

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA**  
**MENCIÓN EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**



**TESIS**

“NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO  
DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE LA  
CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2022”

**AUTOR**

QUICAÑO QUIROZ, ANGELA VERÓNICA

0000-0002-5902-0343

**ASESOR**

Dra. MONTESINOS VALENCIA, CECILIA CLAUDIA

0000-0003-2485-5698

**Para optar el título profesional de:**  
LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA CON MENCIÓN EN TERAPIA FÍSICA Y  
REHABILITACIÓN

**Tacna – 2023**

## **DEDICATORIA**

*A mi madre, por enseñarme a no rendirme, apoyarme en todo momento, por darme ánimos y fuerzas para dar siempre lo mejor de mí.*

*A mis hermanos, mi cuñada y mis sobrinos, porque fueron parte de todo el proceso, acompañándome y enseñándome a seguir siempre mis sueños.*

*A ellos, por ser el soporte que necesitaba.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mi casa de estudios, la Universidad Privada de Tacna, por acompañarme en todo mi proceso de desarrollo y crecimiento universitario y profesional, por permitirme conocer y demostrar mis habilidades en esta hermosa carrera.*

*A mi directora y asesora, Dra. Cecilia Claudia Montesinos Valencia, que, con su dedicación, sus consejos y pautas, nos guio para que mejoremos en nuestras destrezas y seamos grandes Fisioterapeutas, a su vez, gracias por dedicarme su tiempo e interés en mi proyecto de tesis.*

*A todas las personas que estuvieron apoyándome en este largo pero grato proceso.*

*A mi familia, maestros y amigos.*

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Angela Veronica Quicaño Quiroz, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 71530275, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada: “NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2022”

Asesorada por la Dra. Cecilia Claudia Montesinos Valencia, la cual presente para optar el: Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica con mención en: Terapia Física y Rehabilitación.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: 71530275

Fecha: 17/09/2024

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer el nivel de calidad de vida de los pacientes que acuden al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.

Se desarrolló una investigación de diseño epidemiológico- descriptivo, se contó con una muestra de 88 participantes, que fueron pacientes que asistían al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna. Para la obtención de datos necesarios la metodología que se empleó fue la encuesta, por ende, se utilizó una ficha para datos sociodemográficos y se empleó el cuestionario SF-36 (Shirt Form 36 Health Survey) como instrumento para conocer el nivel de calidad de vida relacionado a la salud.

De acuerdo con los resultados obtenidos se pudo evidenciar en el componente físico (38.25) y componente mental (36.22) del cuestionario SF-36 una puntuación media muy baja, siendo más afectada el rango de edad entre 30 a 39 años, presentando mayor riesgo en el sexo femenino. A su vez, las dimensiones integradas en el cuestionario SF-36 con puntuaciones medias más altas fueron salud mental (64.42), vitalidad (60.68) y función social (60.94), por lo contrario, las dimensiones con mayor riesgo fueron rol emocional (10.32) y rol físico (5.11).

El estudio concluyó que el nivel de calidad de vida que presentaron las personas participes de la investigación fue de mala-regular, lo que dependería de factores físicos, sociales y mentales

**Palabras clave:** Fisioterapia; Calidad de vida; salud

LEVEL OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WHO ATTEND THE PHYSICAL  
REHABILITATION SERVICE AT THE HIPOLITO UNANUE HOSPITAL IN THE  
CITY OF TACNA IN THE YEAR 2022

**ABSTRACT**

The objective of this study was to know the level of quality of life of patients who attend the Physical Rehabilitation service at the Hipólito Unanue Hospital in the year 2022.

An epidemiological-descriptive design investigation was developed, with a sample of 88 participants, who were patients attending the Physical Rehabilitation service at the Hipólito Unanue Hospital in the city of Tacna. To obtain the necessary data, the methodology used was the survey, therefore, a form for sociodemographic data was used and the SF-36 questionnaire was used as an instrument to know the level of quality of life. related to health.

According to the results obtained, a very low average score could be seen in the physical component (38.25) and mental component (36.22) of the SF-36 questionnaire, with the age range between 30 and 39 years being more affected, presenting a higher risk in the female sex. In turn, the dimensions integrated into the SF-36 questionnaire with the highest mean scores were mental health (64.42), vitality (60.68) and social function (60.94), on the contrary, the dimensions with the highest risk were emotional role (10.32) and physical role (5.11).

The study concluded that the level of quality of life presented by the participants was poor-regular, which would depend on physical, social and mental factors.

Keywords: Physiotherapy; Quality of life; health

# ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>14</b>
<b>EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>14</b>
1.1    Fundamentación del Problema.....	14
1.2    Formulación del Problema.....	16
1.2.1    Problema general.....	16
1.2.2    Problemas específicos .....	<b>16</b>
1.3        Objetivos de la Investigación.....	16
1.3.1    Objetivo General.....	<b>16</b>
1.3.2    Objetivos Específicos .....	<b>16</b>
1.4    Justificación .....	17
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>19</b>
<b>REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>19</b>
2.1.    Antecedentes de la Investigación.....	19
2.1.1    Internacionales.....	<b>19</b>
2.1.2    Nacionales: .....	<b>24</b>
2.2    Marco Teórico.....	25
2.2.1    Calidad de vida .....	<b>25</b>
2.2.2    Terapia física y rehabilitación .....	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>39</b>
<b>HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES .....</b>	<b>39</b>
3.1.    Operacionalización de variables .....	39
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>40</b>
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>40</b>
4.1    Diseño de la Investigación .....	40
4.2    Ámbito de estudio .....	40
4.3    Población y Muestra .....	41
4.3.1    Criterios de inclusión.....	<b>41</b>
4.3.2    Criterios de exclusió .....	<b>41</b>
4.4    Técnica y ficha de recolección de datos.....	41
4.4.1    Técnica.....	<b>41</b>
4.4.2    Instrumento de recolección de datos .....	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>44</b>
<b>PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS .....</b>	<b>44</b>

5.1. Procedimiento de recojo de datos .....	44
5.2. Consideraciones éticas .....	44
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>45</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>58</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>67</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Dimensiones del cuestionario SF-36.....	28
<b>Tabla 2.</b> Estructura del cuestionario SF-36.....	29
<b>Tabla 3.</b> Operacionalización de variables .....	39
<b>Tabla 4.</b> Ficha técnica del cuestionario SF-36.....	43
<b>Tabla 5.</b> Frecuencia del sexo de los pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.....	45
<b>Tabla 6.</b> Frecuencia de la edad de los pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación física en el hospital Hipólito Unanue en el año 2022.....	46
<b>Tabla 7.</b> Resultado final del nivel de calidad de vida según los componentes físico y mental de acuerdo con el cuestionario SF-36 en pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación Física del Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.....	47
<b>Tabla 8.</b> Nivel de calidad de vida según edad de los pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.....	49
<b>Tabla 9.</b> Nivel de calidad de vida según sexo de los pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.....	50
<b>Tabla 10.</b> Nivel de calidad de vida según lesión o patología de los pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.....	51
<b>Tabla 11.</b> Nivel de calidad de vida de acuerdo con el cuestionario sf-36 de los pacientes que asisten al servicio de rehabilitación física del hospital Hipólito Unanue en el año 2022.....	53
<b>Tabla 12.</b> Resultado final del nivel de calidad de vida de acuerdo a las dimensiones del cuestionario sf-36 en pacientes que asisten al servicio de rehabilitación física del Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.....	54

<b>Tabla 13.</b> Nivel de calidad de vida a través del componente físico según sexo y edad en los pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.....	76
<b>Tabla 14.</b> Nivel de calidad de vida a través del componente mental según sexo y edad en los pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.....	77
<b>Tabla 15.</b> Correlación entre las dimensiones y los componentes físico y mental del cuestionario sf-36 de calidad de vida en pacientes que asisten al servicio de rehabilitación física del Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.....	78

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1.</b> Comparación entre componente físico y mental de acuerdo con el cuestionario sf-36 en pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación Física del Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.....	48
---	----

# INTRODUCCIÓN

Desde años atrás, la rehabilitación física también conocida como fisioterapia se focalizó mucho más en el tratamiento y rehabilitación de personas con alguna alteración motora. No obstante, el hecho de observar más allá, profundizando en la parte epidemiológica, en los cambios de los sistemas de salud, la promoción de la salud y de los abordajes integrales se dio con el propósito de que esta profesión se encuentre más adaptada a lo que necesita la población; de esta forma se propone un modelo diferente o mejorado que integra el accionar y la práctica orientada a mejorar el estado de salud (1).

La infinidad de tratamientos clínicos para diferentes trastornos o lesiones es diversa, siendo uno de los más utilizados el tratamiento fisioterapéutico, este, es de naturaleza multifactorial, lo que implica que interviene en la disminución de la mortalidad y morbilidad, enfatizando la mejora de la calidad de vida, permitiéndoles reintegrarse en la sociedad (2). Para la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT) la fisioterapia es un servicio de rehabilitación a individuos con diferentes padecimientos (envejecimiento, lesiones, dolor, enfermedades, trastornos, etc.) para el desarrollo, mantenimiento y restablecimiento del movimiento y de la capacidad funcional máxima durante la vida (3).

El fisioterapeuta busca la protección de la salud, actuando e interviniendo en las actividades individuales, grupales, domiciliarias, socio comunitarias, y de educación (4).

El presente trabajo de investigación cuenta con un esquema sistematizado en V capítulos en el que:

El capítulo I comprende el desenlace del problema con respecto al nivel de calidad de vida en aquellos pacientes que asisten al servicio de terapia física y rehabilitación en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022, dando lugar a los objetivos del estudio.

El capítulo II aborda la parte teórica de: Evidencia científica y conceptos generales con respecto a la Calidad de vida - Terapia Física y Rehabilitación, siendo parte de los antecedentes y marco teórico.

El capítulo III se conforma por la muestra de variables con las que se trabajó señalando sus indicadores, categorías y escalas respectivas.

El capítulo IV consta de la descripción metodológica utilizada en la investigación, dando lugar a un correcto análisis logrado con el instrumento de recolección de datos, que nos

llevaran a fundamentar el problema principal en aquellos pacientes con respecto a su calidad de vida.

El capítulo V nos permite observar el análisis de los resultados alcanzados estadísticamente y deducir las dificultades que se muestran en los participantes que acuden al área de Rehabilitación física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022, relacionándolo con estudios parecidos que dará como desenlace conclusiones y recomendaciones.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 Fundamentación del Problema

La Organización Mundial de la Salud determina a la rehabilitación como un “Grupo de intervenciones encaminadas a optimar el funcionamiento y disminuir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno” (7).

En el Perú las enfermedades crónicas no transmisibles corresponden a un 58.5% de las enfermedades que corresponden a patologías reumatológicas, neurológicas, cardíacas y respiratorias, existiendo a su vez, un 14.7% de individuos con algún tipo de lesión aguda ocasionada usualmente por accidentes (8).

Mundialmente, se considera que alrededor de 2400 millones de personas, presentan problemas de salud que llegan a mejorar y se benefician con la Rehabilitación, ya sea, en pacientes hospitalizados, en cuidados intensivos, o dados de alta, por accidentes traumáticos, problemas reumatológicos, lesiones neurológicas, entre otros. Dentro de este, alrededor del 50% de personas que integran la población con ingresos bajos y medianos no toman servicios de rehabilitación, y esto ocurre porque en algunos países no se atiende una gran parte de las necesidades en esta área (7,8), siendo perjudicial para la mejora eficaz en las funciones integradas al desarrollo de la vida.

En los últimos 10 años, no se ha logrado progresar de manera suficiente para mejorar la actividad física en el mundo, siendo las personas con alguna discapacidad las que se encuentran entre las poblaciones con menos posibilidades de recibir ayuda necesaria (9). Es así, como lo mencionado se relaciona con el deterioro de la salud, que va resaltado por la enfermedad, los factores relacionados y resultantes de esta (10).

La manifestación de la enfermedad, ya sea, aguda o crónica puede resultar un serio problema para las personas que lo padecen como para la familia, debido al cambio e impacto que da en cada una de las áreas que forman parte de ella.

El efecto que produce la enfermedad no está dirigido a condiciones fisiológicas como un todo, sino al impacto de la afección en la vida cotidiana, el desempeño laboral, en el rol social, abarcando dimensiones físicas, psicológicas y sociales (11).

