

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO



**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE MEDICINA FÍSICA Y  
HOSPITALIZACIÓN-CIRUGÍA DE UN HOSPITAL ESTATAL,  
CHICLAYO 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**ROMINA DEL CARMEN OLANO VIDALÓN**

Chiclayo, 28 de setiembre de 2015

**Calidad de vida en pacientes de medicina física y  
hospitalización-cirugía de un hospital estatal,  
Chiclayo 2014**

**Por**

**Bach. Olano Vidalón, Romina del Carmen**

**Presentada a la Facultad de Medicina- Escuela de Psicología de la Universidad  
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**APROBADO POR**

---

**Lic. María Elena Dorival Sihuas**

**Presidente del Jurado**

---

**Dr. Alvitres Castillo Victor Ricardo**

**Secretario del Jurado**

---

**Mg. Benito Tomás Mendoza Torres**

**Vocal del Jurado**

**CHICLAYO, 2015**

Calidad de vida en pacientes de medicina física y hospitalización-cirugía de un hospital  
estatal, Chiclayo 2014

Olano Vidalón, Romina del Carmen

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Chiclayo, Perú

## Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Antecedentes.....	6
Marco teórico.....	7
Marco conceptual.....	15
Variables e Hipótesis.....	17
Método.....	19
Procedimiento.....	20
Instrumento.....	20
Procesamiento y análisis de datos.....	25
Resultados.....	26
Discusión.....	30
Conclusiones.....	34
Recomendaciones.....	35
Referencias bibliográficas.....	36
Apéndice.....	39

### Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si existen diferencias entre las dimensiones de la calidad de vida en pacientes de medicina física y hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014. Se realizó un estudio descriptivo comparativo con pacientes adultos comprendidos entre las edades 18 y 65 años que asisten a sus consultas de rehabilitación o que se encuentren hospitalizados. Se utilizó el Cuestionario de Calidad de vida SF-36, ya que se adecua mejor a pacientes crónicos lo cual es conveniente para el presente estudio. Se encontró diferencia significativa en la dimensión rol física en el área de hospitalización-cirugía, también la dimensión rol físico se vio afectada por la misma área por el sexo masculino, por último, se encontraron diferencias significativas en las dimensiones: Salud general en pacientes de 26-45 años y las dimensiones de función física y dolor corporal en pacientes de 46 – 65 años de edad.

**Palabras clave:** Calidad de vida, hospitalización, medicina física.

### Abstract

The objective of this study is to determine if there are differences between the dimensions of quality of life in patients of physical medicine and hospitalization-surgery of a public hospital, Chiclayo 2014. It is a descriptive comparative study with adults' patients between the ages of 18 and 65 years old, who attend rehabilitation and stay in hospitalization. It used the questionnaire of quality of life SF-36, who adapts better to chronic patients which is convenient for the present study. The results reflected a significant difference between of physical medicine and hospitalization-surgery in Physical role, also the same dimension was affected by the same area by the male sex; finally, General health was affected by the patients about 26-45 years and the dimensions of Physical function and Bodily pain patients about 46-65 years old.

**Key words:** Quality of life, hospitalization, physic medicine.

Calidad de vida en pacientes de medicina física y hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014

Los múltiples cambios físicos, sociales, familiares, entre otros que presentan los pacientes del área de medicina física y hospitalización-cirugía los llevan a mostrarse vulnerables ante las dificultades que se presentan en el proceso de la enfermedad. La persona enferma es consciente que sus actividades diarias no van a poder realizarlas con facilidad, por lo cual van a requerir de una ayuda externa de la familia o de un cuidador en especial.

Los pacientes atendidos en consulta externa de medicina física se ven sometidos a terapias de rehabilitación por numerosas causas como: amputaciones, disartrias, hemiplejias, parálisis cerebral, accidente cerebrovascular (ACV). Las terapias ayudan en la mejora física para disminuir el daño y los malestares físicos; no obstante, estas enfermedades producen discapacidad, limita a la persona para realizar un gran número de funciones básicas; lo cual le afecta en el trabajo, en el cuidado personal y le produce dolor emocional. Todo lo mencionado conlleva a un deterioro de la calidad de vida, dificultando a la persona sentirse bien consigo mismo.

En cuanto a los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía presentan enfermedades como: diabetes, nefropatías, apoplejía y enfermedades cardiovasculares; enfermedades que les provocan frecuentes y extensos ingresos hospitalarios. Asimismo, los tratamientos médicos que reciben les permiten aliviar los síntomas y mantener un buen funcionamiento vital que ayudan a prolongar la vida de la persona. Estos tratamientos generan efectos secundarios, una serie de síntomas, los más frecuentes dolor, desgaste físico y cansancio persistente. Todas las enfermedades mencionadas anteriormente, no solo afectan su nivel físico, también lo hacen emocionalmente, socialmente y hasta económicamente; puesto que implica extensos gastos por un periodo prolongado, esperando la mejora de la persona. Por lo tanto, estos pacientes muestran un bajo funcionamiento en diferentes esferas de la vida, llegando a afectar su calidad de vida y poniendo en riesgo su salud.

Ambos tipos de pacientes tienen la necesidad de sentirse sanos, fuertes y seguros en su vida, pero ¿qué pasa cuando estas expectativas se ven interrumpidas por un bajo nivel de calidad de vida?, sabemos que es un estado de satisfacción general, es la apreciación que tiene

la persona de su salud y le permite desarrollarse en todas sus potencialidades. Por esta razón, estas enfermedades al ser discapacitantes deterioran el bienestar de los pacientes de la población en estudio. De tal modo que se hace necesario conocer las diferencias que existen entre las dimensiones de la calidad de vida en los pacientes atendidos en consulta externa de medicina física y los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía. Interés que se crea debido a que, en el transcurso de la enfermedad, la población en estudio experimenta cambios en su estilo de vida, sienten una disminución en su desempeño laboral, social, perciben temor por sus limitaciones físicas, miedo e incertidumbre asociada a su enfermedad. Por ello, se formula la siguiente interrogante ¿Existe diferencia entre las dimensiones de la calidad de vida en pacientes de medicina física y los de hospitalización-cirugía de un hospital estatal de Chiclayo, 2014?

La presente investigación tiene como objetivo general determinar las diferencias entre las dimensiones de la calidad de vida en pacientes de medicina física y hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014, y como objetivos específicos identificar las dimensiones de la calidad de vida, según sexo y edad, en pacientes de medicina física y los de hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014.

Hay que destacar que la calidad de vida de los pacientes atendidos en consulta externa de medicina física y los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía, de un hospital estatal de Chiclayo, se ha visto alterada y sus condiciones de vida también. Por tanto, en la presente investigación se hace necesario identificar las dimensiones de la calidad de vida (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental), así como conocer las diferencias entre las dimensiones aludidas. Es decir, se procura encontrar las dimensiones que deterioran o incrementan la calidad de vida. Y en base a los resultados obtenidos, proporcionar información para implementar el trabajo en ambas poblaciones por parte de los profesionales de la salud: médicos, psicólogos, enfermeras, tecnólogos médicos, y otras carreras afines, con el fin de motivarlos y generar nuevas materias de investigación que ayuden a complementar la labor, y de esta manera conseguir una mejor aceptación y adaptación a la enfermedad por parte del paciente.

### Antecedentes

Linde, Rodríguez y Rodríguez (2012) realizaron un estudio para conocer la intensidad percibida del dolor, el estado de ánimo y calidad de vida en 271 pacientes hospitalizados (133 hombres y 138 mujeres) entre las edades de 16 a 89 años, de un hospital de tercer nivel de Grana, España. Se administró el perfil de salud de Nothingan (PSN) que mide calidad de vida. Los resultados reflejan que la intensidad del dolor influye mayormente en las dimensiones dolor y salud general. Con relación al sexo, las mujeres presentaron un mayor deterioro en salud general, asimismo, la asociación entre la edad y calidad de vida apunta hacia un deterioro de ésta a medida que la primera aumenta.

Salas (2009) trabajó con pacientes crónicos de la ciudad de Lima, que asistían a sus consultas de control mensual, esta población presentó diversos diagnósticos médicos como dolor crónico y habían recibido distintos tratamientos en diferentes especialidades médicas (rehabilitación, traumatología, neurología, reumatología, etc.) conformada por pacientes entre los 20 y 60 años de edad. Se encontró que la salud mental es la dimensión con mayor puntuación y la dimensión rol físico presentó un promedio bajo de 58,6; quiere decir que la mitad de personas percibe esta dimensión como gravemente deteriorada.

