitalia.org/index.php/vitalia/article/view/35>

9.- Lage FF, Valim TAC, Fernandes LV, da Silva ACQ, Segheto W, De Melo CM. Sleep quality, frailty components and body composition of community-dwelling older adults: An exploratory study. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2025;60(3):101636. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2025.101636>

10.- López Zamora L, Gonzales Saldaña SH. Capacidad funcional y calidad de vida del adulto mayor que asiste al Servicio de Geriátría en un Hospital Nacional de Lima, 2023. *Investig innov* [Internet]. 2023 [citado el 6 de julio de 2025];3(3):44–55. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1858>

11.-Tuyani S, et al. Prevalence of sleeping disorders in college students. *Actual MEDICA*.2015; 100 (795):66-70. 21.-Escobar C, Eslava-S. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Rev Neurol*. 2005; 40(03):150-155: disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.4003.2004320>

12.- Freedman VA, Spillman BC. The residential continuum from home to nursing home: Size, characteristics and unmet needs of older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(Suppl 1):S42-S50.

13.- Delbari A, Ghavidel F, Bidkhori M, et al. Evaluation of Sleep Quality and Related Factors in Community-Dwelling Adults: Ardakan Cohort Study on Aging (ACSA). *J Res Health Sci*. 2023;23(3):e00591. doi:10.34172/jrhs.2023.126

14.-Guamán A, Gavilanes -F. Funcionalidad cognitiva y calidad de sueño en adultos mayores. *LATAM Rev Latinoam Ciencias Soc Humanid*. 2023;4(1):919-929.

<https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.306> Disponible en :
<https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/306>

15.-Campoverde F, Maldonado J. Valoración de independencia funcional en pacientes geriátricos. Rev Med Vozandes. 2020;31(2):56-64. Disponible:
https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2021/01/07_A0_07.pdf.

16.-Alves ES, Pavarini SCI, Luchesi BM, Ottaviani AC, Cardoso JFZ, Inouye K. Duración del sueño nocturno y desempeño cognitivo de adultos mayores de la comunidad. Rev Latino-Am Enfermagem. 2021;29:e3439. doi:10.1590/1518-8345.4269.3439. Disponible en :
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/js8RQDyNF5pghv9cvC8Y8Gz/?format=pdf&lang=es>

17.-Loayza-J. Capacidad funcional y calidad de sueño en adultos mayores de una clínica privada, Independencia, 2023 [trabajo académico para optar el título de Especialista en Fisioterapia en el Adulto Mayor]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2023. Disponible en :
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/4681f657-8591-4065-825d-b74af2b47130>

18.-Muñoz- J. Capacidad funcional y calidad de sueño en adultos mayores que realizan caminatas diarias, Lima 2024 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2024. Disponible en : <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/df84ecd2-58ab-48dd-a7a8-42df6c78068a/content>

19- Pinilla-A, Ortiz-A, Suárez-J. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. Salud, Barranquilla [Internet]. 2021 Aug [cited 2025 June 26] ; 37(2): 488-505. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012055522021000200488&lng=en
. Epub May 16, 2022. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>.

20.-Lepe N, Cancino F, Tapia F, Zambrano P, Muñoz P, González I, et al. Desempeño En Funciones Ejecutivas De Adultos Mayores: Relación Con Su Autonomía Y Calidad De Vida. Revista Ecuatoriana de Neurología [Internet]. 2020 [citado 21 de febrero de 2024];1(29).

Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2631-25812020000100092&script=sci_arttext

21.-Martín R. Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [citado 20 de diciembre de 2022];17(5):813–25.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500813&lng=es

22.-Martínez-M, et al. Medida de la independencia funcional con escala FIM en pacientes con accidente cerebrovascular. Rev Med Voz Andes. 2021; [citado 2025 Jun 21]. Disponible en: https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2021/01/07_A0_07.pdf

23.-García-P, et al. La promoción de la independencia funcional. Estudio en personas mayores. Rev Andaluz Envejecimiento Salud. [fecha desconocida]; [citado 2025 Jun 21]. Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/download/2621/2113/8529>

24.-Rozo A. L, , Jiménez Juliao A. Medida de la independencia funcional con escala FIM en los pacientes con evento cerebro vascular del Hospital Militar Central de Bogotá en el periodo octubre 2010 – mayo 2011. Revista Med [Internet]. 2013;21(2):43-52. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91045912009>.