Existe un sinnúmero de dificultades que aborda una enfermedad, las cuales es necesario conocerlas para lograr abordar la calidad de vida en relación con la salud, comprendiendo las condiciones y el aumento de prevalencias en cada una de ellas.

De acuerdo con el efecto de las enfermedades con respecto a la calidad de vida, se llega a encontrar discrepancias entre los reportes médicos y el de los propios familiares del paciente, ya que, crean una valoración errónea para su vida y para sus propios problemas de salud (12).

El empleo de medición en la calidad de vida abarca una extensa escala de valoraciones, que da la oportunidad de ser incorporado en personas con diferentes tipos de patologías con el fin de obtener diferentes variaciones en el estado de salud, destacando la parte funcional que engloba su salud mental, social y física (13). Dentro de las ventajas psicológicas y sociales que impactan a la salud, aporta en construir una autoimagen positiva, que cede a la integración de actividad física, aspectos sociales, y ambientales, evitando conductas autodestructivas y antisociales, que es a lo que lleva el no poder controlar parte del funcionamiento correcto del organismo (14, 15).

Por lo que el presente estudio, busca identificar el nivel de calidad de vida en los pacientes que asisten al Servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unzué de la ciudad de Tacna en el año 2022.

## **1.2 Formulación del Problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022?

### **1.2.2 Problemas específicos**

**PE 1.** ¿Cuál es el nivel de calidad de vida según los componentes mental y físico en los pacientes que acuden al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022?

**PE 2.** ¿Cuál es el nivel de calidad de vida según su edad y sexo de los pacientes que acuden al Servicio de Rehabilitación física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022?

**PE 3.** ¿Cuál es el nivel de calidad de vida según su patología de los pacientes que asisten al Servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022?

## **1.3 Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1 Objetivo General**

Conocer el nivel de calidad de vida en los pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

**OE1.** Identificar los componentes físico y mental de la calidad de vida en los pacientes que acuden al servicio de Rehabilitación en el hospital Hipólito Unanue en el año 2022.

**OE 2.** Conocer el nivel de calidad de vida según la edad y sexo en los pacientes que acuden al Servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.



**OE3.** Conocer el nivel de calidad de vida según su patología en los pacientes que se presentan al Servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.

#### **1.4 Justificación**

La Salud se define como el íntegro bienestar mental, físico y social, y no solamente la ausencia de alguna afección o enfermedad (16), por ello, resulta importante que la evaluación y el tratamiento fisioterapéutico no estén confinados a factores clínicos que se basan en componentes biológicos (17), ante esto, debe tomarse en cuenta el estado objetivo de la salud, la funcionalidad y su interacción con el medio externo, siendo lo que engloba la satisfacción del paciente en general (18,19,20).

La presente investigación es relevante desde el enfoque epidemiológico, ya que, no existe precedentes o antecedentes en la ciudad de Tacna y los datos obtenidos servirán como base para futuras mejoras en la calidad de servicio brindado en el Hospital Hipólito Unanue.

Los resultados del presente estudio son relevantes desde el área clínica puesto que nos permitirá conocer el nivel de calidad de vida de las personas que se presentan al servicio de rehabilitación física en el Hospital Hipólito Unanue; ya que, busca generar una contribución importante en el conocimiento de este campo, aportando información que contribuirá en la concientización del paciente, la familia y el personal de salud encargada en la atención.

Es sumamente importante conocer los resultados y datos de la investigación desde el punto de vista académico puesto que servirá como base para futuros estudios ejecutados por estudiantes y futuros profesionales de Terapia Física y Rehabilitación.

El estudio se mantuvo dentro de las líneas de investigación del Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad Privada de Tacna y del Hospital Regional Hipólito Unanue, puesto que, se procedió a la recolección de información posterior a la obtención de la firma del consentimiento informado, en la cual los participantes tuvieron conocimiento del estudio, tanto de información relevante como de los objetivos, protegiendo la integridad del participante, su identidad, sin transgredir su salud. Al mismo tiempo la investigadora aseguró mantener la confidencialidad de los datos obtenidos.

El presente estudio es viable, ya que, se contó con el instrumento apropiado, validado y reconocido en el área de Salud para su intervención, a su vez, así mismo se contó con el acceso a la población de estudio situado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, la cual nos aportó información importante, permitiendo nuevas posibilidades para la ejecución de otros estudios o proyectos.

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

#### 2.1. Antecedentes de la Investigación

##### 2.1.1 Internacionales

**Bolaños O., et al.**, su investigación: “Tratamiento neuro rehabilitador y calidad de vida de pacientes con ictus isquémico”, Cuba, 2017. Se propusieron evaluar el tratamiento neuro rehabilitador en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes con ictus isquémico. El estudio fue explicativo cuasi experimental. Se tomó un muestreo de 30 pacientes los cuales fueron entrevistados por medio del cuestionario SF-36, buscando una comparación de los resultados obtenidos al en 30 días de intervención.

De acuerdo con la función física, el rol físico y el dolor corporal fueron las dimensiones más afectadas al inicio de la entrevista la cual se realizó antes de la intervención fisioterapéutica en la que se mostro una puntuación media de 40.7, 55.0 y 59.4, y al finalizar el mes de tratamiento los que presentaron menor significación fueron la vitalidad y la salud general con 66.3 y 77.2. Con ello, se concluyó en que la neurorrehabilitación permitía la mejoría de la calidad de vida en los participantes (21).

**Herrera-Horta G. et al.**, en su estudio: “Quality of life of patients with Parkinson’s disease receiving rehabilitation treatment”, Cuba, 2023. Así mismo el objetivo fue señalar la calidad de vida que presentaban los pacientes con enfermedad de Parkinson que llevaban tratamiento rehabilitador. Fue un estudio observacional, descriptivo y transversal que presento una población de 68 pacientes de los cuales 27 de ellos fueron parte del estudio. Utilizaron el cuestionario SF-36 y el índice de Barthel. Los resultados de este estudio mostraban que la mayoría de las pacientes presentaban edades entre 70 a 79 años, siendo a su vez el sexo masculino (62.9%) el que predominó en esta investigación. Según el índice de Barthel se mostró que la mayoría de los pacientes presentaba dependencia moderada (62.9%). Al aplicar el cuestionario

SF-36 la puntuación más alta la obtuvo la dimensión de función física siendo la de salud general la puntuación más baja. Con ello concluyeron que la rehabilitación f. influye de manera positiva en la calidad de vida (22).

**Plata-Contreras J., et al.,** en su estudio: “Mejoría del dolor, la función y la calidad de vida en dolor lumbar subagudo: ensayo clínico controlado con ejercicio vs. AINES”, Colombia, 2023. Tuvo como objetivo evaluar en los pacientes con dolor lumbar subagudo, la efectividad de una serie de ejercicios confrontado al uso de AINES. Se presentó como un ensayo clínico controlado aleatorio con una muestra de 90 participantes, de los que 46 realizaron el programa de ejercicios y 44 de ellos recibieron un tratamiento con AINES. Al mes, los resultados no mostraron diferencias significativas en el dolor, sin embargo, en el grupo de ejercicios hubo mejora. También se observó que la función física mejoró más en el grupo de pacientes que ejecutaban la serie de ejercicios. El dolor, función y calidad de vida durante los 3 y 6 meses tuvieron resultados positivos en los dos grupos. Con ello llegaron a la conclusión que el ejercicio dio resultados más efectivos que el uso de AINES, mejorando la actividad en aquellos pacientes (23).

**Rugbeer N., et. al.,** en su estudio: “The effect of group exercise frequency on health-related quality of life in institutionalized elderly”, Australia, 2017. Tuvieron como objetivo señalar el impacto de la frecuencia en el entrenamiento grupal sobre la calidad de vida en ancianos institucionalizados. Se trabajó con una población de 100 adultos mayores de los que fueron quedando solo los que tenían de 60 años a más y utilizando un estudio cuasiexperimental, se comparó dos grupos de ejercicios grupales, grupo A (3 veces x semana) grupo B (2 veces x semana), los que desarrollaron el programa en un tiempo de 12 semanas (3 meses), cada clase incluyó calentamiento, ejercicios de fuerza, resistencia, movilidad/ equilibrio, finalizando con una serie de estiramiento y enfriamiento, cabe resaltar que todos los participantes se les realizó evaluación de seguimiento utilizando también la encuesta SF-36. De acuerdo a los resultados se logró una diferencia significativa en la función social y tres veces en los entrenamientos

de 2 veces por semana al igual que mejoro el componente mental, por otro lado realizar 3 veces ejercicio a la semana generó grandes beneficios adicionales en la vitalidad de los adultos mayores. Llegaron a la conclusión, en base a las mejoras observadas en el factor mental y físico, independientemente de la frecuencia de ejercicio (2 veces por semana – 3 veces por semana). El grupo que realizó más días de entrenamiento tuvo mayor beneficio adicional con respecto a la vitalidad, deduciendo que este puede favorecer al adulto mayor a preservar su independencia (24).

**Silva FC., et al.,** en su estudio: “Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabetes tipo II”, España, 2017.

Tuvieron como objetivo poder comparar aquellos efectos que generaba el ejercicio físico de diferente tipo, en un plazo de 24 semanas. De acuerdo con la población seleccionada de 231, un total de 40 personas fueron las integradas en la investigación, debido a los criterios de inclusión. El total de participantes se dividió en tres grupos, los cuales fueron: 1° EA – ejercicio aeróbico (n=11)- 53 sesiones, 2° ER- ejercicio resistido (n=16) – 53 sesiones y 3° EF- ejercicio de flexibilidad (n=13)- 59 sesiones, en el transcurso solo quedaron 8 participantes por grupo, los cuales, fueron los que finalizaron todo el proceso. De acuerdo con los instrumentos usados se consideró el Physical Activity Readness Questionnaire, SF-36. En relación a los resultados el grupo EA y EF aumentó con respecto al componente físico y en el momento pos se mejoró en el dominio mental, se obtuvo diferencias significativas en los dominios de capacidad funcional, vitalidad, y salud mental, para el grupo de EA, y para el grupo ER en los dominios de vitalidad y salud mental. En conclusión, se logró observar mejoras significativas en el grupo de EA (ejercicio aeróbico) en las dimensiones de salud mental, capacidad funcional, vitalidad y en el grupo ER las dimensiones de salud mental y vitalidad. Siendo necesaria e importante la prescripción de ejercicio físico para la examinación efectiva de la patología, resultando la actividad aeróbica la de mayor efecto en la CV de las personas con diabetes mellitus (25).

**Valls Lázaro E., et al.,** en su estudio: “Evolución Emocional y en Calidad de Vida Percibida de Cardiopatas por medio de un Programa de Rehabilitación Cardíaca”, España, 2021. Tuvo como objetivo analizar el predominante y desarrollo de elementos psicosociales tras un control psicológico grupal. El diseño del estudio fue descriptivo en la que se utilizó una muestra de 905 pacientes. De acuerdo con las respuestas obtenidas, estos mostraron una comorbilidad psiquiátrica en 1/3 de la muestra y una CV baja en ellos. Tras el desarrollo del PRC, la mejora emocional fue mayor en los pacientes depresivos-graves, en comparación al grupo de pacientes que no la padecían. Por último, determinaron que la CV mental tuvo mayor prevalencia en la depresión, y la CV física en la ansiedad. De esta manera pudieron reafirmar la existencia del estado emocional ansioso-depresivo en pacientes con alguna cardiopatía, y a su vez los beneficios que se obtienen a través de sesiones grupales de psicología en la cv de aquellos pacientes (26).

**Morais Da Silva G., et al.,** en su estudio: “Quality of life analysis on patients after arthroplasty or lumbar arthrodesis”, Brazil, 2023. Tuvieron como objetivo hacer un análisis retrospectivo con las personas que presentaban una enfermedad degenerativa en los discos presentes en la columna lumbar que pasaron por una intervención de artrodesis o artroplastia lumbar en términos de capacidad funcional y calidad de vida. El estudio fue observacional retrospectivo en el que se analizó las historias clínicas de los participantes. Se evaluó las características presentes en los pacientes, la calidad de vida con el cuestionario SF-36. De acuerdo con los resultados, mostraron que, de un total de 61 participantes, luego de pasar por cirugía pasaron de un 61,4%-64.6% a ser pacientes con invalidez mínima a moderada a un 17.7%-25-6%. Es así como concluyeron que este tipo de procesos produce mayores beneficios en aquellas personas, tanto en la calidad de vida como en la capacidad funcional (27).