Morales y Esparcia (2008) utilizaron la Escala WHOQoL-Bref de la Organización Mundial de la Salud, que evalúa la calidad de vida a través de un cuestionario de 26 preguntas. Se aplicó a una muestra de 440 participantes chilenos y españoles, 220 de las cuales vivían con una patología física crónica (problemas cardiovasculares, artritis, asma, diabetes). Se hizo uso de la prueba estadística U Mann Whitney para encontrar que la calidad de vida y la edad no fue estadísticamente significativa; por otro lado, cada dominio evaluado: físico, psicológico, social y ambiental se encontraron deteriorados.

## Marco teórico

### Calidad de vida

#### *Definiciones*

El concepto de calidad de vida, se enfoca de una manera amplia y subjetiva, que está influenciado por el entorno en que vive la persona, como: la sociedad, la familia, el trabajo, la economía, la cultura, etc. Rodríguez (2008) menciona que el concepto de calidad de vida está presente desde la época de los antiguos griegos y que en las últimas décadas existe un incremento en el número de investigaciones relacionadas con este concepto, ya que diversos autores buscan definirla donde abarque todos los aspectos de calidad de vida en un solo concepto. La calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos (Enriquez, 2007); a continuación, se mencionarán los factores que el autor menciona.

En cuanto a los factores objetivos: se refiere a condiciones externas: salud física y psicológica, nivel de ingresos, relaciones sociales, cultura en materia de salud y hábitos saludables de vida, acceso a servicios médicos, entre otros. Todo lo mencionado anteriormente contribuye a una mejora en la calidad de vida.

Por otro lado, los factores subjetivos: es la valoración que la propia persona hace frente a su vida, se entiende como aquella valoración personal que le permita sentirse bien consigo mismo. Es por eso que la persona al enfrentar el proceso de enfermedad crónica, se ve así mismo con limitaciones y dificultades para ejercer sus actividades, llevándolo a sentirse infeliz lo cual puede dañar las demás dimensiones de la calidad de vida. Por ello es importante tener en cuenta la percepción individual en la evaluación de su calidad de vida.

Asimismo, Calman (como se citó en Rodríguez, 2008) menciona que realizó una amplia revisión sistemática de los trabajos sobre calidad de vida para intentar encontrar una sola definición y la única conclusión que encontró es que “muchos son los que lo han intentado pero nadie ha podido definirla”. Esta dificultad podría deberse que muchos autores tienen su propia percepción enfocada de manera personal, a esto se le conoce como subjetivismo que cada individuo emplea al momento de definir qué es lo que le hace vivir bien y hacerlo sentir feliz. Por lo tanto, calidad de vida podría entenderse como un juicio

subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como un sentimiento de bienestar personal (Rodríguez, 2008).

Carpio, Pacheco, Flores, et al. (2000) definen que calidad de vida es concebida como la resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas y psicológicas de los individuos, esto le permitirá un ajuste a su medio ambiente. Se considera fundamental que al mencionar los efectos sobre el ambiente toma en cuenta lo físico y social y en cuanto al término biológico se toma en cuenta el estado salud-enfermedad, impedimento o restricción física, estado nutricional, etc., todos estos componentes recaen sobre el propio individuo implicando la posibilidad que estos sean benéficos o perniciosos.

Calidad de vida se encuentra relacionada a la calidad del entorno en el cual la persona vive (condiciones externas); así mismo, calidad de vida también indica la capacidad interna para tratar los diversos problemas de la vida que llevará a un resultado positivo. Este autor utiliza otro término que lo considera más apropiado como “el arte de vivir” (Veenhoven, 2001).

Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) hacen una revisión teórica del concepto y una clasificación de las distintas definiciones, a continuación se hará mención las definiciones aportadas por diversos autores al referirse a calidad de vida.

“Es el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o para ella”, nos refiere el autor Ferrans (como se citó en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Según Lawton y Haas (como se citó en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012) es la evaluación multidimensional de circunstancias o criterios interpersonales y socio-normativos, del contexto personal y ambiental de un individuo.

### *Modelos de calidad de vida*

En los últimos años, calidad de vida se ha fundamentado en modelos teóricos, buscando abordar una investigación compleja (Verdugo & Martín, 2002). De acuerdo a Angermeyer y Kilian en 1997 (como se citó en Verdugo & Martín, 2002) los modelos de calidad de vida fueron los siguientes:

*El modelo de satisfacción:* desarrollado por Lehman, Ward y Linn, el nivel de calidad de vida experimentado por el individuo depende de que sus condiciones actuales de vida se ajusten a sus necesidades, deseos y aspiraciones; sin embargo, esta teoría no especifica cuáles son; por lo tanto, puede dar lugar a diferentes interpretaciones.

*El modelo combinado de importancia y satisfacción:* incorpora un nuevo término la satisfacción subjetiva del paciente sostiene que las personas difieren en sus valores individuales y preferencias; por lo tanto, las condiciones objetivas también se ven afectadas por las condiciones subjetivas.

*El modelo del funcionamiento del rol:* plantea que la felicidad y satisfacción se relacionan con las condiciones sociales y ambientales para cubrir las necesidades humanas.

*Modelo de Shaclock y Verdugo.*

Shaclock y Verdugo, 2003 (como se citó en Serrano & Oliva, 2013) refieren que calidad de vida tiene componentes objetivos y subjetivos, siendo los segundos fundamentales, pues es el propio sujeto quien percibe la calidad de vida que está experimentando; esto quiere decir, que es un conjunto de principios para incrementar el bienestar subjetivo y psicológico.

Ambos autores toman en cuenta la participación de la persona en la planificación de sus actividades por parte del equipo profesional de salud y genera una nueva forma de planificar objetivos de las personas con discapacidad. El nuevo modelo de calidad de vida se fundamenta en las dimensiones presentadas por Schalock y Verdugo que proponen indicadores o ítems para su evaluación:

**Relaciones interpersonales:** incluyen la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía como participar en actividades, tener amigos estables, buena relación familiar, de igual manera debe sentirse valorado y apreciado por la personas que consideran importantes dentro de sus contactos sociales positivos y de apoyo.

**Bienestar material:** contiene aspectos de capacidad económica y material suficientes que le permitan una vida confortable, saludable y satisfactoria, esto quiere decir que se incluyen diversos indicadores como: los derechos, seguridad, alimentos, empleo, pertenencias, estatus socioeconómico.

Desarrollo personal: tiene en cuenta las competencias y habilidades sociales, oportunidades de desarrollo personal que le permita formación, realización personal y capacidad resolutive.

Bienestar físico: tiene en cuenta los aspectos del dolor, medicación y como inciden en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal. Se consideran como indicadores la salud, nutrición, ocio, movilidad, estilos de vida saludable y manejo del estrés.

Autodeterminación: se enfoca en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir y tener opciones. En ella aparecen las metas y valores, las preferencias, objetivos e intereses personales.

Inclusión social: los indicadores centrales son las aceptaciones, estatus, integración y participación en la comunidad que son aquellas que le proporcionan oportunidades para la integración y participación en la comunidad.

Los Derechos: hace manifiesto el derecho a la intimidad, el derecho al respeto medible desde el trato recibido en su entorno, privacidad, voto, acceso a derechos y libertades reconocidos en la población general y responsabilidades civiles.

#### *Modelo de Ware y Sherbourne.*

Morrison y Benett (2008) definen en términos generales que calidad de vida es la evaluación que hace un individuo de su experiencia vital general en determinado momento (calidad de vida global). Hacen hincapié al término “calidad de vida relacionada con la salud”, donde se refieren a las evaluaciones de las experiencias vitales y cómo se ven afectadas por la enfermedad, los accidentes o tratamientos. Para la presente investigación, se toma como base la teoría de estos autores.

Asimismo, mencionan que uno de los objetivos para evaluar la calidad de vida consiste en valorar el impacto que tiene la enfermedad sobre el funcionamiento del individuo. Esto condujo a que los estudios estuvieran relacionados, de cierta forma, con la valoración de la función física; sin embargo, no es así, la investigación debe involucrar otras dimensiones: rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Hay muchos factores que influyen sobre la calidad de vida:

- Los actores demográficos, la edad, la cultura.
- La propia enfermedad o problema, los síntomas, la existencia o inexistencia del dolor, la discapacidad funcional, daño neurológico con una incapacitación asociada motriz, emocional o cognitiva, impedimento sensorial o de la comunicación.
- El tratamiento, tipo de tratamiento, efectos secundarios, toxicidad, etc.
- Factores psicosociales, emociones (ansiedad, depresión), afrontamiento al estrés, trastorno del sueño, trastorno del apetito, contexto social, metas y apoyo.