25.- Merellano-E. Condición física, independencia funcional y calidad de vida en adultos mayores chilenos [tesis doctoral]. [Lugar desconocido]: Universidad de Extremadura; 2017.

26.-Capellades E. La importancia de la independencia en el desarrollo humano [Internet]. 2019 May 16 [citado 2025 Jun 21]. Disponible en: <https://es.linkedin.com/pulse/la-importancia-de-independencia-en-el-desarrollo-elisa-capellades>.

27.- Mendo-M. Percepción de autocuidado en el adulto mayor durante el envejecimiento [tesis]. Universidad Señor de Sipán; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/3049/MENDOFLORES.pdf?sequence=5>.

- 28.- Aguirre L, Latta Sánchez M, Fernández R. Factores físicos y psicológicos que afectan la movilidad y autonomía en adultos mayores. *Rev Cubana Invest Bioméd.* 2024;43(Sup):e3685.
- 29.-Olivares R, et al. La alimentación saludable y el refuerzo en el rendimiento académico [Internet]. Perú: Universidad José Carlos Mariátegui; 2023 [citado 26 jun 2025]. Disponible en: https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/2175/Olga-Diomida_tesis_titulo_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y 3.
- 30.-Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22ª ed. Madrid: Espasa; 2001. Disponible en: <https://www.rae.es/drae2001/ba%C3%B1o>
- 31.-Mendoza M. La higiene personal como estilo de vida saludable [Internet]. 2000 [citado 2025 Jun 26]. Disponible en: <https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/c300f9f4-325c-4b1a-bebb-bcd01dc080bd/content>
- 32.- Fernández Silva, C. (2018). Dress as an artifact of design: Contributions for its study and reflection within the design thinking/El vestido como artefacto del diseño: Contribuciones para su estudio y reflexión al interior del pensamiento del diseño. *Revista Encuentros*, 16(02), 79–91. <https://doi.org/10.15665/encuent.v16i02.592>
- 33.- Iade-B Manejo del paciente con constipación. *Arch. Med Int* [Internet]. 2012 Dic [citado 2025 Jun 26] ; 34(3): 67-79. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688423X2012000300002&lng=es.
- 34.-Moruno P. Definición y clasificación de las actividades de la vida diaria. En P. Moruno y D. Romero (Eds.), *Actividades de la vida diaria*. Barcelona.Edit. Masson. 2006. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5404880>
- 35.- Vázquez-J. Análisis de benéficos técnicos y económicos de sistemas sanitarios actuales [tesis]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2012. Disponible en: <http://www.ptolomeo.unam.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/132.248.52.100/2127/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 36.-Muñoz-M. Movilidad activa en la vejez experiencias durante el desplazamiento a pie en barcelona [Internet]. Unirioja.es. 2020 [citado el 20 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=300886>
- 37.- StudySmarter. Deambulaci3n: historia, importancia y papel en cuidados intensivos [Internet]. 2025 [citado 2025 Jun 26]. Disponible en: <https://www.studysmarter.es/resumenes/enfermeria/enfermeria-de-cuidados-intensivos/deambulacion/>
- 38.- Garc3s-L. An3lisis biomec3nico de las actividades de subir y bajar escaleras en personas con patolog3as de rodilla [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de Val3ncia; 2016.
- 39.- Cid-Ruzafa J, Dami3n-Moreno J. Valoraci3n de la discapacidad f3sica: el 3ndice de Barthel. Rev Esp Salud Publica. 1997;71(2):127-137. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/1997.v71n2/127-137/es>
- 40.- Siegel JM. Do all animals sleep? Trends Neurosci [Internet]. 2008;31(4):208–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tins.2008.02.001>
- 41.-Torres. Calidad de sue1o de internos de enfermer3a de la universidad nacional federico villarreal, 2019. Tesis de Pregrado. 2022. Universidad Federico Villareal. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5928>
- 42.- Alber, J., Delhey, J., Wolfgang, K., & Nauenburg, R. (2004). Quality of life in Europe. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. <https://policycommons.net/artifacts/1843737/quality-of-life-in-europe/2587536/Algua>.
- 43.-Cusquisib3n. Calidad de sue1o y rendimiento acad3mico en estudiantes de la escuela acad3mico profesional de obstetricia. universidad nacional de cajamarca, 2022. Tesis de Pregrado. 2023. Universidad Nacional de Cajamarca. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/5507>.