**Marcusso Orsini JM., et al.,** en su estudio: “Evaluation of quality of life, depression and satisfaction in patients treated at the Physiotherapy teaching clinic of the State University of Northern Paraná”, Brazil, 2019. Tuvieron como objetivo analizar la satisfacción, la calidad de vida (cv) y cuadros depresivos

en las personas que asistían al área de fisioterapia de la clínica. El diseño del estudio fue transversal, cuantitativa de carácter descriptivo, trabajaron con un total de 61 pacientes, los que respondieron a diferentes instrumentos como el cuestionario SF-36 y el inventario BDI. Sus resultados obtenidos señalaron que el nivel de satisfacción fue excelente en su mayoría, así mismo, con el cuestionario SF-36 dando respuestas ventajosas, generando una percepción asertiva de la CV. Es así que concluyeron que las personas atendidas en el servicio se sienten contentas con el servicio que se les brinda siendo homogénea la opinión positiva que brindaron (28).

**Valverde Mateos M., et al.,** en su estudio: “Evolución y calidad de vida a los 3 meses tras hospitalización por neumonía COVID”, España, 2022.

El objetivo fue medir el progreso y calidad de vida(cv) asociada con la salud en pacientes hospitalizados luego de haber sido dados de alta después de 3 meses por neumonía debido al COVID-19, estimado por el área de rehabilitación del hospital de Fuenlabrada. Obtuvieron datos de 59 pacientes, información obtenida de las historias clínicas electrónicas y de entrevista telefónica 3 meses después de haber recibido el alta hospitalaria. La evolución fue evaluada mientras los pacientes se encontraban hospitalizados, tras el alta, y en los tres meses siguientes. Se les pidió a los participantes del estudio contestar el cuestionario SF-36 y su valoración con respecto a la fisioterapia recibida. Los resultados señalaron que los pacientes presentaron la peor evolución de la neumonía COVID, sin embargo, la fisioterapia intrahospitalaria dio respuesta favorable en la recuperación funcional. Un 84% de los participantes después de los tres meses, presentaron síntomas persistentes, tales como la disnea, cansancio, depresión y ansiedad, dando como respuesta puntuaciones bajas con respecto al cuestionario SF-36. La conclusión a la que llegaron fue que la mayoría de los pacientes que necesitan de rehabilitación en este tipo de procesos, presentan signos perennes y muestran un desgaste en su salud con respecto a la Cv (29).

### 2.1.2 Nacionales:

**Paullo K., et al.**, en su estudio: “Nivel de funcionalidad y calidad de vida en población rural de adultos mayores en un centro integral para adulto mayor en Lima, Perú”, Perú, (2022).

Tuvo como objetivo señalar la relación de la calidad de vida (cv) en los adultos mayores con su nivel de funcionalidad en el Centro Integral para el Adulto Mayor, San Antonio de Huarochirí. Este, fue un estudio observacional, analítico de corte transversal, en el que se usó como instrumento el cuestionario SF-36 para la calidad de vida y el índice de Barthel para evaluar la funcionalidad. Participaron 156 personas, donde el 61.5% eran participantes mujeres, y la edad media 71.9 años. Los resultados que mostraron en relación a la cv fue donde el 57.1% presentaba una percepción de la cv malo y el 42.9% una mejor cv, de acuerdo con su funcionalidad 48.1% presentaba dependencia moderada y el 32.7% mostraba ser independiente. Concluyendo que el nivel de cv aumentaba, cuando existía mejor nivel funcional (30).

**Granados Carrera J.**, en su investigación: “Efecto de la rehabilitación en la calidad de vida de personas con lesión medular”, Perú, 2020.

Tuvo como objetivo especificar el resultado de sesiones de fisioterapia en pacientes con lesión medular con respecto a su calidad de vida. La investigación fue de tipo analítico, observacional, prospectivo y longitudinal, en el que se trabajó con personas que presentaban el diagnóstico, ya sea, una lesión medular completa o incompleta, considerándose ambos sexos y entre las edades de 14 y 80 años, siendo el tiempo de la lesión menor a 10 años. De acuerdo con el método, se trabajó con una población de 65 participantes las cuales firmaron un consentimiento en el que estaban de acuerdo con lo ejecutado en la evaluación. El instrumento base para esta investigación fue el cuestionario SF-36. De acuerdo con el tratamiento fisioterapéutico, se evaluó el control postural y actividades funcionales, y se organizó de la siguiente manera: Atención médica en las 24 horas del día, plan de terapia física, deportiva y respiratoria de lunes a sábado.



Esto generó que la calidad de vida de los pacientes con respecto a los componentes físico y mental mejoraran, por otro lado, también se rescató que el deporte adaptado intervenía asertivamente en el bienestar y funcionalidad. Dando como finalidad que el tratamiento respondiera positivamente en la CV de personas con LM (31).

## **2.2 Marco Teórico**

### **2.2.1 Calidad de vida**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como calidad de vida como la apreciación que tiene un individuo sobre su situación en la vida en el contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con relación a sus objetivos, estándares, perspectivas y problemas. Se considera una idea extensa que se usa para poder valorar aquellas condiciones de la vida que una persona o comunidad posee, valorando su salud física, su nivel de independencia, el estado fisiológico que padece, sus relaciones sociales y sobre todo su relación con el entorno (32). “Calidad de vida” término que hoy en día es bastante común. Anteriormente este término hacía mención del hombre cuando este se relacionaba de forma socioeconómica, o también cuando un país se desarrollaba económicamente, remontándose a muchos años atrás posteriores a la segunda guerra mundial. Años más tarde el término se tomó en cuenta de manera más extensa, ya que, implicaba el estado socioeconómico, educación o el tipo de vivienda, es así, como psicólogos empezaron a plantear que existían mediciones subjetivas que podían explicar en mayor proporción lo que englobaba la “calidad de vida” los cuales integraba la satisfacción, la felicidad, la comodidad, entre otros. Es por ello por lo que existe una extensa variedad de definiciones que se relacionan con el término Calidad de vida. Ferrans señala a la cv como la sensación de confortabilidad personal, derivada de la satisfacción o insatisfacción en puntos considerados significativos para cada uno de ellos.

Haas señala a la calidad vida como una evaluación multidimensional en la que se basa en circunstancias individuales de la vida en un contexto cultural y valórico al que se pertenece (34).

Hornquist define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural (35).

De esta manera se puede considerar como es que no existe una definición exacta de lo que conocemos como calidad de vida, pero, Ardila plantea una definición en la que señala a la cv como una situación de satisfacción, generada por la realización de habilidades y aptitudes que presenta la persona (36).

### **2.2.1.1 Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**

Es aquella que muestra o hace referencia a la salud del individuo, aportando información relevante para evaluaciones clínicas y correcta toma de decisiones terapéuticas (31). De esta manera es que se hace presente en los cuidados sanitarios siendo esencial velar por el bienestar del paciente siendo un punto importante que debe considerarse tanto el tratamiento como en la subsistencia de la vida.

De acuerdo con Achury, et al., esta se transforma en un pilar importante que nos concede:

- Reconocer aquellos errores que se generen en la implementación de los programas terapéuticos.
- Descubrir diversas alteraciones que afectan el estado funcional del paciente.
- Generar mayor seguridad en el paciente.
- Señalar de manera temprana los cambios que pueden producirse en las diferentes dimensiones que engloban al paciente (física, emocional y social) las cuales nos permitirán enfocar mejor los objetivos del tratamiento, las intervenciones, mejorando a la par el autocuidado del individuo para los cambios en el estilo de vida.
- Determinar el estado de salud y funcional al inicio y al final de las intervenciones, al igual que su nivel de satisfacción al

culminar todo el tratamiento fisioterapéutico basándose en los objetivos planteados.

- Nos permitirá mejorar y fortalecer en base a la calidad y eficacia los programas de rehabilitación, para que los fisioterapeutas y profesionales de la salud tomen medidas más adecuadas y razonables. Es así como disminuirá reingresos, hospitalizaciones, estancias hospitalarias, y consultas ambulatorias.
- Fomentar a todos los profesionales de la salud el uso de herramientas favorables (37).

### **2.2.1.2 Medición de la calidad de vida**

#### **2.2.1.2.1 SF-36**

El cuestionario SF-36 se desarrolló en los años 90, en el país de Estados Unidos con el fin de utilizarse en estudios médicos. Mostrándose muy útil para medir y evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), de esta forma se pudo observar la carga que conlleva diferentes tipos de enfermedades siendo comparadas.

El cuestionario fue evaluado en más de 400 artículos, comprobando sus propiedades psicométricas eficientes, siendo uno de los instrumentos que muestren mayor potencial en relación con la CVRS.

Se conforma de 8 dimensiones, la cual se muestra en la **Tabla 1.**, así mismo, integra una pregunta que compara el estado de salud de hace un año con el estado actual del paciente, la cual nos permite obtener información importante en base a la percepción del paciente entrevistado.

Según el cuestionario SF-36 este se conforma por 36 preguntas que darán respuesta positiva o negativa de la salud del paciente **Tabla 2.** (38)

**TABLA 1.** Dimensiones del cuestionario SF-36

<b>Dimensión</b>	<b>Definición</b>
<b>Función Física</b>	Grado de limitación en relación con la actividad física, correr, llevar peso, caminar, etc.
<b>Rol físico</b>	Grado de dificultades en la ejecución de actividades, bajo rendimiento, etc., en relación con lo físico.
<b>Dolor corporal</b>	Nivel en el que el dolor y su intensificación, fuera y dentro de casa, o en el trabajo.
<b>Salud general</b>	Integra la perspectiva de la salud en vista del paciente.
<b>Vitalidad</b>	Vivacidad y ánimo frente al cansancio y agotamiento.
<b>Función Social</b>	Nivel que se encuentra afectado tanto la salud emocional como física entorno al ambiente social.
<b>Rol emocional</b>	Grado en el que diferentes problemas emocionales pueden causar algún efecto negativo en las diferentes actividades.
<b>Salud Mental</b>	Integra la ansiedad, la conducta, la depresión y la salud mental en general.

Fuente: Cuestionario SF-36

**TABLA 2.** Estructura del cuestionario SF-36

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>Nº ÍTEMS</b>	<b>PEOR PUNTUACIÓN 0</b>	<b>MEJOR PUNTUACIÓN 100</b>
<b>Función física</b>	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas.	Realiza cualquier tipo de actividad sin problema alguno.
<b>Rol físico</b>	4	Problemas con el área laboral y otras AVD debido a su salud física	No existe problemas con lo laboral u otras AVD.
<b>Dolor corporal</b>	2	Dolor excesivo que genera limitaciones.	No existe dolor ni limitaciones.
<b>Salud general</b>	5	Estima su propia salud como mala y tiene la idea de seguir empeorando.	Valora su salud como muy buena.
<b>Vitalidad</b>	4	Se siente fatigado y agotado la mayor parte del tiempo.	Se siente muy enérgico la mayoría del tiempo.
<b>Función social</b>	2	Limitación con las actividades sociales en respuesta a complicaciones físicas o emocionales.	Realiza las actividades sociales sin limitación por dificultades emocionales o físicos.
<b>Rol emocional</b>	3	Complicaciones con lo laboral y AVD por problemas emocionales.	No existe dificultades en la parte laboral ni AVD producida por complicaciones emocionales.
<b>Salud mental</b>	5	Sensación de melancolía e intranquilidad la mayor parte del tiempo.	Sensación de alegría, serenidad y paz continuamente.
<b>Ítem de transición de salud</b>	1	¿Cree que su salud en general a empeorado a comparación de hace un año?	¿Cree que su salud actualmente es mucho mejor que la de hace un año?

Fuente: Ware JE, Kosinski, Keller SD. 1994

## 2.2.2 Terapia física y rehabilitación

Desde años atrás la fisioterapia se centraba en el tratamiento y rehabilitación de *pacientes* que presenten algún tipo de alteración motora (39).