Todos estos factores influyen sobre las facetas de la vida de manera subjetiva en las personas, en donde le dan un valor diferente a cada una de ellas y también estas pueden cambiar a lo largo del ciclo vital.

Los autores Ware y Sherbourne (1992) (como se citó en Salas, 2009) clasifican calidad de vida en las siguientes dimensiones:

**Función física:** Nivel en que la salud limita las actividades físicas como: autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, llevar pesos, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

**Rol físico:** Nivel en que la salud física limita el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo tener un rendimiento menor que el deseado, tener limitaciones en las actividades o dificultad al realizarlas.

**Dolor corporal:** La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera como dentro de la vivienda.

**Salud general:** Valoración personal de la salud que incluye: salud actual, perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a la enfermedad que se tiene.

**Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

**Función social:** Nivel en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social.

Rol emocional: Nivel en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo la reducción en el tiempo dedicado a ellas, tener menor rendimiento que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.

Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta, y el efecto positivo en general.

*Modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).*

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (como se citó en Morrison & Bennett, 2008) menciona que la calidad de vida es determinada a partir de las percepciones que tiene un individuo de su posición en la vida respecto a su contexto cultural y el sistema de valores de ese contexto en relación con sus propios objetivos, normas y expectativas, lo considera como un término general que depende de muchos factores que se complementan. Agrupa la calidad de vida en seis áreas:

Salud física: dolor, incomodidad, energía, fatiga, sueño, descanso.

Psicológicos: sentimientos positivos, autoestima, reflexión, memoria, aprendizaje, concentración, imagen y apariencia personal, sentimientos negativos.

Grado de independencia: actividades de la vida cotidiana (autocuidado), movilidad, dependencia de medicación y tratamientos, capacidad de trabajar.

Relaciones sociales: apoyo social práctico, actividad sexual, relaciones personales.

Relación con el entorno: seguridad física, recursos económicos, entorno doméstico, disponibilidad y calidad de la atención sanitaria, participación y oportunidades en actividades de ocio, transporte.

Espiritualidad: religión y creencias personales.

Estas facetas son consideradas como una herramienta de evaluación genérica que proporciona los elementos claves para ser utilizados en todas las enfermedades y trastornos.

*Calidad de vida relacionada con la salud*

Se conoce que uno de los principales objetivos que tiene la atención sanitaria es mantener y mejorar la salud del paciente buscando reducir los síntomas dañinos y dar opciones de nuevos tratamientos que mejoren su vida; por esa razón, es necesario tener en cuenta el bienestar del paciente, debido que la mejora de la enfermedad no solo es importante, si no lograr una vida más funcional y satisfactoria para las personas que aquejan enfermedades crónicas (García-Viniegras & Gonzáles, 2007).

Cuando un individuo alcanza un buen estado de salud puede disfrutar de los otros beneficios que propone la calidad de vida; por lo tanto, calidad de vida relacionada con la salud se encuentran íntimamente relacionada con este concepto.

La expresión de calidad de vida ha llegado a ser ampliamente usada, no solo fue utilizado por diversos profesionales sino también por los medios de comunicación y la sociedad en general (Fernández & Pérez, 2005), para referirse al bienestar material, económico, social y psicológico que las personas necesitan durante el transcurso de su vida y se muestran cambiantes durante estas; por otro lado, calidad de vida ha sido utilizado también como medida de los resultados en salud, enfermedades y tratamientos, de esta manera se interesaron en conocer más sobre la perspectiva que se tiene frente a la enfermedad y cómo influyen las diversas visitas y controles en el paciente, generando el nuevo término calidad de vida relacionada con la salud.

Lugo, García y Gómez (2002) explican que calidad de vida relacionada con la salud, o también denominada estado de salud o estado funcional o satisfacción del paciente se ha definido como el componente de la calidad de vida, se encuentra referida de manera subjetiva basándose en las experiencias personales de cada persona, es aquella valoración que se origina por los efectos de las enfermedades y los tratamientos médicos durante el transcurso de la enfermedad.

#### *Calidad de vida en el enfermo crónico*

La aparición de una enfermedad crónica tiene muchas consecuencias para la misma persona y los familiares. El hecho de tener que realizar exámenes médicos y pasar por consultas, origina el miedo a recibir el diagnóstico de una enfermedad grave, tener que ser hospitalizado, tener restricciones sin poder llevar una vida “normal”. Por ello, el personal de

salud se ha interesado en encontrar las atenciones necesarias para controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida. Los síntomas o el grado de dificultad para cuidarse por si solo, no predice la calidad de vida, debido que algunos pacientes se sentirán motivados para seguir adelante, mientras que otros experimentaran niveles de ansiedad, depresión o dolores físicos, disminuyendo la satisfacción personal. Al ser considerado calidad de vida como un concepto multidimensional, esto implica que cada persona experimente el proceso de la enfermedad de diferentes perspectivas, a esto llamamos subjetividad, cada individuo tiene la capacidad de valorar como está y como se siente en ese mismo momento. Por ello, es importante ahondar en las dimensiones que cubre este concepto con el fin de ofrecer al paciente crónico algo cada vez mejor (Vinaccia & Orozco, 2005).

Estudios han encontrado que la salud es considerada por las personas como el factor más importante de la felicidad (Rodríguez-Marin, Pastor & López-Roig 1993) para lograr una satisfacción. Por lo tanto, la valoración subjetiva presenta mayor relación con la salud y bienestar, que la valoración objetiva; debido que, dentro de las dimensiones de calidad de vida se encuentra la salud de manera completa tanto física, psicológica y social.

En muchos casos, la enfermedad sí que afecta a la calidad de vida. Supongamos que un paciente muestra secuelas de un accidente cerebrovascular, presentará dificultad motora, problemas en el lenguaje, incapacidad para cuidarse. Por otro lado, llega un paciente por una luxación del hombro, también tendrá dificultades pero de una manera localizada, dejando que las otras extremidades puedan ayudar en su desplazamiento y cuidado personal. Con esto se quiere llegar que todos los pacientes se encuentran afectados pero en diferentes grados, ya que algunas enfermedades demandan más restricciones médicas por un periodo largo, mientras que otras generan malestar y dolor, no llegando a ser incapacitantes. En conclusión, la gravedad de la enfermedad y la calidad de vida varían en todos los pacientes (Morrison & Benett, 2008).

La aparición de la enfermedad en la vida de una persona, supone siempre una situación de crisis y un deterioro de su calidad de vida (Rodríguez-Marin, Pastor y López-Roig 1993). Esta situación es repentina e inesperada, intensa o grave, puede incluir dolor psicológico, dificultades físicas, alejarse de sus amistades, recibir terapias, tratamientos, hospitalizaciones e incluso miedo a la muerte. Haciendo referencia a todas estas dificultades que surgen en el proceso de recuperación, está claro que la enfermedad forma parte de la vida del paciente y de

todo su entorno social; por lo tanto, el personal de salud debe estar preparado para brindar las herramientas necesarias para ayudar a las personas a manejar su enfermedad y reducir cualquier malestar que pueda sufrir.

### Marco conceptual

Morrison y Benett (2008) definen en términos generales que calidad de vida es la evaluación que hace un individuo de su experiencia vital general en determinado momento (calidad de vida global), hace hincapié al término “calidad de vida relacionada con la salud”, donde hace referencia a las evaluaciones de las experiencias vitales y como se ven afectadas por la enfermedad, los accidentes o tratamientos.

Calidad de vida se agrupa en 8 dimensiones, que son las siguientes:

**Función física:** Nivel en que la salud limita las actividades físicas como: autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, llevar pesos, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

**Rol físico:** Nivel en que la salud física limita el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo tener un rendimiento menor que el deseado, tener limitaciones en las actividades o dificultad al realizarlas.

**Dolor corporal:** La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera como dentro de la vivienda.

**Salud general:** Valoración personal de la salud que incluye: salud actual, perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a la enfermedad que se tiene.

**Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

**Función social:** Nivel en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social.

**Rol emocional:** Nivel en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo la reducción en el tiempo dedicado a ellas, tener menor rendimiento que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.

Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta, y el efecto positivo en general.

Evolución declarada de la salud: evalúa el cambio de la salud general actual comparada con la de hace un año atrás. Dicho ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas.

## Variables e hipótesis

## Definición operacional de variables e indicadores

Calidad de vida medida por el Cuestionario SF36 de los autores Ware y Sherbourne (1992)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional		Categorías
Calidad de vida	Morrison y Benett (2008) definen que calidad de vida es la evaluación que hace un individuo de su experiencia vital general en determinado momento (calidad de vida global), también menciona “calidad de vida relacionada con la salud”, son aquellas evaluaciones de las experiencias vitales y como se ven afectadas por la enfermedad, los accidentes o tratamientos.	Dimensiones	Indicadores	Cada dimensión oscila entre: 0 (baja CV) – 100 (excelente CV), punto promedio es 50
		Función física	3a - 3j	
		Rol físico	4a - 4d	
		Dolor corporal	7,8	
		Salud general	1, 11a - 11d	
		Vitalidad	9a, 9e, 9g, 9i	
		Función social	10,6	
Rol emocional	5a, 5b, 5c			
Salud mental	9b, 9c, 9d, 9f, 9h			

Variable de edad y sexo será medida por la OEI (2009)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Sexo	Es atribuida a hombres y mujeres a partir de sus diferencias biológicas (OEI, 2009)	Hombre, mujer
Edad	El número de años, meses y días transcurridos desde su nacimiento (OEI, 2009)	Años, meses y días

### Hipótesis

Existe diferencia en la dimensión rol físico en pacientes de medicina física y los de hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014.

Existe diferencia en la dimensión rol emocional, en pacientes mujeres de medicina física y los de hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014.

Existe diferencia en la dimensión dolor corporal en los pacientes de 46 a 65 años de edad, en pacientes de medicina física y los de hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014.

## Método

### Diseño y tipo de estudio

No experimental, comparativa

### Población

La presente investigación estuvo compuesta por dos poblaciones que se encuentran entre los 18 y 65 años de edad, los cuales fueron ordenados en tres grupos etarios (18-25, 26-45, 46-65 años) en base a la clasificación realizada por el autor Levinson (1986). La primera población estuvo conformada por los pacientes atendidos en el consultorio externo de medicina física que cuenta con 261 atenciones, donde acuden los pacientes a sus terapias de rehabilitación; y respecto a la segunda población estuvo conformada por los pacientes hospitalizados del servicio de cirugía que cuenta con 168 atenciones, donde se encuentran todas las personas que han pasado por algún tipo de intervención quirúrgica y que necesitan estar bajo observación y cuidado de los médicos. Ambas áreas fueron evaluadas durante el mes Noviembre del año 2014.

### Muestra

Se trabajó con una muestra poblacional conformada por 76 pacientes de medicina física y 76 pacientes de hospitalización-cirugía, de los cuales fueron sometidos a criterios de inclusión, exclusión y eliminación quedando en total 62 pacientes de medicina física y 66 pacientes de hospitalización-cirugía quienes participaron voluntariamente en el estudio. Se trabajó con un tipo de muestreo no probabilístico accidental (Apéndice C).

### Criterios de selección

#### Criterios de inclusión.

Pacientes del sexo masculino y femenino con una edad mínima de 18 años y máxima de 65 años.

Pacientes con nivel de instrucción primaria, que le permita comprender y leer las preguntas del cuestionario.

#### Criterios de exclusión.

Pacientes que presenten alguna enfermedad psiquiátrica.

Pacientes que presenten los siguientes diagnósticos médicos de: traumatología (luxaciones, tendinitis) y neumología (neumonía, tuberculosis)

Criterios de eliminación.

Pacientes que marcaron dos veces la misma alternativa del cuestionario.

Pacientes que dejaron sin contestar una sola pregunta del cuestionario.

### Procedimiento

Para poder llevar a cabo la investigación se realizó la visita al Departamento de Desarrollo de la Investigación, donde se solicitó permiso para la ejecución del proyecto en dicha sede, para ello se entregaron los requisitos (ficha de datos, proyecto de investigación, constancias de aprobación del proyecto, carta de solicitud) para presentación de proyectos de investigación; así mismo, se firmó una carta de compromiso para cumplir con las recomendaciones propuestas por el Área de Investigación.

Para la ejecución, se invitó participar voluntariamente al paciente que se encontraba en sala de espera de medicina física, y mediante una breve entrevista se le explicó los objetivos y fines de la investigación así como el proceso de la misma, en el caso de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía se realizaron los mismos procedimientos de manera personalizada ya que no pueden salir del área en donde se encuentran. La entrevista previa, permitió confirmar que los pacientes de ambas áreas, cumplan con los criterios de inclusión y exclusión; así mismo, se tuvo acceso a las historias clínicas para confirmar dichos criterios. Una vez comprendido los fines de la investigación y haber aceptado voluntariamente en el proyecto, se le hizo entrega del consentimiento informado. Luego de haber llenado adecuadamente el consentimiento, se empezó el llenado del Cuestionario Calidad de vida SF-36.

Al terminar de contestar el cuestionario se procedió a revisar que todos los ítems han sido contestados; por último, se les agradeció por su participación.

*Instrumento.*

Cuestionario de salud Sf36 (Apéndice A)

El cuestionario de salud SF36 fue desarrollado a principios de los noventa por el Health Institute, New England Medical Center de Boston Massachusetts a cargo de Ware y Sherbourne en 1992 para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha sido traducido, adaptado y validado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQUOLA) a cargo de Alonso, Prieto & Antó (1995).

El cuestionario de salud SF36 es un instrumento de la calidad de vida relacionada con la Salud (Anexo A), se encuentra dirigido a personas mayores de 14 años, contiene 36 preguntas con una escala tipo likert de cinco puntos, sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de la salud. Para cada dimensión, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (mejor estado de salud) considerando 50 puntos como el promedio; preferentemente debe ser auto administrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica. La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios auto administrados y los administrados mediante entrevista, Vilagut, Ferrer, Rajmil, & Rebollo (2006).

Se usó la adaptación española elaborada por el equipo de Alonso, Prieto y Antó (1995) cuya versión se ha utilizado anteriormente en Lima de manera satisfactoria por Salas (2009), Laos (2010), Torres (2011) y Cárdenas (2011). Este instrumento se adecua mejor a la población de pacientes con una patología crónica, lo cual resulta conveniente para el estudio.

Según Molina (2005), este cuestionario creado por Ware y Sherbourne en 1992, evalúa la calidad de vida a través de las siguientes dimensiones:

**Función física:** Nivel en que la salud limita las actividades físicas como: autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, llevar pesos, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

**Rol físico:** Nivel en que la salud física limita el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo tener un rendimiento menor que el deseado, tener limitaciones en las actividades o dificultad al realizarlas.

Dolor corporal: La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera como dentro de la vivienda.

Salud general: Valoración personal de la salud que incluye: salud actual, perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a la enfermedad que se tiene.

Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Función social: Nivel en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social.

Rol emocional: Nivel en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo la reducción en el tiempo dedicado a ellas, tener menor rendimiento que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.

Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta, y el efecto positivo en general.

Evolución declarada de la salud: Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás. Un mayor puntaje significa que se considera o cree que la salud es mucho peor ahora que hace un año, y un puntaje bajo significa que se considera que la salud actual es mucho mejor ahora que hace un año.

Para obtener los resultados de los ítems se les dio un puntaje en tres pasos:

1. Se le derivó un valor numérico a todos los ítems.
2. Se realizó el cálculo de los ítems que correspondían a cada dimensión y se obtuvo un puntaje por cada uno de ellas.
3. Estos puntajes fueron transformados con una escala de 0 (baja calidad de vida) a 100 (excelente calidad de vida), tomando como punto promedio 50. El puntaje señala la mejor o peor calidad de vida en cada dimensión.

*Validez y confiabilidad.*

Salas (2009) utilizó la versión española 1.4 del cuestionario en la ciudad de Lima en pacientes con dolor crónico, que asistían a sus consultas de control mensual, esta población presentó diversos diagnósticos médicos con dolor crónico y habían recibido distintos tratamientos en diferentes especialidades médicas (rehabilitación, traumatología, neurología, reumatología, etc.), conformada entre las edades 20 a 60 años de edad, dicha población se asemeja al presente proyecto de investigación.