- 44.- Clínica Sueño Monterrey. Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh [Internet]. Monterrey: Clínica Sueño Monterrey; [fecha de consulta: 3 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://xn--clinicasueomonterrey-d7b.com/indice-calidad-sueno-pittsburgh/#:~:text=El%20%C3%8Dndice%20de%20Calidad%20del,La%20presencia%20de%20somnolencia%20diurna.>
45. Farji-Brener AG. Una forma alternativa para la enseñanza del método hipotético-deductivo. INCI. 2007;32(10):716-20.
46. FORMULACION PROYECTOS INVESTIGACION CIENCIAS AGRARIAS – UNHEVAL [Internet]. [citado 5 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.unheval.edu.pe/portal/formulacion-proyectos-investigacion-ciencias-agrarias/>
47. Díaz-Narváez VP, Núñez AC. Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. Rev Cienc salud. 2016;14(01):115-21.
48. Arias Gonzáles JL, Covinos Gallardo M. Diseño y metodología de la investigación. Enfoques Consulting EIRL.; 2021.
- 49.-Bustamante-C, Mendoza-C. Estudios de Correlacion. Rev Actual Clínica Investiga. /;1690.
- 50.- Hernández A., Ramos M., Plascencia B., Indacochera B. Metodología de la investigación científica [internet]. 1a Edición. España: área de innovación y desarrollo,S.L; 2018. [Consultado el 17 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=y3NKDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=met%20odologia+de+investigacion&hl=es%20419&sa=X&ved=2ahUKEwiF7Li93sz3AhWiBtQKHUKzAnc4ChDoAXoECAgQA#v=onepage&q&f=false>
- 51- López -P. Población, muestra y muestreo [Internet]. Punto Cero. 2004 [citado 2025 Mar 04];9(08):69-74. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181502762004000100012&lng=es&tlng=es.

52.- Sociales EA a. las. Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? [Internet]. Cloudfront.net. [citado el 23 de marzo de 2025]. Disponible en:https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50492311/lectura_42_la_importancia_del_tamano_de_muestra-libre.pdf.

53.-Badii-M, Prado-J, Abreu JL, Valenzuela J. Concepto y Aplicación de Muestreo Conglomerado y Sistemático [Internet]. Spentamexico.org. [citado el 23 de marzo de 2025]. Disponible en: [http://www.spentamexico.org/v6-n2/6\(2\)186-194.pdf](http://www.spentamexico.org/v6-n2/6(2)186-194.pdf)

54.-Muestreo no probabilístico [Internet]. Explorable.com. [citado el 23 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://explorable.com/es/muestreo-no-probabilistico>

55- Urbe.edu. [citado el 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://virtual.urbe.edu/tesispub/0092506/cap03>.

56.- Pego P, Del Río N, Fernández I, Gutiérrez G, et al. Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia. Rev de Enfermería Ene 2018; 12(2). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988348X2018000200005&lng=es&nr=iso&tlng=es.

57.- Segovia-M, Torres-A Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos [Internet]. 2011 Dic [citado 2025 Jun 27] ; 22(4): 162-166. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2011000400003&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134928X2011000400003>.

58.-Lima L Factores sociodemográficos y la capacitación en tecnologías de la información y comunicación para los docentes en instituciones educativas públicas peruanas años 2016 y 2018 (Tesis de maestría). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. 2021. Disponible en:https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9300/lima_slf.pdf?sequence=1