Pero en la actualidad se busca que esta profesión se incorpore en la ejecución direccionada a la salud, sin darle un enfoque único a la discapacidad.

Las actividades terapéuticas integran en el tratamiento, ejercicios, estrategias compensatorias, apoyo psicosocial, educación y entrenamiento. Es así como en todos los procesos terapéuticos se busca promover la integración, la participación social y sobre todo la mejoría de la CV. Señalando como objetivo fundamental el optimizar las capacidades de cada paciente.

El evaluar las AVD es de mucha importancia, ya que, nos ayuda a orientar los objetivos que se relacionen con la independencia y autonomía de los pacientes, teniendo gran impacto en la calidad de vida.

Un programa de rehabilitación se realiza de 2 a 3 veces por semanas, teniendo tiempos de finalización variable, ya sea, períodos cortos como 2 o 3 meses o puede llegar a extender 1 año a más, dependiendo de la capacidad mejora funcional que logro el paciente (40).

### 2.2.2.1 Principales especialidades de la fisioterapia

- **Fisioterapia Ortopédica:** Se relaciona con el sistema musculoesquelético. Se basa en lesiones o problemas como fracturas, esguince, recuperación post operatoria, lumbalgias, etc.
- **Fisioterapia Neurológica:** Una de las más importantes creada específicamente para personas que necesiten apoyo en la restauración neurológica, como en la enfermedad del Parkinson, Ictus, Parálisis Cerebral, etc.
- **Fisioterapia Cardiorrespiratoria:** Relacionada a problemas del sistema cardiovascular y respiratorio, buscando aumentar la resistencia de los órganos involucrados, como en las Arritmias, cardiopatías, asma, etc.
- **Fisioterapia Geriátrica:** Enfocado en personas adultas mayores que necesitan ayuda a la mejora de su movilidad y condiciones de

vida, que también se pueden ver afectadas por una enfermedad como la artritis, osteoporosis, lesiones por caídas, etc. (41).

#### **2.2.2.2 Componentes del tratamiento de rehabilitación funcional:**

- **Terapéutico:** Se basa en el empleo de diferentes métodos que controlen el dolor, que mejoren la parte funcional, integrando también las actividades de autocuidado, la adaptación de tareas y la función independiente.
- **Educativo:** Busca la fortaleza del paciente, enfatizando las habilidades de autocuidado, y a su vez integrando un programa para reconocer precozmente diversas complejidades.
- **Psicosocial:** Aquí busca fortalecer y mejorar diferentes puntos psicoemocionales del individuo y su entorno, identificando el problema y el impacto que genera, para realizar alternativas que logren resolver la situación de conflicto. De esta forma se apoya al paciente y a la familia enseñándoles a tomar en cuenta recursos que ayuden adaptarse a la dificultades y retos (42).

#### **2.2.2.3. Epidemiología y patologías más frecuentes:**

##### ▪ **Tendinopatías**

Cuando nos referimos a tendinopatía, señalamos a una lesión crónica de la estructura del tendón, la cual conlleva en la mayoría de los casos en ocasionarse por el excesivo uso de este, se basa, en sentir dolor, presentar hinchazón y pérdida de la funcionalidad.

Se clasifica según su cronología en:

- **AGUDOS:** Síntomas presentes de 0 a 6 semanas
- **SUBAGUDOS:** Síntomas presentes de 6 a 12 semanas.
- **CRÓNICOS:** Síntomas presentes de 12 semanas a más.

##### ○ **Epidemiología:**

Las lesiones de tendón son muy comunes en deportistas en un aproximado del 40-50% como, bailarines, gimnastas, atletas,

voleibolistas, futbolistas, basquetbolistas, etc., ya que, implica fuerza, tensión y estrés incrementando el riesgo de lesionarse. También suele presentarse en personas entre los 35 a 60 años (43).

De acuerdo con el sexo, las mujeres presentan mayor predominancia a lesionarse, debido a la mayor cantidad de grasa, y menor fuerza y masa muscular.

- **Fractura**

Es la discontinuidad ósea en un segmento del cuerpo, dañando el espesor de todo el hueso y periostio.

- **Epidemiología:**

En relación con los jóvenes se considera la primera población que sufre de fracturas, siendo más frecuente en personas del sexo masculino debido a la mayor cantidad de actividad física que realizan siendo en algunos casos movimientos más bruscos.

Hablando de personas de edad avanzada, se los considera como la segunda población con mayores probabilidades de riesgos de fractura, siendo más frecuente en mujeres, ya que, sufren mayores descalcificaciones en diferentes segmentos óseos.

Por otro lado, en la población de niños, las fracturas se dan en menor proporción debido a la presencia de mayor flexibilidad en los huesos y el mayor grosor que presentan en el periostio.

Los huesos más afectados frecuentemente son los del miembro superior como, metacarpianos, muñeca, antebrazo, húmero parte proximal, por otro lado, en miembro inferior se da más en cadera y tobillo.

- **Tipos de fractura**

- **Tallo verde:** La línea de la fractura empieza de forma transversal con respecto al eje longitudinal del hueso, y



al ubicarse en el medio la dirección de la línea de fractura cambia su dirección llegando a ser paralelo al eje del hueso, pero sin haber separación de fragmentos óseos. Mayormente se encuentra en niños.

- **Transversal:** La línea de fractura cruza todo el hueso de manera transversal al eje longitudinal (perpendicular al hueso). Mayormente vista en adultos.
- **Ala de mariposa:** La línea de la fractura al ubicarse en el medio se divide en dos líneas oblicuas, lo que produce un tercer fragmento.
- **Oblicua:** La línea de la fractura se presenta en todo su recorrido de forma oblicua al eje longitudinal del hueso.
- **Espiroidea:** Línea de fractura en forma de espiral ubicado en todo el eje longitudinal del hueso (44).

- **Lumbalgia:**

Es un síndrome doloroso que se encuentra en la parte baja de la espalda, entre el borde inferior de las últimas costillas, con o sin irradiación en ambas piernas. La lumbalgia ha sido considerada como la enfermedad del siglo XXI.

A causa de la lumbalgia, las condiciones asociadas a la calidad de vida del que la padece disminuyen considerablemente. Una vez que esta dolencia se presenta, afectará notoriamente en su vida cotidiana (45).

- **Epidemiología:**

Un 80% de la población presenta dolor lumbar en alguna etapa de su vida (mayormente jóvenes adultos, adultos y adultos mayores).

En el área de trabajo el dolor lumbar genera absentismo de este, siendo reconocido en segundo lugar, provocando a su vez que sea el 25% de accidentes de trabajo.

La lumbalgia genera un nivel de incapacidad relevante en personas menores de 45 años.

De acuerdo con su prevalencia por año, podemos decir:

- Lumbalgia aguda: 14.7%
- Lumbalgia crónica: 7.7%
- Acompañado de actividades laborales: 50%
- Lumbociática: 1.5-2%
- Personas mayores de 50 años: 18.23%
  - o Hombres: 16.3%
  - o Mujeres: 19.8%
- En un porcentaje del 90% mejoran después de los 6 meses, y un 5% no mejorará o presentarán problemas sistémicos graves (46).

▪ **ACV:**

Accidente cerebro vascular, que presenta una modificación negativa en la vascularización del SNC, provocando inestabilidad en el ingreso de O<sub>2</sub>, causando una disfunción focal del tejido cerebral.

- o El ACV se clasifica en:
  - **ACV Isquémico:** este se genera por un cierre de un vaso arterial, generando una disminución de la circulación sanguínea.
  - **ACV Hemorrágico:** Se refiere a una ruptura de vasos sanguíneos produciendo acumulación hemática en el interior del parénquima cerebral (47).
- o **Epidemiología:**

Se figura hasta un 12% de mortalidad en países desarrollados, hallándose como tercer motivo de muerte y primero de invalidez. (48).

#### 2.2.2.4. Tratamiento en la rehabilitación física

- **Agentes físicos:**

Utilizados en los pacientes para apoyar con el tratamiento, integrando energía y otros elementos (49).

- **Terapia superficial:**

- **Crioterapia:** Considerada a la intervención terapéutica con frío.
- **Compresas de gel:** Mayormente hechas de una solución salina y gelatina cubiertas de vinilo, su composición permite que se mantengan a temperaturas bajas de 0 a 5 °C (50).
- **Masaje con hielo:** Para su ejecución se congela un vaso con agua para luego retirar la base y utilizar el hielo realizando movimientos circulares en la zona lesionada 3 a 5 segundos (50).
- **Termoterapia:** Considerada a la intervención terapéutica de calor.

- **Compresa húmedo caliente:**

Las más usadas son las de bentonita, hechas de un gel de sílice hidrofílico que se encuentra cubierto con un tejido de lona. Se mantienen en agua a temperaturas altas que van de 70 y 75 °C al interior de una máquina con un diseño concreto que se encuentra activo la mayor parte del tiempo (50).

Con respecto al tiempo de aplicación, este es de 20 minutos aproximadamente. Si en caso existe sensación de dolor o quemazón se deberá suspender durante el tratamiento.

- **Parafina:**

Considerada parte de la termoterapia. En la parafina, utilizamos la cera que se combina con aceite mineral (en 6:1 o 7:1) generando una disminución de la temperatura de fundición de 54 °C a un valor entre 45 y 50 °C. A este nivel de temperatura, la parafina puede ser adaptada de forma segura sobre la piel, ya que, el calor específico y la conductividad térmica que presentan son bajas (50).

Dentro de sus técnicas encontramos: Remojo-envoltura (10-15 min), remojo – inmersión (20 min) y aplicación (20 min).

○ **Terapia profunda:**

▪ **Ultrasonido:**

La energía ultrasónica que se utiliza para generar cambios en los diferentes tejidos de nuestro cuerpo produciendo efectos térmicos y mecánicos se le conoce como ultrasonido terapéutico.

Por ello para cada patología diferente que se presenta, dependiendo en el estadio que se encuentra y a su variedad de uso, se desarrollaron variedad de protocolos que interfieren en la potencia, la frecuencia y el ciclo de trabajo.

**La frecuencia**, esta puede encontrarse de 700 kHz a 3 MHz las cuales están delimitadas por la penetración y profundidad a la que llega a los tejidos.

- **Frecuencia Alta:** 3MHz, penetración baja (2- 3 cm), indicado mayormente para tratamientos superficiales.
- **Frecuencia Baja:** 1MHz, penetración alta (5 cm), usada en tratamientos profundos.

**La potencia**, el valor de acuerdo con este punto no debe sobrepasar los 3W/cm<sup>2</sup>.

**Ciclo de trabajo**, refiere al tiempo en que el transductor difunde periódicamente, los porcentajes es la manera en la que podemos medirla y con respecto al tiempo de emisión se detalla en milisegundos.

- **Ultrasonido continuo:** Usado en la termoterapia profunda para estructuras periarticulares como también tendinosas.
- **Ultrasonido pulsado:** Se usa para procesos inflamatorios, dolor y edema, debido a su carencia de efecto térmico (51).

- **Electroterapia:**

Es una estimulación de energía que busca aligerar inflamaciones, sensación de dolor y agilizar el proceso de cicatrización. Es usado a través de electrodos, generando un estímulo transcutáneo de nervio, y de tejido blando y duro (52).

Una de las corrientes más comunes es el TENS, que aporta sensación analgésica, debido a la famosa “Teoría de la compuerta” (53).

- **Magnetoterapia:**

Es un procedimiento en donde la máquina trabaja en contacto con el organismo a través de ondas magnéticas pudiendo ser variable o constante con bajas frecuencias, sirve para aliviar el dolor, disminuir inflamaciones, y para agilizar procesos regenerativos. Tiene grandes ventajas, su uso es sencillo y con un eficaz poder. (54).

- **Dosificación**

- E. Agudo: Fr: <50 Hz, I: 40-100 Gauss T: 20-30 min
    - E. Crónico: Fr: >50 Hz I: <40 Gauss T: 30-60 min

- **Terapia manual:**

Son técnicas usadas para controlar el dolor y otras complicaciones producto de disfunciones neuro-musculoesqueléticas, de diferentes partes del cuerpo. Son caracterizadas por emplearse de forma manual, a su vez también se pueden aplicar de manera instrumental (55).