Se realizaron otras investigaciones en la ciudad de Lima por Laos (2010) y Torres (2011) en pacientes con cáncer de mama, Cárdenas (2011) con pacientes de hemodiálisis, en todas las investigaciones las dimensiones de la versión española de la prueba alcanzaron índices adecuados de confiabilidad, dado que todos los valores de consistencia interna se sitúan por encima de 0.7 (Salas, 2009).

La mayoría de los estudios realizados en Lima han presentado una consistencia interna, se evaluó mediante el Alpha de Cronbach, superando el valor mínimo para las comparaciones de grupo (0.7) (Salas, 2009). Las escalas rol físico, función física y rol emocional obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones superaron el valor de 0.90, límite recomendado para las comparaciones individuales (Vilagut, Ferrer, Rajmil, & Rebollo, 2006).

Se realizó la aplicación del instrumento en una muestra y se obtuvo un coeficiente de consistencia interna; Alpha de Cronbach de 0.79, al hacer los análisis de confiabilidad por cada dimensión se encontró que el valor de los coeficientes varían entre 0.75 y 0.82 (Laos, 2010).

La validez del constructo fue evaluada mediante comparaciones de grupo previamente definidos con diferencias esperables en calidad de vida relacionada con la salud, y correlaciones del SF36 con indicadores clínicos y con otros cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud (Laos, 2010).

Así mismo, la validez del SF36 mostró correlaciones altas con otros instrumentos de calidad de vida como el FACT-VCI aplicado para pacientes con tumor de vejiga, encontrándose un índice de 0.79 (Salas, 2009).

Otro estudio utilizó una muestra de 185 pacientes con una posible cardiopatía isquémica, de tal manera que las puntuaciones de las escalas de función física y salud general empeoraban conforme aumenta el número de enfermedades adicionales (comorbilidad) o el número de factores de riesgo, en donde las mujeres mostraron peores resultados en todas las escalas, excepto en la escala de dolor corporal (Vilagut, Ferrer, Rajmil, et al. 2006)

El cuestionario SF36 ha demostrado ser una prueba confiable y válida en diferentes grupos demográficos y de pacientes. En el ámbito latinoamericano, se aplicó a un estudio realizado en Colombia (Lugo, García y Gómez, 2006), en México (Zúniga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek & Medina-Moreno, 1999) y Venezuela (Mendoza, 2007), en donde realizaron distintas investigaciones relacionadas a la calidad de vida. Se pudo llegar a la conclusión que el Cuestionario SF36 se muestra consistente con todos los supuestos de validez y confiabilidad de forma satisfactoria (Laos, 2010).

#### *Aspectos éticos.*

Para llevarse a cabo la presente investigación se tomaron en cuenta los principios fundamentales de la bioética de: autonomía, se elaboró el documento de consentimiento informado, que va dirigido a los pacientes que aceptan con voluntariedad formar parte de la investigación; beneficencia, todos los pacientes tuvieron conocimiento sobre los fines del estudio, riesgos y beneficios que lograrán con su participación; y no maleficencia, que en todo momento se respetó la integridad física y psicológica del participante.

Asimismo, se tomaron en cuenta los principios de: confidencialidad, la información recogida no se usó para otros medios o fines fuera de la investigación, también los resultados fueron codificados usando un número de identificación a la que tendrá acceso solo la investigadora; principio de voluntariedad, la participación en el estudio se dio con absoluta libertad, respetando en todo momento si desea continuar o retirarse de la investigación cuando se considerase; y por último el principio de anonimato, en caso que los resultados lleguen a ser publicados no se mostrará ningún tipo de información que permita identificar al participante.

Los aspectos éticos mencionados, permiten que durante el trayecto de toda investigación se respeten los derechos humanos y la dignidad de la persona; por lo tanto, es importante que cada participante se encuentre bien informado para así poder contar con su permiso y autorización mediante el llenado del consentimiento informado. (Apéndice B)

*Procesamiento y análisis de datos.*

En el presente estudio se realizó el procesamiento de datos con los programas SPSS versión 19.0 y Microsoft Excel 2010.

Para el análisis de datos estadísticos, se usó la prueba Z de Kolmogorov de Smirnov (Apéndice D) a fin de evaluar la normalidad de cada una de las dimensiones de la calidad de vida. Los datos recogidos no presentaron una distribución normal y por ello se aplicó la prueba no paramétrica de U-Mann Whitney para determinar si existe diferencia entre las dimensiones de calidad de vida entre los pacientes de medicina física y los de hospitalización-cirugía. Los resultados se mostraron mediante el uso de tablas.

## Resultados

El análisis estadístico realizado, responde a los objetivos planteados de la investigación y se presentan mediante tablas.

**Diferencias entre las dimensiones de la calidad de vida.**

A continuación, se muestran los promedios por dimensión de cada población estudiada, también se observa que los puntajes obtenidos mediante la prueba U Mann Whitney ( $p > 0.05$ ) por la dimensión Rol físico con un puntaje de 0.043 se evidencia diferencia significativa, las demás dimensiones no lo presentan.

Tabla 1.

*Diferencias entre las dimensiones de la calidad de vida, en pacientes de medicina física y hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014.*

<b>Dimensión</b>	<b>Área</b>	<b>N</b>	<b>Promedio</b>	<b>Valor p</b>
<b>FF</b>	Medicina física	62	69.91	0.108
	Hospitalización-cirugía	66	59.42	
	Total	128		
<b>RF</b>	Medicina física	62	70.41	<b>0.043</b>
	Hospitalización-cirugía	66	58.95	
	Total	128		
<b>DC</b>	Medicina física	62	65.33	0.805
	Hospitalización-cirugía	66	63.72	
	Total	128		
<b>SG</b>	Medicina física	62	66.44	0.566
	Hospitalización-cirugía	66	62.68	
	Total	128		
<b>V</b>	Medicina física	62	66.44	0.560
	Hospitalización-cirugía	66	62.67	
	Total	128		
<b>FS</b>	Medicina física	62	59.81	0.147
	Hospitalización-cirugía	66	68.91	
	Total	128		
<b>RE</b>	Medicina física	62	62.64	0.511
	Hospitalización-cirugía	66	66.25	
	Total	128		
<b>SM</b>	Medicina física	62	68.85	0.197
	Hospitalización-cirugía	66	60.41	

Total	128
Nota: FF=función física, RF=rol físico, DC=dolor corporal, SG=salud general, V=vitalidad, FS= función social, RE=rol emocional, SM= salud mental	

### Diferencias entre las dimensiones de la calidad de vida según el sexo masculino y femenino.

#### Diferencias entre las dimensiones de la calidad de vida en pacientes hombres.

Se observa que la dimensión rol físico por parte de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía, según el sexo masculino, sí presenta una diferencia significativa (0.012). En el resto de dimensiones trabajadas no presentó ninguna diferencia.

Tabla 2.

*Diferencias entre las dimensiones de la calidad de vida, en pacientes hombres de medicina física y hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014.*

	Área	N	Promedio	Valor p	Significancia
FF	Medicina física	23	24,26	0,338	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización-cirugía	21	20,57		
	Total	44			
RF	Medicina física	23	26,59	<b>0,012</b>	<b>Significativo (p&lt;0.05)</b>
	Hospitalización-cirugía	21	18,02		
	Total	44			
DC	Medicina física	23	24,37	0,310	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización-cirugía	21	20,45		
	Total	44			
SG	Medicina física	23	22,61	0,953	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización-cirugía	21	22,38		
	Total	44			
V	Medicina física	23	21,74	0,678	No Significativo (p>0.05)
	Hospitalización-cirugía	21	23,33		
	Total	44			
FS	Medicina física	23	21,20	0,460	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización-cirugía	21	23,93		
	Total	44			
RE	Medicina física	23	21,57	0,559	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización-cirugía	21	23,52		
	Total	44			
SM	Medicina física	23	23,00	0,786	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización-cirugía	21	21,59		

Total	44
-------	----

Nota: FF=función física, RF=rol físico, DC=dolor corporal, SG=salud general, V=vitalidad, FS= función social, RE=rol emocional, SM= salud mental

### Diferencias entre las dimensiones de la calidad de vida en pacientes mujeres.

Las dimensiones en ambas poblaciones estudiadas, no existen diferencias significativas según el sexo femenino.

Tabla 3.