- 59.- Morales-N Glosario de semiología. Diagnóstico [Internet]. 2023 [citado 2025 may6];62(3):e471.Disponible en:
<https://revistadiagnostico.fihu.org.pe/index.php/diagnostico/article/view/471>.
- 60.-Buysse- D, Reynolds- C, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2748771/> muestra
- 61.- Luna Y, Robles A, Agüero P. Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una peruana. *Academia.edu.* 2015. Disponible en:
https://www.academia.edu/34647099/VALIDACION_DEL_INDICE_DE_CALIDAD_DE_SUEÑO_DE_PITTSBURGH_EN_UNA_MUESTRA_PERUANA_VALIDATION_OF_THE_PITTSBURGH_SLEEP_QUALITY_INDEX_IN_A_PERUVIAN_SAMPLE?utm_source=chatgpt.com
- 62.- Luna S, Robles A, Agüero P. Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *Anales De Salud Mental [Internet]* 2016; 31(2), 23-30. [Consultado el 2025]. Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistas/asm/article/view/91>.
- 63.-Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State MedJ.*1965;14:61–65.Disponible en:
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3865417>
- 64.-Herrera, A. (1998) - Notas de Psicometria 1-2 - Historia de Psicometria y Teoria de La Medida[Internet]. *Scribd.* [citado 17 de marzo de 2025]. Disponible en:<https://es.scribd.com/document/211979988/Herrera-A-1998-Notas-de-Psicometria-1-2-Historia-de-Psicometria-y-Teoria-de-La-Medida>.
- 65-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. *Wma.net.* [citado el 18 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: “Calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025”

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico	Instrumento
<p>- ¿Cuál es la calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador 2025?</p>	<p>Determinar la relación entre calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Conocer las características sociodemográficas en adultos mayores.</p> <p>-Conocer las características clínicas en adultos mayores.</p>	<p>-Hi: Existe relación entre calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025.</p> <p>Ho: No existe relación entre calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>-Hi1: Existe relación entre la dimensión calidad subjetiva de sueño de calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación</p>	<p>Variable 1: Calidad de sueño</p> <p>Dimensiones: -Calidad subjetiva del sueño -Latencia del sueño -Eficiencia de sueño habitual -Perturbaciones del sueño -Duración del sueño -Uso de medicación -Disfunción diurna</p>	<p>Método: hipotético deductivo</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Sub diseño: Correlacional</p> <p>Corte: Transversal</p> <p>Población: 80 adultos mayores</p> <p>Muestra: 81 adultos</p>	<p>Instrumento : V1</p> <p>Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento : V2</p> <p>Índice de Barthel</p>

Anexo 2: Instrumentos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025.”

Instrucciones: Estimado señor (a) la presente investigación tiene por objetivo determinar la relación entre calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.Lima.2025. Esta ficha de obtención de información se elabora de manera confidencial por lo que usted tiene la libertad de brindar los datos con total veracidad.

Nombre del participante:

Es de interés los datos que pueda aportar de manera sincera y colaboradora.

<p>Parte I: Datos Sociodemográficos</p> <p>Género:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">M</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">F</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> <p>Edad</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">60 -69</td> <td style="width: 25%;">70-79</td> <td style="width: 25%;">80-89</td> <td style="width: 25%;">90 a más</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Nivel instructivo:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 75%;">Primaria</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Superior</td> <td></td> </tr> </table>	M		F		60 -69	70-79	80-89	90 a más					Primaria		Secundaria		Superior		<p>Parte II: Datos Clínicos</p> <p>Comorbilidades:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 75%;">Hipertensión arterial</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>Obesidad</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diabetes mellitus</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cardiopatías congénitas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ninguna</td> <td></td> </tr> </table> <p>Medicación</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">No</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">Si</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	Hipertensión arterial		Obesidad		Diabetes mellitus		Cardiopatías congénitas		Ninguna		No		Si	
M		F																															
60 -69	70-79	80-89	90 a más																														
Primaria																																	
Secundaria																																	
Superior																																	
Hipertensión arterial																																	
Obesidad																																	
Diabetes mellitus																																	
Cardiopatías congénitas																																	
Ninguna																																	
No		Si																															

Instrumento: Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño.