- **Hidroterapia**

Es la aplicación del agua, en el tratamiento de disfunciones físicas y psicológicas. Su aplicación puede ser externamente, también se puede realizar con la inmersión de todo el cuerpo o de un segmento de este, existe también rociando o vertiendo sin la necesidad de la inmersión (50).

- **Terapia kinésica**

Tratamiento de patologías que se realizan por medio del movimiento o de un conjunto de ejercicios terapéuticos con el objetivo de mantener las capacidades físicas del paciente (56). Es necesario, que, a su vez, se acompañe de la mecanoterapia, aplicándose de forma activa o pasiva, y proporcionando de esta manera efectos fisiológicos de las movilizaciones locales y generales.

Para ello es necesario tener en cuenta:

- Posición del fisioterapeuta
- Confianza del paciente
- Atención al dolor
- Desarrollo y progreso del tratamiento

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

#### 3.1. Operacionalización de variables

**TABLA 3.** Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA
Calidad de vida SF-36	<b>Indicadores de:</b> Función física Desempeño Físico Dolor físico Salud general	Bueno Regular Malo	Ordinal
	<b>Indicadores de:</b> Vitalidad Función social Desempeño emocional Salud mental Cambio de salud	Bueno Regular Malo	
Factores Epidemiológicos	Edad	18 a 19 años 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años 60 a 69 años 70 a más	Intervalo
	Sexo	Femenino Masculino	Nominal
	Patología o Lesión	Fracturas Tendinopatías Lumbalgias ACV Otros	Nominal

Fuente: Elaboración propia del autor

# CAPÍTULO IV

## METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1 Diseño de la Investigación

#### 4.1.1 Nivel

El presente estudio es de nivel descriptivo, se abordó la variable de estudio a fin de describir la prevalencia del nivel de Calidad de Vida.

#### 4.1.2 Diseño

Al estudio se le consideró como una investigación con diseño epidemiológico-descriptivo, ya que, se realizó el análisis de una variable “Calidad de vida”.

#### 4.1.3 Tipo de investigación

- Según la intervención del investigador: Observacional
- Según la planificación de la toma de datos: Prospectivo
- Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio: Transversal.
- Según el número de variables de interés: Descriptivo

### 4.2 Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna (HHUT) que fue inaugurado el 28 de agosto de 1954. Se encuentra ubicado en calle Blondell S/N de la provincia de Tacna. Este hospital está conformado por una dirección ejecutiva, la cual tiene una oficina de administración, una de planeamiento estratégico, y 15 departamentos **de** las diferentes áreas ( Dpto. de pediatría, medicina, cirugía patología clínica, enfermería, farmacia , salud mental, entre otros) (58).



### **4.3 Población**

La unidad de estudio correspondió a las personas que asistieron al área de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna en el año 2022 en los meses de Setiembre- Octubre, el universo constó de 114 pacientes y la población se conformó de un total de 88 pacientes cumpliéndose con los criterios tanto de inclusión y exclusión. Por las características específicas de la población se recurrió a un muestreo no probabilístico, optando por una muestra por conveniencia.

#### **4.3.1 Criterios de inclusión:**

- Pacientes mayores de edad de sexo femenino o masculino
- Pacientes que realizaron terapia física.
- Pacientes que deseen participar en el estudio.

#### **4.3.2 Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no hayan aceptado firmar el consentimiento informado.
- Pacientes diagnosticados con alguna enfermedad terminal.

#### **4.3.3. Limitaciones del estudio:**

- No se pudo realizar la investigación en el Seguro Social de Salud EsSalud y en otros centros de salud, por motivos de permisos referentes y por la presencia escasa de pacientes.

### **4.4 Técnica y ficha de recolección de datos**

#### **4.4.1 Técnica**

Para el presente estudio se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta; una encuesta se considera una técnica que usa un grupo de medios específicos para el estudio, para el recojo, y análisis de una serie de datos obtenidos por medio de una población que se desea explorar, dando la facilidad de determinar una serie de características obtenidas (59).

#### **4.4.2 Instrumento de recolección de datos**

En el siguiente trabajo de investigación el instrumento que se utilizó fue el cuestionario; al cuestionario se le considera a un grupo de preguntas o interrogantes con respecto a las variables que se desean evaluar dentro del estudio, teniendo presente las necesidades y el problema de investigación (60), obteniendo de esta manera los datos esenciales que precisen el objeto de estudio. Se optó por el cuestionario SF-36, el cual se encuentra validado para identificar el nivel de calidad de vida en relación con la salud. Ha sido uno de los instrumentos usados internacionalmente, se basa en una escala de Likert que va desde 2 a 6 alternativas por pregunta. La valoración con la que se representó la percepción del nivel de calidad de vida fue con las siguientes puntuaciones: Malo (0-33), Regular (34-67), Bueno (68-100).

Se trata de un cuestionario que presenta 36 ítems agrupados en ocho dimensiones, a su vez, se conforma de dos componentes (mental y físico) en la que se encuentran distribuidas las diferentes dimensiones (38).

**TABLA 4.** *Ficha técnica del Cuestionario SF-36*

<b>NOMBRE</b>	Cuestionario SF-36 (Versión 2.0)
<b>CREACIÓN</b>	Estados Unidos por Ware y Sherbourne 1992 para el Estudio de los Resultados Médicos.
<b>TRADUCCIÓN</b>	Este cuestionario ha sido traducido y utilizado en distintos idiomas (Ware, et. al., 1992; Zúniga, et. al., 1999; Villagut, 2005)
<b>ÍTEMS</b>	Presenta 36 ítems que reconocen estados positivos como negativos en relación con la salud.
<b>EDAD DE ADMINISTRACIÓN</b>	El cuestionario está hecho para evaluar a personas que tengan mayor de 14 años en adelante, lo que nos permite que por preferencia esta prueba sea autoadministrada, pero también se permite la resolución de la prueba por medio de entrevista.
<b>DIMENSIONES</b>	Contiene 8 dimensiones, las cuales son: 1. Funcionamiento físico 2. Rol físico 3. Dolor corporal 4. Salud general 5. Vitalidad 6. Funcionamiento social 7. Rol emocional 8. Salud mental
<b>PUNTUACIÓN</b>	*Peor puntuación - 0 *Mejor puntuación - 100
<b>PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS</b>	El cuestionario presenta una confiabilidad de $\alpha=0.932$

#### **VALIDACIÓN EN EL PERÚ**

Fuente: Elaboración propia del autor

## **CAPÍTULO V**

### **PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS**

#### **5.1.Procedimiento de recojo de datos**

Se mostró para su aprobación el consentimiento informado a las personas que participaron del estudio, posteriormente se proporcionó el cuestionario SF-36 de manera presencial de forma independiente por el investigador, la cual se tomó en cuenta acorde al análisis. Luego de ello, la información y datos obtenidos se conservaron y agruparon en una base de datos usando Microsoft Office Excel 2020. Para la evaluación de la información almacenada se requirió el programa estadístico IBM SPSS Statistics para Windows 26.0 para obtener las estadísticas requeridas para el estudio.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos, los que fueron observados y leídos de manera práctica y didáctica con el propósito de abordar la problemática planteada y alcanzar los objetivos del estudio.

#### **5.2.Consideraciones éticas:**

Se aseguró que los participantes pudieran decidir libremente si querían participar en el estudio mediante el consentimiento informado. La información recopilada de las personas que aceptaron participar se empleó de forma reservada constantemente, tanto en el desarrollo como en la ejecución de la investigación. Los principios de esta investigación se basaron en las recomendaciones de la declaración de Helsinki para las investigaciones con el ser humano y se mantuvo alineada a los reglamentos de investigación de la F. de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna para su evaluación por el comité de ética, ya que, este trabajo fue aprobado por el comité de ética.

## RESULTADOS

**Tabla 5.** FRECUENCIA DEL SEXO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2022.

<b>SEXO</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	30	34,1
Femenino	58	65,9
Total	88	100,0

Fuente: SPSS/ Elaboración propia del autor

En la tabla 5 observamos el sexo de la población, donde el 65.9% representa el sexo femenino y el 34.1% es representado por el sexo masculino.

**Tabla 6.** FRECUENCIA DE LA EDAD DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2022.

<b>EDAD</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
18 a 19 años	3	3,4
20 a 29 años	11	12,5
30 a 39 años	16	18,2
40 a 49 años	20	22,7
50 a 59 años	17	19,3
60 a 69 años	18	20,5
70 a más	3	3,4
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>

Fuente: SPSS/ Elaboración propia del autor

La tabla 6 señala que la edad con mayor cantidad de pacientes se encontraba entre los 40 a 49 años siendo un 22.7% del total, siguiéndole por debajo pacientes de 50 a 59 años con un 19.3%, por otro lado, la edad de menor proporción fueron pacientes de 18 a 19 años y pacientes de 70 años a más con un porcentaje del 3.4%.

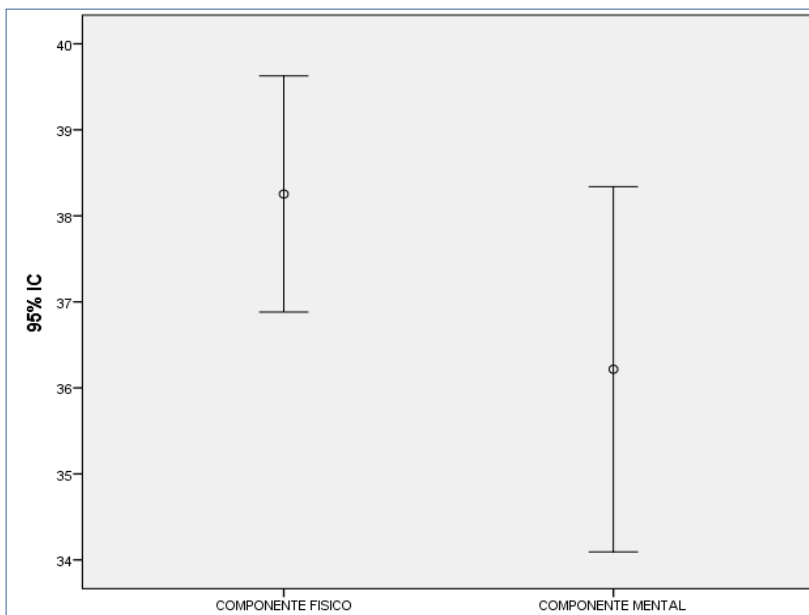
**Tabla 7.** RESULTADO FINAL DEL NIVEL DE CV SEGÚN LOS COMPONENTES, DE ACUERDO CON EL CUESTIONARIO SF-36 EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2022.

<b>COMPONENTES</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
COMPONENTE FÍSICO	88	23.01	55.86	38.25	6.40
COMPONENTE MENTAL	88	11.68	56.38	36.22	9.90

Fuente: Cuestionario SF-36

En la tabla 7 se puede observar que ambos componentes se encontraron comprometidos, sin embargo, el Componente Mental señaló estar ligeramente más afectado (36.22).

**Figura 1.** COMPARACIÓN ENTRE COMPONENTE FÍSICO Y MENTAL DE ACUERDO CON EL CUESTIONARIO SF-36 EN LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2022.



Fuente: Cuestionario SF-36

En el gráfico 1 se muestra un intervalo de confianza del 95%, a su vez, señala que el componente más afectado es el mental con un puntaje de 36.22 de 100 mientras que el componente físico se encuentra con un puntaje ligeramente mayor de 38.25 de 100.



**Tabla 8.** NIVEL DE CV SEGÚN EDAD DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2022.

		CALIDAD DE VIDA GENERAL								p
		Mala		Regular		Buena		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
EDAD	18 a 19 años	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0.002
	20 a 29 años	2	18.2%	9	81.8%	0	0.0%	11	100.0%	
	30 a 39 años	5	31.3%	7	56.3%	4	12.5%	16	100.0%	
	40 a 49 años	2	10.5%	17	84.2%	1	5.3%	20	100.0%	
	50 a 59 años	5	31.3%	10	43.8%	2	25.0%	17	100.0%	
	60 a 69 años	1	5.6%	14	77.8%	3	16.7%	18	100.0%	
	70 a más	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	3	100.0%	
	Total	15	17.4%	60	67.4%	13	15.1%	88	100.0%	

Fuente: Cuestionario SF-36

En la tabla 8 se muestra una relación de la edad con la calidad de vida (p: 0.002).