*Diferencias entre las dimensiones de la calidad de vida, en pacientes mujeres de medicina física y hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014.*

	Área	N	Promedio	Valor p	Significancia
<b>FF</b>	Medicina física	39	46,49	0,161	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización cirugía	45	39,04		
	Total	84			
<b>RF</b>	Medicina física	39	43,92	0,559	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización cirugía	45	41,27		
	Total	84			
<b>DC</b>	Medicina física	39	41,67	0,770	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización cirugía	45	43,22		
	Total	84			
<b>SG</b>	Medicina física	39	43,97	0,604	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización cirugía	45	41,22		
	Total	84			
<b>V</b>	Medicina física	39	45,23	0,331	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización cirugía	45	40,13		
	Total	84			
<b>FS</b>	Medicina física	39	38,87	0,185	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización cirugía	45	45,64		
	Total	84			
<b>RE</b>	Medicina física	39	41,29	0,600	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización cirugía	45	43,54		
	Total	84			
<b>SM</b>	Medicina física	39	46,26	0,188	No significativo (p>0.05)
	Hospitalización cirugía	45	39,24		
	Total	84			

Nota: FF=función física, RF=rol físico, DC=dolor corporal, SG=salud general, V=vitalidad, FS= función social, RE=rol emocional, SM= salud mental

### Diferencias entre las dimensiones de la calidad de vida según la edad.

Se encontraron diferencias estadísticas en la dimensión salud general, entre las edades 18-25 y 26-45 años, con un valor probabilístico de 0.049. Para las dimensiones función física y dolor corporal que oscila entre las edades 26-45 y 46-65 años, con un valor probabilístico de 0,060 (función física) y 0,000 (dolor corporal).

Tabla 4.

*Diferencias entre las dimensiones de la calidad de vida, según edad, en pacientes de medicina física y hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014.*

	Edad	Promedio	Significancia	Valor p	Edad	Promedio	Significancia	Valor p
<b>FF</b>	<b>18-25</b>	31,88	No significativo	0,558	<b>26-45</b>	60,34	<b>Significativo</b>	<b>0,060</b>
	<b>26-45</b>	34,90	(p>0.05)		<b>46-65</b>	49,03	<b>(p&gt;0.05)</b>	
<b>RF</b>	<b>18-25</b>	32,50	No significativo	0,646	<b>26-45</b>	56,49	No significativo	0,394
	<b>26-45</b>	34,64	(p>0.05)		<b>46-65</b>	52,05	(p>0.05)	
<b>DC</b>	<b>18-25</b>	32,43	No significativo	0,664	<b>26-45</b>	68,21	<b>Significativo</b>	<b>0,000</b>
	<b>26-45</b>	34,67	(p>0.05)		<b>46-65</b>	42,87	<b>(p&lt;0.05)</b>	
<b>SG</b>	<b>18-25</b>	41,15	<b>Significativo</b>	<b>0,049</b>	<b>26-45</b>	56,67	No significativo	0,428
	<b>26-45</b>	30,96	<b>(p&lt;0.05)</b>		<b>46-65</b>	51,91	(p>0.05)	
<b>V</b>	<b>18-25</b>	37,23	No significativo	0,368	<b>26-45</b>	57,54	No significativo	0,290
	<b>26-45</b>	32,63	(p>0.05)		<b>46-65</b>	51,23	(p>0.05)	
<b>FS</b>	<b>18-25</b>	34,73	No significativo	0,834	<b>26-45</b>	57,71	No significativo	0,253
	<b>26-45</b>	33,69	(p>0.05)		<b>46-65</b>	51,09	(p>0.05)	
<b>RE</b>	<b>18-25</b>	32,43	No significativo	0,612	<b>26-45</b>	55,40	No significativo	0,622
	<b>26-45</b>	34,67	(p>0.05)		<b>46-65</b>	52,90	(p>0.05)	
<b>SM</b>	<b>18-25</b>	36,85	No significativo	0,433	<b>26-45</b>	57,55	No significativo	0,293
	<b>26-45</b>	32,79	(p>0.05)		<b>46-65</b>	51,22	(p>0.05)	

Nota: FF=función física, RF=rol físico, DC=dolor corporal, SG=salud general, V=vitalidad, FS= función social, RE=rol emocional, SM= salud mental

## Discusión

Se obtuvo como resultado que solo existe diferencia significativa en la dimensión rol físico por parte de los pacientes de hospitalización del servicio de cirugía, con un puntaje promedio de 58.95, demostrando que esta población se ha visto más afectada en su salud física para realizar sus actividades diarias o trabajo (caminar, correr, llevar peso, realizar esfuerzos moderados e intensos). Estos resultados son similares a la investigación de Salas (2009) realizada en la ciudad de Lima, la dimensión rol físico presentó la puntuación promedio más baja 58.6 de los participantes, esto quiere decir que más de la mitad percibe que su rol físico se encuentra gravemente deteriorada y siente que su salud física los limita e interfiere en sus funciones diarias. Esto podría deberse que los pacientes hospitalizados, se muestran convalecientes, en espera y en constante atención médica antes o después de realizarse la intervención quirúrgica, esto los lleva a mantener una serie de restricciones para el cuidado de su salud, lo cual no les permite realizar otras actividades. También se debe tomar en cuenta que una vez que el paciente sea dado de alta, necesita seguir con rigurosos cuidados para no generar atrasos en el proceso de recuperación.

Sin embargo, difiere con los autores Linde, Rodríguez y Rodríguez (2012) en el cual señalan que todas las dimensiones: energía, dolor, movilidad, emocional, sueño, social y salud general reflejan una baja calidad de vida, en este caso la movilidad es aquella que permite a la persona ejecutar sus actividades con facilidad, evidenciándose que a los pacientes les resulta dificultoso ejecutar esta dimensión y también las demás.

También se tomó en cuenta que existe cierta tendencia a percibir su salud como regular, y en algunas ocasiones como mala, por esa razón es que el autor Rodríguez-Marin, Pastor y López-Roig (1993) mencionan que la aparición de la enfermedad en la vida de una persona, supone siempre una situación de crisis y deterioro en su calidad de vida. Se sitúan como personas que tienen un mal pasajero y que aliviarán todos sus males pronto; asimismo, se encontró que hay una gran cantidad de pacientes que desconocen sobre su propia enfermedad. Esto genera baja aceptación y bajo cumplimiento en su cuidado, es por eso que muchos de estos pacientes incumplen en su tratamiento y buscan seguir con sus quehaceres dejando de lado su bienestar.

Los enfermos crónicos se encuentran en proceso de adaptación que puede cambiar en el curso de la enfermedad, como se pudo observar en el presente estudio que la dimensión rol físico se encuentra afectada reduciendo de esta manera su sensación de bienestar. Esto es tomado en cuenta por los autores García-Viniegras & Gonzáles (2007), mencionan que uno de los principales objetivos que tiene la atención sanitaria es mantener y mejorar la salud del paciente buscando reducir los síntomas dañinos y dar opciones de nuevos tratamientos que mejoren su vida, entonces es necesario tener en cuenta el bienestar del paciente, debido que la mejora de la enfermedad no solo es importante, si no lograr una vida más funcional y satisfactoria para las personas que aquejan enfermedades crónicas.

Por otro lado, la dimensión rol físico de calidad de vida, es significativa en la población de pacientes hombres hospitalizados del servicio de cirugía, esto podría deberse que al conversar con estos pacientes, se ven como el sustento del hogar, ya que muchos de ellos son padres de familia, o jóvenes que están lejos de casa para buscar un mejor futuro personal, como pagar sus estudios, mejor posición económica, bienes personales, etc. Todas estas responsabilidades, en muchas ocasiones son actividades riesgosas que a largo plazo terminan afectándolos en su salud, a través de un accidente ocupacional o enfermedades inesperadas que se desarrollan por su estilo de vida. Todos estos factores influyen en la visión personal de los varones, en donde no solo se ocupan de sí mismo, es por eso, que la mayoría de pacientes expresaron este temor, de no querer dejar su trabajo a causa de su salud y algunos se mostraron reacios al momento de recibir ayuda médica.

Como lo plantean Rodríguez-Marin, Pastor y López-Roig (1993), que la salud es considerada por las personas como el factor más importante para llegar a una satisfacción personal. Entonces toda enfermedad, sí perjudica su calidad de vida, dado que se muestra de manera repentina e inesperada, o en ciertas ocasiones se vuelve intensa o grave, esto implica que algunos lo experimenten de maneras distintas, sin poder disfrutar de las otras dimensiones que ofrece la calidad de vida.