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cuál 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

Instrumento 2: índice de Barthel

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total		
Comer		
	-Totalmente independiente	10
	-Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	-Dependiente	0
Lavarse		
	-Independiente entra y sale del baño	5
	-Dependiente	0
Vestirse		
	- Independiente capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	-Necesita ayuda	5
	-Dependiente	0
Arreglarse		
	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	-Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)		
	-Continencia normal	10
	-Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	-Incontinencia	0
Micción (valórese la		
	-Continencia normal, o en capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10

semana previa)	-Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	-Incontinencia	0
Usar el retrete		
	-Independiente para ir al cuarto de aseo, quitase y ponerse la ropa	10
	-Necesita ayuda para ir al retrete, pero no se limpia todo	5
	-Dependiente	0
Trasladarse		
	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita grana ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular		
	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones		
	Independiente para bajar y subir escleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0

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

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

Anexo 3: Validez del instrumento

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): 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: Dr. Melgarejo Valverde, José Antonio

DNI: 06230600

Especialidad del validador: 3009

- Doctor en educación
- Maestro en docencia universitaria y gestión educativa.
 - Especialista en fisioterapia en neurorrehabilitación
 - LIC. TM EN TFYR CTM

01 de julio del 2025



FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

Firma del Experto Informa

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): 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. Andy F. Arrieta Córdova

DNI: 10697600

Especialidad del validador:

- Maestro en docencia universitaria y gestión educativa.

01 de julio del 2025



FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

Firma del Experto Informa

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): 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: Dr. Puma Chombo, Jorge Eloy

DNI: 42717285

Especialidad del validador:

- Doctor en educación
- Maestro en gestión de los servicios de la salud.
- Especialista en fisioterapia en neurorrehabilitación
- LIC. TM EN TFYR CTM 10550

01 de julio del 2025



FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

Firma del Experto Informa

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	78	96,3
	Excluido	3	3,7
	Total	81	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,622	6

CONFIABLE

CONFIABILIDAD DEL ÍNDICE DE BARTHEL

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	76	93,8
	Excluido	5	6,2
	Total	81	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,775	11

EXCELENTE CONFIABILIDAD

Anexo 5: Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 14 de agosto del 2025.

Autor Responsable:
LLENIFER ANALI CHACON GOMEZ

Exp. N°: 1959-2025

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

Proyecto Titulado: "Calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de villa el salvador.2025." Versión Nro. 1, con fecha 01/08/2025.

El cual tiene como Autor(es) a:
LLENIFER ANALI CHACON GOMEZ
ERIKA MARLENY URBINA TOVAR

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

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La **vigencia** de la aprobación es **24 meses** a partir de la emisión de este documento.
- Toda **enmienda** deberá presentarse al CIEIC-UPNW; el proyecto no podrá ejecutarse sin su aprobación previa.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

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

Atentamente,



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

Anexo 6: Consentimiento informado

Título de proyecto de investigación: “Calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025.”

Investigadoras : Llenifer Anali Chacon Gomez, Erika Marleny Urbina Tovar
Institución(es) : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025”, de fecha 08/07/2025 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

1. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la relación entre la calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025”. Su ejecución ayudará efectivamente los dilemas de salud derivados de una inadecuada CDS y CFL. Asimismo, este estudio permitirá diseñar estrategias de prevención y promoción de salubridad, como la oportuna innovación de charlas informativas con la finalidad de fomentar talleres difusivos evocados a los hábitos de SÑ con la misión de un requerimiento preventivo el cual buscará disminuir las consecuencias nocivas de una mala CDS y CFL en los AMS.

Duración del estudio (meses): 6 meses

Nº esperado de participantes: 80 adultos mayores

Criterios de Inclusión y exclusión:

(No deben reclutarse voluntarios entre grupos “vulnerables”: presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc. Salvo que la investigación redunde en un beneficio concreto y tangible para dicha población y el diseño así lo requiera).

Criterios de inclusión:

- AMS de ambos géneros.
- AMS de 60 a años
- AMS que hablen castellano

- AMS que firmen el consentimiento informado

Criterios de Exclusión

- AMS con prescripción médica para dormir
- AMS que no completen los instrumentos de estudio
- AMS con amputaciones de los miembros inferiores
- AMS que presentan dificultades en el lenguaje y audición

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Responderá una ficha de recolección de datos sociodemográficos.
- Se realizarán las ejecuciones del índice de CDS de Pittsburgh y el índice de Barthel.
- Al terminar se brindará las recomendaciones adecuadas.