A su vez, la tabla determino que en el grupo de pacientes de 50 a 59 años con un total 17 participantes, el 31.3% de ellos presentaba un nivel de calidad de vida malo, seguido del 43.8% como regular. Por otro lado, se muestra otro grupo de pacientes con porcentajes similares, que tenían entre 30 a 39 años siendo un total de 16 participantes donde el 31.3% presentaba una percepción de la calidad de vida malo, no obstante, los demás grupos etarios presentaron porcentajes bajos en relación con este nivel, obteniendo mayores porcentajes en un nivel de calidad de vida regular, representado por el 67.4%.

**Tabla 9.** NIVEL DE CV SEGÚN SEXO DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2022.

		<b>CALIDAD DE VIDA GENERAL</b>								
		<b>Mala</b>		<b>Regular</b>		<b>Buena</b>		<b>Total</b>		<b>P</b>
		N	%	N	%	N	%	N	%	
	Masculino	5	17.2%	18	58.7%	7	24.1%	30	100.0%	
SEXO	Femenino	10	17.5%	42	71.9%	6	10.5%	58	100.0%	0.239
	Total	15	17.4%	60	67.4%	13	15.1%	88	100.0%	

Fuente: Cuestionario SF-36

En la tabla 9 se muestra que el sexo no se encontró relacionado con la calidad de vida ( $p: 0.239$ ). Así mismo, la tabla nos presenta que el nivel de calidad de vida malo (17.4%) sobresalió el sexo femenino con un total de 10 participantes (17.5%) y en varones siendo un total de 5 participantes (17.2%), estos resultados son muy similares en relación con el porcentaje de pacientes que presentaron buena calidad de vida (15.1%). Sin embargo, los porcentajes más altos lo obtuvieron las pacientes del sexo femenino que se ubicaron en un nivel de calidad de vida regular con un 71.9% seguido del sexo masculino en el mismo nivel con un 58.6%

**Tabla 10.** NIVEL DE CV DE ACUERDO A LA LESIÓN O PATOLOGÍA DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2022.

		CALIDAD DE VIDA GENERAL								P
		Mala		Regular		Buena		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
LESION PATOLOGÍA	DORSALGIA	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	0.01
	ACV	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	
	AMPUTACIÓN	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	ARTROSIS	2	14.3%	10	71.4%	2	14.3%	14	100.0%	
	CONTRACTURA	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	DEDO EN GATILLO	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	DESGARRO	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	DISCOPATÍA	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%	
	EPICONDILITIS	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	ESCOLIOSIS	0	0.0%	6	100.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	ESTENOSIS	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	FASCITIS PLANTAR	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	FISURA	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	FRACTURA	5	29.4%	13	70.6%	0	0.0%	18	100.0%	
	HERNIA	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	INESTABILIDAD ARTICULAR	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	INJERTO	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	LUXACIÓN	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	CÁNCER DE MAMA	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	MENISCOPATÍA	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%	3	100.0%	
	PARAPLEJÍA	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	PARÁLISIS FASCIAL	0	0.0%	2	50.0%	2	50.0%	4	100.0%	
	POLIMIALGIA	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	TENDINOPATÍA	0	0.0%	6	100.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	HOMBRO DOLOROSO	0	0.0%	2	50.0%	2	50.0%	4	100.0%	
	CERVICALGIA	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	ESGUINCE	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	GANGLIOMA	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	LUMBALGIA	1	14.3%	7	85.7%	0	0.0%	8	100.0%	
	SACROILITIS	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
Total		15	17.4%	60	67.4%	13	15.1%	88	100.0%	

Fuente: Cuestionario SF-36

En la presente tabla se encuentra una relación entre la calidad de vida y la lesión o patología (p:0.01), logrando mostrar que el 29.4% de pacientes con algún tipo de fractura se ubica en una mala calidad de vida. En el caso de las lesiones o patologías que se ubicaron en un nivel de calidad de vida regular en mayor porcentaje fueron, las tendinopatías (100%), las fracturas

(70.6%), y la artrosis (71.4%). Cabe resaltar que 15.1% del total de pacientes se ubicaba en una buena calidad de vida, 17.4% en un nivel malo y el 67.4% en un nivel regular.

**Tabla 11.** NIVEL DE CV DE ACUERDO CON EL CUESTIONARIO SF-36 DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE EN EL AÑO 2022.

<b>Calidad de vida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Buena	13	14.8
Regular	60	68.2
Mala	15	17.0
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario SF-36

Se logra observar que del total de participantes, el nivel regular de calidad de vida presentó el número más elevado de pacientes (60) representado por el 68.2%, seguidamente le siguió el nivel de calidad de vida malo con un total de 15 pacientes (17%), el cual no mostro mucha diferencia con el nivel de calidad de vida bueno que lo presentaron un total de 13 pacientes (14.8%).

**Tabla 12.** RESULTADO FINAL DEL NIVEL DE CV CONFORME CON LAS DIMENSIONES DEL SF-36 EN LOS PARTICIPANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2022.

<b>Dimensiones</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>
FUNCION FISICA (0-100)	88	10.00	100.00	57.33
ROL FISICO (0-100)	88	0.00	25.00	5.11
DOLOR CORPORAL (0-100)	88	0.00	100.00	46.05
SALUD GENERAL (0-100)	88	15.00	92.00	60.17
VITALIDAD (0-100)	88	0.00	100.00	60.68
FUNCION SOCIAL (0-100)	88	0.00	100.00	60.94
ROL EMOCIONAL (0-100)	88	0.00	25.00	10.32
SALUD MENTAL (0-100)	88	0.00	100.00	64.42

Fuente: Cuestionario SF-36

En la tabla 12 se puede visualizar que las dimensiones que se encuentran más comprometidas son Rol físico (5.11), y rol emocional (10.32).

## DISCUSIÓN

Hoy en día la calidad de vida se ha transformado en un pilar muy importante para el tratamiento y proceso de intervención efectiva en la práctica fisioterapéutica. Es así como, en el presente estudio se tuvo como objetivo principal evaluar el nivel de calidad de vida de las personas que reciben atención en el servicio de Rehabilitación Física del HHUT.

El servicio del centro de rehabilitación física que conlleva una planificación, seguimiento y práctica con ayuda de diferentes recursos, busca mejorar y ser potenciada, ayudando de forma no farmacológica a diferentes pacientes con diferentes tipos de lesiones o patologías. Diferentes estudios propusieron instrumentos para lograr conocer el nivel de calidad de vida de aquellas personas, y poder identificar más a fondo que poder mejorar y de qué manera hacerlo, conociendo el punto de partida del problema que padecen. Entre esos instrumentos se conoce a SF-36, el cual se encuentra validado en el país, utilizado en varias ocasiones y de forma eficaz para reconocer los ámbitos más expuestos que den paso a primar aquellas actividades y aplicaciones fisioterapéuticas. Es por ello, que podemos mostrar como ejecuta la información obtenida y como aporta su indiscutible ayuda efectiva y eficiente identificando aquellas dimensiones que necesitarían ser dinamizadas en aquellos pacientes que asisten al Servicio de Rehabilitación Física.

En este estudio se supo que el nivel de cv con respecto al componente físico fue de una media de 38.25, mientras que, en el componente mental fue de 36.22. Sin embargo, estos datos se encuentran por debajo a comparación de los resultados obtenidos por Granados J. (31), quien mostró que los participantes evaluados obtuvieron una media de 50.3 en el componente físico y 50.6 en el componente mental, siendo aún un valor regular en el nivel de calidad de vida, quien se asemeja a estos resultados es Silva FC. et al, (25), ya que, de acuerdo al componente físico y mental obtuvo una media de 54.2 y 55.5, datos similares a los obtenidos por el anterior autor, por otro lado, para Rugbeer N. et al, (24), ambos componentes tuvieron resultados muy positivos siendo estos más cercanos al puntaje máximo de CV, mostrando una media del componente físico de 81.77 y una media de 87.56 del componente mental.

De acuerdo con el estudio se señaló que los participantes mayores de 70 años que fueron encuestados en su totalidad obtuvieron un nivel de calidad de vida bueno, no obstante, entre las edades de 18 a 69 años, la mayoría de los participantes obtuvieron una percepción del

nivel de calidad de vida regular siendo el 67.4% del total de encuestados, en este caso el sexo que predominó fue el sexo femenino (58), en el que el 71.9% de ellas obtuvo un nivel de calidad de vida regular. Como el estudio de Paullo K. et al, (30), en el que predominó el sexo femenino (61.5%) con edades mayores de 71 años, dando como resultado una percepción del nivel de calidad de vida regular (48.8), dato que se diferenció al nuestro, así mismo, Rugbeer N. et al, (24), también mostro al sexo femenino (79%) como el predominante en su estudio con edades entre 71 y 72 años, que dieron como resultado un nivel de calidad de vida bueno. Por otro lado, Plata J. et al, (23), en su estudio, tuvo una muestra donde el 100% de los participantes eran del sexo femenino con edades entre 30 a 42 años señalando en sus resultados un nivel de calidad de vida bueno, a comparación de nuestro estudio en el que las edades entre 30 a 49 años en su mayoría presentó una calidad de vida regular. En cambio, el estudio de Bolaños-Abrahante O. et al, (21), expuso haber obtenido un nivel de calidad de vida bueno (64.6) en los participantes mayores de 75 años, en el que la mayoría fue del sexo masculino en un porcentaje de 66.7%, sin embargo, Valverde M. et al, (29), mostró en su estudio que el 66.1% de los participantes fue del sexo masculino entre las edades de 60 a 70 años, los que dieron como resultado en un mayor porcentaje un nivel de calidad de vida malo, siendo menos del 1/3 de los participantes los que presentaron una calidad de vida regular a buena.

De acuerdo con la investigación se mostró una minoría (15.1%) de participantes con una calidad de vida buena según la lesión o patología que presentaban, sin embargo, Silva FC. et al, (25), obtuvo resultados opuestos en donde la mayoría de los participantes mostraron un nivel de calidad de vida bueno. En el caso de los participantes que padecían de ACV en nuestro estudio que fue de un total de 2, un paciente presentó un nivel de calidad de vida bueno a comparación del otro participante que mostró en sus resultados un nivel de calidad de vida regular, a su vez, Bolaños-Abrahante O. et al, (21), muestra en su estudio haber obtenido un mejor nivel de calidad de vida en sus pacientes con ACV con una puntuación media de 64.6, mientras que, Granados J. (31), obtuvo en sus resultados un nivel de calidad de vida regular. Por otro lado en los pacientes que presentaban lumbalgia dentro de nuestro estudio el resultado no fue positivo, ya que, el nivel de calidad de vida que presentaban era de regular a malo, sin embargo, en el estudio de Plata J. et al, (23), se mostró que el nivel de calidad de vida de los participantes encuestados fue bueno. Así mismo, entre los pacientes integrados en nuestro estudio que padecían de discopatías presentaron un nivel de calidad de



vida entre regular y bueno, lo que discrepa de los resultados de Morais da Silva G. et al, (27), quien obtuvo un nivel de calidad de vida malo en aquellos pacientes.