Por otro lado, la comparación realizada entre las dimensiones de la calidad de vida, según sexo femenino, en ambas poblaciones, no muestra ninguna diferencia significativa, percibiéndose de forma similar todas las dimensiones en ambas poblaciones de estudio. Esto difiere con Linde, Rodríguez y Rodríguez (2012), muestran diferencias estadísticamente significativas en la salud general al tomar en cuenta la variable sexo, las mujeres detectaron

un mayor deterioro que los varones en la salud percibida. Este hallazgo puede estar relacionado que la mayor demanda y utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres, apoyando así una atención médica más frecuente.

En relación a los resultados de las dimensiones de la calidad de vida, según la edad, en los pacientes de consulta externa de medicina física y los de hospitalización en el servicio de cirugía, se pudo observar que para la salud general entre las edades 24-45 años, con un valor de 0,049, es mayor que los de 18-25 años. Esto podría deberse, que al realizar las entrevistas, se encontró que una gran parte de la población que asistían o se encontraban atendidos en el hospital, eran adultos en edad intermedia de 40 a 60 años, por lo tanto, llevaban ventaja sobre los demás.

Esto a su vez difiere con Morales y Esparcia (2008), donde la edad y calidad de vida no fue estadísticamente significativa para el análisis de las personas con una patología crónica no transmisible de los países Chile y España, se tiene en cuenta que la realidad de estos países es distinta a la nuestra, donde las personas adultas jóvenes y de edad intermedia (18 años hasta 60 años), manifiestan mayor desarrollo económico y social en ambas sociedades, también las culturas son distintas, haciendo entender que la persona adhiere otros elementos a su medio, y no uno en peculiar que vendría a ser la salud.

También se encontraron diferencias significativas entre las dimensiones función física con un puntaje de 0.060 y dolor corporal con un puntaje de 0.000 entre las edades 26-45 y 46-65 años, teniéndose en cuenta que los que experimentaron un bajo promedio fueron los de 46 – 65 años de edad. Esto quizá pueda deberse a la diferencia de etapas de vida acorde a las edades, se ve que en un grupo de edad se encuentran adultos jóvenes desde los 26 años y esto sería la causa por el cual experimentarían menos dificultades o dolor en ambas dimensiones mencionadas.

Es importante resaltar que la muestra estuvo conformada por más personas mayores de edad que jóvenes; asimismo, se observó que la mayoría de pacientes asisten por dolencias físicas a causa de la edad o secuelas orgánicas que causaron un daño permanente, por ello adquieren con más facilidad enfermedades y afecciones, se vuelven más sensibles a los cambios dentro de su contexto, todos ellos refieren sentirse menos activos que antes y experimentando constantes atrasos al momento de hacer sus quehaceres.

Esto es semejante al estudio realizado por Linde, Rodríguez y Rodríguez (2012), la asociación entre la edad y la calidad de vida apunta hacia un mayor deterioro a medida que ésta aumenta, señala que las personas más jóvenes reflejan una alta calidad de vida, comparado con personas mayores. Asimismo, obtuvieron que las dimensiones más afectadas fueron dolor corporal y salud general; estos autores hacen referencia que el equipo de profesionales se debe encontrar preparado para atender al ser humano en todas sus dimensiones y así crear mejoras en la calidad de vida de los pacientes, lo cual a su vez influye en su proceso de recuperación, ofreciéndoles un acompañamiento que les permita asumir de manera saludable la situación que experimenta y desarrollar hábitos saludables que los apoyen en el proceso.

Todo esto se puede explicar con lo manifestado por Enriquez (2007) refiere que la calidad de vida es la compleja interacción entre factores objetivos (condiciones externas: salud física, psicológica, social, hábitos saludables, etc.) y subjetivos (valoración que la propia persona hace frente a su vida), ambos factores están compuestas por una serie de características que complementan la calidad de vida de todas las personas. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (como se citó en Morrison & Bennett, 2008) menciona que la calidad de vida se define a partir de las percepciones que tiene un individuo de su posición en la vida respecto a su contexto cultural y el sistema de valores de ese contexto en relación con sus propios objetivos, normas y expectativas, lo considera como un término general que depende de muchos factores que se complementan.

Con esto se quiere dar a entender que la persona al enfrentar algún tipo de proceso por la enfermedad crónica, ya se ven a sí mismo con limitaciones y dificultades para su vida, lo mencionado anteriormente, es lo que acontece en estos pacientes, que los lleva a sentirse insatisfechos con su vida lo cual puede perjudicar las demás dimensiones.

### Conclusiones

Se encontró que existe diferencia significativa en la dimensión rol físico por parte de los pacientes de hospitalización-cirugía con un puntaje de 58.95, sin embargo, las demás dimensiones no mostraron diferencias entre ellas.

Se evidenció que en los pacientes del sexo masculino de hospitalización-cirugía, solo presentó diferencia significativa en la dimensión rol físico, en comparación con los de medicina física.

No se encontraron diferencias significativas entre las dimensiones de la calidad de vida en pacientes mujeres de medicina física y los de hospitalización-cirugía.

Las diferencias significativas encontradas por edades, se evidenció en la dimensión salud general, entre las edades 18-25 y 26-45, también en las dimensiones función física y dolor corporal entre las edades 26-45 y 46-65.

### Recomendaciones

Realizar visitas periódicas por el personal de psicología a cada uno de los pacientes que se encuentren hospitalizados o asistiendo a sus consultas de rehabilitación, para que mediante una entrevista y evaluación completa, se pueda constatar que dimensiones están siendo afectadas y en base a ellas poder reducir el riesgo de verse afectados en su calidad de vida.

Elaborar un plan de trabajo con programas de intervención y prevención con el fin de desarrollar capacidades de control emocional y terapia ocupacional aplicada con fines terapéuticos para que prevenga y mantenga la salud favoreciendo restauración de la función, sustituyendo las deficiencias incapacitantes para conseguir mayor independencia y reinserción posible en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

Brindar atención psicológica inmediata a los adultos de edad intermedia y adultos mayores para contrarrestar los malestares que generan el envejecimiento natural propio de la edad; asimismo, diseñar e implementar grupos de apoyo que favorezcan la calidad de vida, junto con estrategias de afrontamiento y solución de problemas que le permitan enfrentarse día a día.

Educar a los pacientes en relación a los cuidados que deben tener frente a las diversas enfermedades que presenten, en donde también se desarrollen hábitos saludables, acompañamiento del paciente por parte del personal de salud para así hacer frente a situaciones de tensión ocasionadas por la misma enfermedad.

## Referencias bibliográficas

- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Instituto municipal de Investigación médica*. 104, 77-776.
- Cárdenas, P. (2011). *Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de Hemodiálisis*. (Tesis de Licenciado). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. & Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista sonorense de Psicología*. 14(1,2), 3-15.
- Enríquez, M. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Rev haban cienc* (4). Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2007000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002)
- Fernández, G. & Pérez, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Consejo Superior de Investigaciones Científicas*. 5, 117-135.
- García-Viniegras, C. & Gonzáles, V. (2007). Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. *Instituto superior de ciencias médicas de la Habana*. 2(7).
- Recuperado de: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/rhab/articulo\\_rev7/carmen.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/rhab/articulo_rev7/carmen.pdf)
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de Licenciada). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Levinson, D. (1986). A Conception of Adult Development. *American Psychological Association*. 41(1), 3-13.
- Linde, J., Ramírez, N. & Rodríguez, A. (2012). Calidad de vida y salud general percibida de pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Granada, España. *Archivos de medicina*. 12(1), 9-17.
- Lugo, L., García, H. & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del Cuestionario de Calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 24(2), 37-50.

Lugo, L., García, H. & Gómez, C. (2002). Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. 15(2), 96-102.

Mendoza, N. (2007). *Efectos de un programa social sobre el desarrollo social, los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud en población rural venezolana. Validación transcultural de la medida de salud SF-36 en población rural de Venezuela.* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante.

Ministerio de Salud del Perú y Oficina General de Estadística e Informática-OEI. (2009). Mortalidad general en el Perú 2001-2006. 1(1), 2-102.

Molina, R. (2005). La calidad de vida: su importancia y como medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 21, 76-86.

Recuperado de:

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4113>

Morales, A. & Esparcia, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista Interamericana de Psicología*. 42(1), 151-160.

Morrison, V. & Benett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. España: Pearson Prentice.