La *entrevista/encuesta* puede demorar unos XX minutos y (*según corresponda añadir a detalle*).

El tiempo que se tardará en recaudar la información con el índice de CDS de Pittsburgh será de aproximadamente 15 min mientras que para el índice de Barthel será 10 min y 5 min para la recopilación de datos, haciendo un total de 30 min para obtener la base informativa.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos: (*Detallar los riesgos de la participación del sujeto de estudio*)

Su participación en el estudio *no* presenta ningún peligro en su integridad física, emocional y moral.

Beneficios: (*Detallar los riesgos la participación del sujeto de estudio*)

Usted se beneficiará del presente proyecto ya que se podrá determinar la relación entre la calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa El Salvador.2025". Su ejecución ayudará efectivamente los dilemas de salud derivados de una inadecuada CDS y CFL. Asimismo, este estudio permitirá diseñar estrategias de prevención y promoción de salubridad, como la oportuna innovación de charlas informativas con la finalidad de fomentar talleres difusivos evocados a los hábitos de SÑ con la misión de un requerimiento preventivo el cual buscará disminuir las consecuencias nocivas de una mala CDS y CFL en los AMS.

Costos e incentivos: Usted *no* pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con las investigadoras principales (Llenifer Anali Chacon Gomez ,942310987

,a2017200138@uwiener.edu.pe, Urbina Tovar Erika Marleny,970118382,
a2015200631@uwiener.edu.pe)

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio,

Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: comité.etica@uwiener.edu.pe

II IDECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre participante:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nombre testigo o representante legal

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nombre de la investigadora 1:

Llenifer Anali Chacon Gomez

DNI:74994136

Fecha: (08/07/2025)

Nombre de la investigadora 2:

Erika Marleny Urbina Tovar

DNI: 70263915

Fecha: (08/07/2025)

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

Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos



CARTA DE PRESENTACIÓN

Presente:

Bach: Chacon Gomez, Llenifer Anahi

Urbina Tovar Erika Marleny

De nuestra consideración:

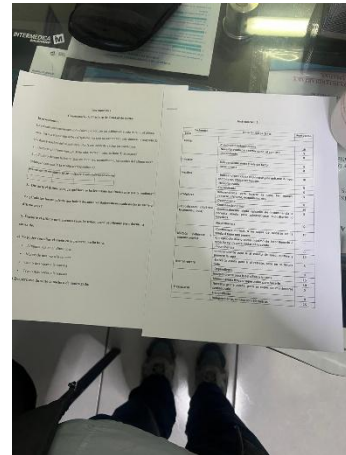
Por medio de la presente, comunicamos que se evaluó y acepto la autorización de la investigación con el título de la investigación; *"Calidad de sueño y capacidad funcional en adultos mayores de un centro de rehabilitación de Villa el Salvador. 2025"*, en nuestro Centro de Rehabilitación SEMPER CORPORALIS, por lo que proceda a recoger la información solicitada en el servicio de terapia física y rehabilitación, cumpliendo con las buenas prácticas que se brinda en el servicio, lo cual será de importancia para su trabajo de tesis a fin de continuar los procesos de Titulación en Tecnología Médica en terapia física y Rehabilitación, en asuntos regulatorios en el sector salud que le solicita su Universidad Privada Norbert Wiener.

Sin otro particular y agradecimiento la atención que sirva dispensar a la presente quedamos de ustedes.

Sábado 25 de Agosto 2025

Lic. Estrada Gonzalez Cinthya Milagros
Tecnólogo Médico
Terapia Física y Rehabilitación
C.T.M.P. 13023

ANEXO 8: FOTOS



ANEXO 9:

Informe del asesor de Turnitin




16% 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

- 15%  Fuentes de Internet
- 2%  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.




16% 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

- 15%  Fuentes de Internet
- 2%  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

- 15% Fuentes de Internet
- 2% 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	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-11-19	3%
3	Internet	repositorio.upsc.edu.pe	2%
4	Internet	hdl.handle.net	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-12-19	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-12-19	<1%
7	Internet	renati.sunedu.gob.pe	<1%
8	Trabajos entregados	uwiener on 2024-06-27	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Internacional de la Rioja on 2025-06-12	<1%
10	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-09-16	<1%