Rodríguez, J. (2008). *Manual de Psicología Social de la Salud*. España: Síntesis.

Rodríguez-Marin, J., Pastor, A. & Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. 5, 349-372.

Recuperado de: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7199>

Salas, G. (2009). *Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico.* (Tesis de Licenciada). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.

Serrano, G. & Oliva, A. (2013). *Calidad de vida en adultos adultas y mayores.* Madrid: UNED.

Torres, J. (2011). *Relación entre Calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama.* (Tesis de Licenciada). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.

Urzúa, A. & Caqueo-Urizar, A. (2012). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto.* 30(1), 61-71. Recuperado

de:[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082012000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082012000100006&script=sci_arttext)

Veenhoven, R. (2001). Calidad de vida y Felicidad: no es exactamente lo mismo. *Centro científico Editore*. 67-95.

Recuperado de: <http://repub.eur.nl/pub/8770>

Verdugo, M. (2011). *Modelo de Calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. Madrid: INMERSO.

Verdugo, M. & Martín, M. (2002). Autodeterminación y Calidad de vida en Salud mental: dos conceptos emergentes. *Revistas médicas Latinoamericanas*. 25(4), 68-74.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L. & Rebollo, P. (2006). El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencias y nuevos desarrollos. *Red de investigación cooperativa para la investigación en resultados de salud y servicios sanitarios*. 19(2), 135-150.

Vinaccia, S., Quiceno, J. & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*. 28 (2). 366-377.

Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*. 1(2), 125-137.

Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1794-99982005000200002&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1794-99982005000200002&script=sci_arttext&tlng=en)

Zúñiga, M., Carrillo-Jiménez, G., Fos, P., Gandek, B. & Medina-Moreno, M. (1999). Evaluación del estado de Salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública de México*. 41(2), 110-118.

**CUESTIONARIO DE SALUD SF-36  
VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4**

**Edad:****Sexo:****Nº:****INSTRUCCIONES:**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está segura de como responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

-----  
**MARQUE CON UNA "X" UNA SOLA RESPUESTA**

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 \_ Excelente
- 2 \_ Muy buena
- 3 \_ Buena
- 4 \_ Regular
- 5 \_ Mala

-----  
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 \_ Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 \_ Algo mejor ahora que hace un año
- 3 \_ Más o menos igual que hace un año
- 4 \_ Algo peor ahora que hace un año
- 5 \_ Mucho peor ahora que hace un año

-----  
3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un Día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir <i>varios pisos</i> por la escalera	1	2	3
e. Subir <i>un solo</i> piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3

g. Caminar 1 kilómetro o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

Problemas en su trabajo o actividades cotidianas

4. Durante las *4 últimas semanas* ¿ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de su salud física*?

Actividades	SI	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas?	1	2

5. Durante las *4 últimas semanas* ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de algún problema emocional* (estar triste, deprimido o nervioso)?

Actividades	SI	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las *4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 \_ Nada
- 2 \_ Un poco
- 3 \_ Regular
- 4 \_ Bastante
- 5 \_ Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante *las 4 últimas semanas*?

- 1 \_ No, ninguno
- 2 \_ Sí, muy poco
- 3 \_ Sí, un poco
- 4 \_ Sí, moderado
- 5 \_ Sí, mucho
- 6 \_ Sí, muchísimo

8. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 \_ Nada
- 2 \_ Un poco
- 3 \_ Regular
- 4 \_ Bastante
- 5 \_ Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante *las 4 últimas semanas*. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante *las 4 últimas semanas* ¿cuánto tiempo...

Actividades	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Se sintió lleno de fortaleza?	1	2	3	4	5	6
b. ¿Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ¿Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ¿Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ¿Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ¿Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ¿Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 \_ Siempre
- 2 \_ Casi siempre
- 3 \_ Algunas veces
- 4 \_ Sólo alguna vez
- 5 \_ Nunca

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

Actividades	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera.	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5

Apéndice B  
**Consentimiento para participar en un estudio de investigación**

---

**Institución** : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
**Investigadora** : Romina del Carmen Olano Vidalón  
**Título** : Calidad de vida en pacientes de medicina física y hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014.

---

**Fines del Estudio:**

Se le invita a participar en un estudio llamado: Calidad de vida en pacientes de medicina física y hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo 2014.

Se está realizando esta investigación para identificar las dimensiones que deterioran o incrementan la calidad de vida de estos pacientes de ambas áreas, para conseguir una mejor aceptación y adaptación a la enfermedad, ya que todos estos aspectos son aquellos que generan en la persona placer y bienestar personal. Esta investigación es desarrollada por la investigadora de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

**Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda a las preguntas de un cuestionario, que consta de 36 preguntas, con un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos.

**Riesgos:**

No presenta riesgos por participar en este estudio.

**Beneficios:**

Usted se beneficiará con los resultados de una evaluación psicológica para determinar su nivel de Calidad de vida. Si usted desea se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan del cuestionario aplicado.

**Costos e incentivos**

No se le incluirá ningún tipo de costo por participar en la investigación; de la misma manera, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

**Confidencialidad:**

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza la confidencialidad. Si los resultados de este programa son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Uso de la información:**

La información una vez procesada será eliminada.

**Derechos del participante:**

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor llamar a la investigadora Romina Olano Vidalón, teléfono 978781191. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina, teléfono 606200 anexo 1138.

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo en que consiste mi participación en el proyecto, también puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno a mi persona.

---

Participante	Investigadora
Nombre	Nombre
DNI	DNI
Fecha	Fecha
Firma	Firma

---

## Apéndice C

### B1. Comparación de dos proporciones:

$$n = \frac{[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

- ▶ n = sujetos necesarios en cada una de las muestras
- ▶  $Z_{\alpha}$  = Valor Z correspondiente al riesgo deseado
- ▶  $Z_{\beta}$  = Valor Z correspondiente al riesgo deseado
- ▶  $p_1$  = Valor de la proporción en el grupo de referencia, placebo, control o tratamiento habitual.
- ▶  $p_2$  = Valor de la proporción en el grupo del nuevo tratamiento, intervención o técnica.
- ▶ p = Media de las dos proporciones  $p_1$  y  $p_2$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Medicina física

P1 → 0.76

Hospitalización-cirugía

P2 → 0.53

Valo de  $Z_{\alpha}$  y  $Z_{\beta}$

$Z_{\alpha} = 1.96$      $Z_{\beta} = 1.03$

## Apéndice D

### Prueba Z de Kolmogorov-Smirnov

#### Medicina física

		FUNCION FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL
N		62	62	62	62
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	58,07	43.629	50.59	51.89
	Std. Deviation	28,51	35.5192	23.997	16.08
	Minimum	5,0	20.0	1.2	10.0
	Maximum	100,0	100.0	90.0	80.0
	Range	95,0	80.0	88.8	70.0
Kolmogorov-Smirnov Z		0.107	0.394	0.136	0.108
Asymp. Sig. (2-tailed)		0.073	0.000	0.006	0.067

  

		VITALIDAD	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
N		62	62	62	62
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	55.75	69.80	46.55	60.65
	Std. Deviation	23.79	27.85	37.64	23.11
	Minimum	1.2	1.25	20.0	8.0
	Maximum	100.0	100.0	100.0	96.0
	Range	98.8	98.75	80.0	88.0
Kolmogorov-Smirnov Z		0.160	0.219	0.421	0.118
Asymp. Sig. (2-tailed)		0.000	0.000	0.000	0.032

## Hospitalización-cirugía

		FUNCION FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL
N		66	66	66	66
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	47.40	33.33	48.09	51.58
	Std. Deviation	30.98	27.64	27.06	20.24
	Minimum	1.5	20.0	1.2	10.0
	Maximum	100.0	100.0	90.0	92.0
	Range	98.5	5.0	88.8	82.0
Kolmogorov-Smirnov Z		0.155	0.422	0.138	0.115
Asymp. Sig. (2-tailed)		0.001	0.000	0.001	0.094

		VITALIDAD	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
N		66	66	66	66
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	53.26	77.00	56.06	55.70
	Std. Deviation	23.11	25.51	57.99	24.49
	Minimum	10.0	20.0	20.0	12.0
	Maximum	90.0	100.0	400.0	100.0
	Range	80.0	80.0	380.0	88.0
Kolmogorov-Smirnov Z		0.160	0.271	0.339	0.112
Asymp. Sig. (2-tailed)		0.000	0.000	0.000	0.038