En nuestro estudio se observó que el nivel de calidad de vida en la dimensión de salud mental se obtuvo una media de 64.42, siendo este el valor obtenido más elevado, en la dimensión de función social se obtuvo una media de 60.94, en la dimensión de vitalidad se mostró una media de 60.68, y dentro de estas dimensiones la última dimensión con valores más cercanos a la de mayor puntuación fue la dimensión de salud general, siendo de 60.17, a su vez, las dimensiones más afectadas dentro del estudio fueron rol físico (5.11) y rol emocional (10.32), datos que junto a las demás dimensiones dieron como resultado un nivel de calidad de vida regular en la mayoría de participantes (68.2%), lo que concuerda con Granados J. (31), mostrando que las dimensiones más resaltantes en su estudio fueron, salud general con una media de 59.25 y vitalidad con una media de 54.73, sin embargo la dimensión con un valor medio más bajo al igual que nuestro estudio fue rol emocional (44.75), estas junto a las otras dimensiones mostraron una media de 50.45 lo que señala un nivel de calidad de vida regular. De igual manera, Rugbeer N. et al, (24), mostró con respecto a su estudio que las dimensiones de CV más sobresalientes fueron funcionamiento social (96.01), salud mental (87.32) y vitalidad (71.17), al igual que en nuestro estudio, estas junto a las otras dimensiones que no presentaban diferencia notable en su puntuación, dio como resultado una buena calidad de vida en aquellos participantes, dato que se diferenciaba del nuestro. Por otro lado, los datos obtenidos por Paullo K. et al, y Marcusso J. et al, (30,28) presentaron bastante similitud con las dimensiones destacadas en el presente estudio, dando como resultado un nivel de calidad de vida regular (48.8) y bueno (91.61), a su vez la dimensión más afectada, fue rol físico con puntuaciones medias de 23.6 y 29.91. Por lo contrario, están los resultados obtenidos por Bolaños-Abrahante O. et al, Plata J. et al, y Silva FC. et al, (21,23,25), quienes difieren con la dimensión de rol emocional, presentando una puntuación media mayor a 82.5, resultado muy positivo a comparación de nuestro estudio, a su vez, Herrera-Horta G. et al, (22), aporta a los anteriores estudios, teniendo valores igual de altos en la dimensión de rol físico (87.4) y rol emocional (82.6). Sin embargo, en el estudio realizado por Morais da Silva G. et al, (27), presentó un nivel de calidad de vida malo, ya que, la puntuación media obtenida en las dimensiones fue menor a 37.1.

# CONCLUSIONES

## **PRIMERA**

De acuerdo con el componente físico los pacientes presentaron una puntuación media de 38.25 y de acuerdo con el componente mental presentaron una puntuación media de 36.22, siendo un resultado preocupante.

## **SEGUNDA**

En el grupo etario de 40-49 y 60-69 años, el nivel de calidad de vida tuvo una percepción regular en un 67.4%; respecto al sexo se obtuvo que el nivel de calidad de vida regular es mayor con 71.9% en el sexo femenino.

## **TERCERA**

Las lesiones o patologías señaladas de un total de 88 pacientes el 17.4% presentó un nivel de calidad de vida malo, el 67.4% un nivel de calidad de vida regular y el 15.1% un nivel de calidad de vida bueno.

## **CUARTA**

El 68.2% de los pacientes que asisten al área de Rehabilitación física del HHUT presentaron un nivel de calidad de vida regular.

# **RECOMENDACIONES**

## **PRIMERA**

Se recomienda a los diferentes profesionales de la salud seguir realizando un enfoque multidisciplinario que pueda otorgar toda la información posible del paciente para que mejore el servicio de Terapia Física y Rehabilitación.

## **SEGUNDA**

Se recomienda seguir evaluando la calidad de vida de los pacientes que acuden al servicio de rehabilitación física para que los hospitales y centros de salud, conozcan que áreas deben abordarse con mayor precisión y que dimensiones mejorarían a lo largo del tratamiento.

## **TERCERA**

Se recomienda un seguimiento más exhaustivo en los pacientes entre las edades de 40 a 69 años, dando énfasis al sexo femenino.

## **CUARTA**

Se recomienda seguir realizando trabajos de investigación que aborden el nivel de calidad de vida en pacientes que asisten a centros de salud públicos y privados para lograr realizar estudios comparativos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Júnior JPB. La fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral. Salud Colect [Internet]. 2021; 17:1–14. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2021.v17/e3709/>
2. Peña DIT, Acosta TB, Fondín LF, Valladares YC, de la Caridad Pérez Díaz Y. Influencia del tratamiento rehabilitador en la calidad de vida de pacientes con cervicalgia mecánica. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2018;10(1):98–108. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2018/cfr181i.pdf>
3. World Physiotherapy. Descripción de la Fisioterapia [Internet]. World.physio. [citado el 9 de julio de 2022]. Disponible en: [https://world.physio/sites/default/files/2021-05/PS-2019-Description-of-PT-Spanish\\_0.pdf](https://world.physio/sites/default/files/2021-05/PS-2019-Description-of-PT-Spanish_0.pdf)
4. Bispo Júnior JP. La fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral. Salud Colect [Internet]. 2021 [citado el 9 de julio de 2022];17: e3709. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2021.v17/e3709/>
5. Alfonso UM, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica [Internet]. 2012;30(1):61–71. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082012000100006](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006)
6. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Cien Saude Colet [Internet]. 2020 [citado el 9 de julio de 2022];25(2):693–702. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n2/693-702/>
7. OMS. Rehabilitación según la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado el 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
8. Velásquez A. La carga de la enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento esencial. Rev. Peru Med Exp Salud Publica. 2009;26(2):222–31.

9. Schipperijn J, de la Mota AJ, Das P. Actividad Física 2021. THE LANCET. el 21 de julio de 2021
10. Villamil Parra WA, Hernández Álvarez ED, Moscoso Loaiza LF. Eficacia del ejercicio físico terapéutico en pacientes adultos hospitalizados en UCI: revisión sistemática y metaanálisis. FISIOTERAPIA. abril de 2020;42(2):98–107.
11. Malagon RPT. Del impacto en la calidad de vida como consecuencia de la enfermedad, los instrumentos de medición y otras reflexiones. CES Salud Pública. el 14 de febrero de 2012;3(1):108–15.
12. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Scielo. febrero de 2020;25(2):693–702.
13. Molina RT. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte. el 8 de abril de 2005;(21):76–96.
14. Ramírez W, Vinaccia S, Suárez GR. El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. Scielo. Agosto de 2004;(18):67–75.
15. Henao C, Gil L. Calidad de Vida y situación de discapacidad. Scielo. el 19 de agosto de 2009;14(2):114–27.
16. Salud [Internet]. OMS. [citado el 11 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/home>
17. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2004;11(8):505–14.
18. Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. Med. Clín. (Barc). 1997 Mar 1;108(12):458-459.
19. García-Viniegras DCR. CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS CRONICOS. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. el 26 de octubre de 2007;6(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2007000400002#:~:text=Muchas%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20conlleven%20un,frecuentes%20y%20prolongados%20ingresos%20hospitalarios](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002#:~:text=Muchas%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20conlleven%20un,frecuentes%20y%20prolongados%20ingresos%20hospitalarios).
20. Thompson, DR, Yu, CM. Calidad de vida en pacientes con enfermedad coronaria-I: Herramientas de evaluación. Resultados de calidad de vida en salud 1, 42 (2003). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-42>

21. Bolaños-Abrahante O, Bravo-Acosta T, Fernández-Gutiérrez D, Pedroso-Morales I, Rodríguez-Lara H, Seoane-Piedra J. Tratamiento neurorrehabilitador y calidad de vida de pacientes con ictus isquémico. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* [revista en Internet]. 2017; 9 (2) Disponible en: <http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/237>
22. Herrera Horta GA, Herrera Miranda GL, Gutiérrez García Z. Quality of life of patients with Parkinson's disease receiving rehabilitation treatment. *Rehabilitación interdisciplinaria* [Internet]. el 29 de marzo de 2023;27(3):6. Disponible en: <https://ri.saludcyt.ar/index.php/ri/article/view/27/112>
23. Plata Contreras JA, Payares Álvares K de SJ, Mesa Franco LF, Salinas Durán FA. Mejoría del dolor, la función y la calidad de vida en dolor lumbar subagudo: ensayo clínico controlado con ejercicio vs. AINES. *Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2023;33(1):1-13.
24. Rugbeer N, Ramklass S, Mackune A, Van Heerden J. The effect of group exercise frequency on health related quality of life in institutionalized elderly. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2017;26(35). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28451013/>
25. Barbosa Gutierrez Filho, Paulo José, Pereira Moro, Antônio Renato, da Rosa Iop, Rodrigo, Valdivia Arancibia, Beatriz Angélica, da Silva, Rudney, Oliveira Machado, Marcos, Cascaes Silva, Franciele, Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2. *Revista de Psicología del Deporte* [Internet]. 2017;26(1):13-25. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235149687002>
26. Valls Lázaro E. Evolución Emocional y en Calidad de Vida Percibida de Cardiópatas mediante Programa de Rehabilitación Cardíaca. *psykhe* [Internet]. 7 de agosto de 2023 ;32(1). Disponible en: <https://revistacienciapolitica.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/44719>
27. Morais da Silva G, Reis Rodrigues LM, Amate Lopes F, Marcondes Cesar AE. Análisis de la calidad de vida en pacientes tras una artroplatía o artrodesis lumbar. *coluna*. 2023;22(1):1-5.
28. Marcusso Orsini JM, Machado da Silva JK, Lopes Virmond M da C, Costa de Araujo C. Evaluation of quality of life, depression and satisfaction in patients treated at the Physiotherapy teaching clinic of the State University of Northern Paraná (Uenp). *Fisioterapia em movimento*. 2019;24(1):1–10.

29. Valverde Mateos MP, González Romero A, Alvarado Ramos V, Miangolarra Page JC. Evolución y calidad de vida a los tres meses tras hospitalización por neumonía COVID. Rehabil (Madr, Internet) [Internet].2022;56(4):284–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2021.11.001>
30. Paulo De La Cruz KV, Risco Mendoza GG, Sigueñas Tafur EJ, González-Farfán M-E. Nivel de funcionalidad y calidad de vida en población rural de adultos mayores en un centro integral para el adulto mayor de Lima, Perú. Rev Hered Rehabil [Internet]. 2022; 5(1):14–20. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/34e3e7e7cbc83df6c08d5e14d4d9ce5c094e0d78>
31. Granados-Carrera Julio César. Efecto de la rehabilitación en la calidad de vida de personas con lesión medular. An. Fac. med. [Internet]. 2020 Mar; 81(1): 6-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i1.16852>.
32. OMS “Calidad de vida” Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
33. Ferrans. Desarrollo de un índice de calidad de vida para pacientes con cáncer. Foro de Enfermería Oncológica. 1990;17(3):15–21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2342979/>
34. Haas BK. Clarification and Integration of Similar Quality of Life Concepts. Revista de Becas de Enfermería [Internet]. 1999;31(3):215–20. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00483.x>
35. Hörnquist. The concept of quality of life. Scand J Soc Med [Internet]. 1982;10(2):57–61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7178870/>
36. Ardila, Rubén, Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología [Internet]. 2003;35(2):161-164. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
37. Achury Saldaña DM, Rodríguez Colmenares SM, Agudelo Contreras LA, Hoyos Segura JR, Acuña Español JA. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca. Investg. Enferm. Imagen Desarrollo. [Internet]. 19 de julio de 2012; 13(2):49-74. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/2977>

38. Vilagut Gemma, Ferrer Montse, Rajmil Luis, Rebollo Pablo, Permanyer-Miralda Gaietà, Quintana José M. et al . El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet]. 2005 Abr.; 19( 2 ): 135-150. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es).
39. Júnior JPB. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2010;15(1):1627–36. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PC76jP6HVQ6rYN7VgJ7z59g/?lang=pt#>
40. Dean E, de Andrade AD, O'Donoghue G, Skinner M, Umereh G, Beenen P, et al. The Second Physical Therapy Summit on Global Health: developing an action plan to promote health in daily practice and reduce the burden of non-communicable diseases. Physiother Theory Pract [Internet]. 2014;30(4):261–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24252072/>
41. Romero Fragoso A. Desarrollo de Habilidades en el uso de la Tecnología, la información y la Comunicación. [México]: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2014.
42. Minsalud. Orientaciones Técnicas para la Rehabilitación Funcional [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/5orientaciones-tecnicas-rehabilitacion-funcional-p2.pdf>
43. Verdejo Herreo A. Tendinopatía: Una visión actual. NPunto [Internet]. 2021;4(42):4–21. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/42/tendinopatia-una-vision-actual>
44. García- Alonso I, de la Parte BH, Cearra I. FRACTURAS. En: Fracturas [Internet]. p. 08. Disponible en: <http://www.oc.lm.ehu.eus/Departamento/OfertaDocente/Teledocencia/Leioa/Odontologia/Cap%2019%20Fracturas.pdf>
45. Medina SG, Oyuela EJO. FACTORES DE RIESGO DE LUMBALGIA EN PERSONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL MILITAR CENTRAL, HONDURAS. Rev Fac Cienc Méd [Internet]. 2020;17(1):8–14. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2020/pdf/RFCMVol17-1-2020-3.pdf>
46. Fajardo-Romero JF, Tomé-Bermejo F, Madruga-Sanz JM. Síndrome de cauda equina secundaria a hernia discal lumbar gigante. Trauma (España) [Internet]. 2012;23(1):5-



9. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/277271120\\_Sindrome\\_de\\_cauda\\_equina\\_secundaria\\_a\\_hernia\\_discal\\_lumbar\\_gigante](https://www.researchgate.net/publication/277271120_Sindrome_de_cauda_equina_secundaria_a_hernia_discal_lumbar_gigante)
47. García-Alfonso C, Martínez Reyes A, García V, Ricaurte-Fajardo A, Torres I, Coral J. Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. Univ. Med. 2019;60(3). Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v60n3/0041-9095-unmed-60-03-00041.pdf>
48. De La Rosa A. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR/ Enfermedades Crónicas No Transmisibles [Internet]. Calle Alem N°423-Paraná-Entre Ríos: Ministerio de Salud - Gobierno de Entre Ríos; 2017. Disponible en:  
[http://www.afam.org.ar/textos/10\\_05\\_2017/las\\_enfermedades\\_cronicas\\_no\\_transmisibles.pdf](http://www.afam.org.ar/textos/10_05_2017/las_enfermedades_cronicas_no_transmisibles.pdf)
49. Almirón M. BREVE RESEÑA SOBRE EL ULTRASONIDO TERAPÉUTICO. Lecciones de Medicina | Medical lessons [Internet]. 2019;3(2):62–7. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.52379/mcs.v3i2.89>
50. H. M. Physical Agents in Rehabilitation: an Evidence-Based Approach to Practice. Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.º, 08029, Barcelona, España: Elsevier; 2018.
51. Ultrasonido [Internet]. TERAPIAFISICA. 2017 [citado 2022]. Disponible en:  
<https://www.terapia-fisica.com/ultrasonido/>
52. Chacon Revilla LF. Eficacia de la Electroterapia en la Regeneración Clínica de las Heridas Post – Exodoncias Complejas en Pacientes del Puesto de Salud Rafael Belaunde de Cayma – Arequipa 2019. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2019.
53. Cristina B-M, Yoana G-G, Iria DC-C, Alejandra A-C. Estimulación nerviosa transcutánea en el manejo del dolor crónico: Una revisión sistemática. Archivos de Neurociencias (Mex) INNN [Internet]. 2020;25(2):67–79. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2020/ane202f.pdf>
54. Pino MAR, Vázquez MDO, Gámez MSG, González MEÁ-G. Eficacia de la magnetoterapia en pacientes ecuatorianos con síndrome de pinzamiento del hombro. MEDISAN [Internet]. 2016;20(6):800–7. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2016/mds166c.pdf>

55. Terapia Manual [Internet]. MV Clinic. [citado 2022]. Disponible en: <https://www.mvclinic.es/tratamientos/terapia-manual>
56. Lorena RV, Jorge ZE, Romina ND. KINESIOLOGÍA Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2015;26(3):393–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-kinesiologia-y-enfermedad-pulmonar-obstructiva-S0716864015000747>
57. José P. Kinisioterapia [Internet]. encolombia. [citado 2022]. Disponible en: <https://encolombia.com/salud-estetica/medicina-alternativa/kinesioterapia/>
58. Tacna GR. Directorio [Internet]. Hospital Regional Hipólito Unanue. 2019 [citado 2022]. Disponible en: <https://www.hospitaltacna.gob.pe/web/#>
59. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Aten Primaria [Internet]. 2003;31(8):527–38. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82245762.pdf>
60. Hernández-Sampieri R. Metodología de la Investigación. Ciudad de México: Mc Graw Hill Education; 2018.

# ANEXOS

## ANEXO 1- MATRIZ DE CONSISTENCIA

Nivel de Calidad de Vida de pacientes que asisten al Servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022, Tacna.				
Problema	Objetivos		Variable y dimensiones	Metodología
<p><b>Interrogación principal</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022?</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Conocer el nivel de calidad de vida en los pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.</p>	<p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar el factor mental de la calidad de vida en los pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación en el hospital Hipólito Unanue en el año 2022.</li> <li>- Identificar el factor físico de la calidad de vida en los pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación en el hospital Hipólito Unanue en el año 2022.</li> <li>- Conocer el nivel de calidad de vida según la edad y sexo en los pacientes que asisten al Servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022</li> <li>- Conocer el nivel de calidad de vida según su patología en los pacientes que asisten al Servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022.</li> </ul>	<p><b>Variable</b></p> <p>Calidad de Vida</p> <p><b>Dimensiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Función física</li> <li>- Desempeño Físico</li> <li>- Dolor físico</li> <li>- Salud general</li> <li>- Vitalidad</li> <li>- Función Social</li> <li>- Desempeño emocional</li> <li>- Salud mental</li> <li>- Cambio de salud</li> </ul>	<p><b>Tipo de investigación</b></p> <p>Descriptivo Transversal Observacional Prospectivo</p> <p><b>Ámbito de estudio</b></p> <p>Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna</p> <p><b>Unidad de estudio</b></p> <p>Pacientes que acuden al Servicio de Rehabilitación Física.</p> <p><b>Técnica de recolección de datos</b></p> <p>Mediante una encuesta, de forma presencial usando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ficha para recolección de datos epidemiológicos.</li> <li>-Cuestionario de salud SF-36</li> </ul>

## ANEXO 2



**UPT**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**RESOLUCION N° 375-2022-UPT/FACSA-D**  
Tacna, 01 de agosto del 2022

**VISTA:**

La solicitud presentada por la estudiante **QUICAHÑO QUIROZ, Ángela Verónica** solicitando la inscripción de su Proyecto de Tesis; y

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Resolución N° 057-2019-UPT-CU de fecha 08 de abril del 2019 se Ratifica en vías de regularización la Resolución N° 038-2018-UPT/FACSA-CF de fecha 26 de noviembre del 2018, que aprobó el Reglamento para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna,

Que, mediante Resolución N° 058-2019-UPT-CU de fecha 08 de abril del 2019, se Ratifica en vías de regularización la Resolución N° 039-2018-UPT/FACSA-CF de fecha 26 de noviembre del 2018, que aprobó el Manual de Normas y Procedimientos de Trabajos de Investigación para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna,

Que mediante OFICIO Nro. 00085-2022-UPT-UI-FACSA de fecha 01 de agosto del 2022, el Coordinador de la Unidad de Investigación de la FACSA, remite el Proyecto "NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2022" así como la conformidad de revisión del jurado dictaminador a la **Mg. Angela Del Rosario Del Aguila Arteaga** y declarándolo APTO para su ejecución,

Que, a la estudiante **QUICAHÑO QUIROZ, Ángela Verónica**, ha cumplido con los pasos establecidos en el Artículo 11 del Manual de Normas y Procedimientos de Trabajos de Investigación para la obtención del Grado Académico de Bachiller, Título Profesional y Título de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, por lo que es procedente la Inscripción y autorización de Ejecución del Proyecto de Investigación.

Que, estando a las atribuciones conferidas al señor Decano por el Artículo 51° del Estatuto y Artículo 68° del Reglamento General de la Universidad Privada de Tacna;

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.- INSCRIBIR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN** del Proyecto de Tesis: "NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE LA CIUDAD DE TACNA EN EL AÑO 2022", Presentado por la Estudiante, **QUICAHÑO QUIROZ, Ángela Verónica**, Asesorada por la **Mgr. Cecilia Claudia Montesinos Valencia**.

**ARTICULO SEGUNDO.-** La Secretaría Académico – Administrativa de la Facultad, adoptará las acciones pertinentes para viabilizar lo dispuesto en el Artículo anterior.

Regístrese, comuíquese y archívese.

Firmado por: PATRICIO CRUZ MENDEZ  
Cargo: DECANO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD  
Empresa: UNIVERSIDAD PRIVADA DE  
TACNA  
Fecha/Hora: 02-08-2022 08:37:24

C.c.: Unidad de Investigación FACSA, Interesado, SAA, Archivo

---

**Universidad Privada de Tacna**

Fono-Fax: 241975 Central 427212 - 415851 – 243380 Anexo 427 Correo electrónico: [medicina@upt.edu.pe](mailto:medicina@upt.edu.pe)

Pago Capanique s/n Apartado Postal: 126

TACNA – PERÚ

## ANEXO 3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### “Nivel de calidad de vida de pacientes que asisten al servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022”

**Investigador (a):** Angela Verónica Quicaño Quiroz

Buenos días/ tardes, tengo el agrado de saludarla (o) en nombre de la escuela de Tecnología Médica- Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Privada de Tacna.

El siguiente estudio realizado por una estudiante de la Universidad Privada de Tacna se desarrolla con la finalidad de conocer el nivel de calidad de vida en pacientes que asisten al Servicio de Rehabilitación Física en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2022. La importancia de la presente investigación se basa en los beneficios que se pueden obtener tanto para los pacientes como para el personal de salud, ya que, nos brindará información muy relevante.

#### **PROCEDIMIENTO:**

Si usted acepta ser parte de la investigación, se le realizará preguntas relacionadas a sus datos personales (sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, lugar de residencia y lesión o patología por la que asiste al servicio de rehabilitación), a su vez, se le aplicará el cuestionario SF-36 basado en la calidad de vida.

#### **RIESGOS Y BENEFICIOS:**

Debe tener en cuenta que la siguiente investigación no prevé riesgos para su salud.

El beneficio de participar será en relación con la institución, puesto que, los resultados obtenidos permitirán la mejora del servicio de Rehabilitación Física.

#### **CONFIDENCIALIDAD:**

La información obtenida será guardada y utilizada únicamente para fines de investigación. No se permitirá la publicación de datos que permitan su identificación, y a su vez, no se mostrará a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Si decide ser parte del estudio, puede retirarse del mismo sin perjuicio alguno. En caso de tener alguna duda, puede consultar a la responsable de la investigación, Angela Quicaño Quiroz, cel: 922367220 o al correo: [aq2019063694@virtual.upt.pe](mailto:aq2019063694@virtual.upt.pe).

Se agradece de antemano su participación.

Yo \_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI: \_\_\_\_\_ manifiesto haber tenido la oportunidad de leer el consentimiento informado, para decidir acerca de mi participación. (Si) (No)


Firma: \_\_\_\_\_

Huella:



## ANEXO 4

# PERMISO OTORGADO POR EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE LA CIUDAD DE TACNA

	<b>HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE</b>	<i>Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación</i>
---	---	--

**EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA,  
POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN  
INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.**

Por Resolución Gerencial General Regional N°405-2020-GGR/GOB.REG.TACNA, otorga

### CREDENCIAL

Del Proyecto de Investigación:

<b>NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2022</b>	<b>CÓDIGO</b>
	<b>74-CIÉI-2022</b>

Autoria (es):

<b>ÁNGELA VERÓNICA QUICAÑO QUIROZ</b>
---------------------------------------

Dictamen (13) otorgado por Miembro activo del CIÉI, OBST.LUZ MARIANA LIENDO CÁCERES-  
Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular  Suplente

Según Resolución Directoral N°090-2022-DIREC-EJEC-HHUT-DRSS/GOB.REG.TACNA,  
quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Puede ser desarrollado: SI  NO

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos  NO

Vulnera derechos del paciente  NO

**Aplicará Instrumentos:**

Pacientes

Personal

Otros

Consentimiento informado:


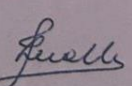
Verbal SI  NO  Escrito SI  NO  Pertinente SI  NO


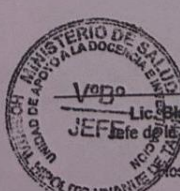
Impacto Ambiental X Positivo  Negativo

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI  NO  Cumple con todos los requisitos de calidad exigidos para ser desarroll-  
y en consecuencia SI  NO  Otorga la Aprobación, por intermedio de la Unidad de  
Apoyo a la Docencia e Investigación.

Se expide el presente documento el día 23 de agosto del 2022

 <b>Méd. Edgar Rogelio Concori Coaquira</b> Director Ejecutivo Hospital Hipólito Unanue Tacna	 <b>Lic. Blanca Raquel Zevallos Delgado</b> Jefe de Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación Hospital Hipólito Unanue Tacna
---	---

	
---	---

## ANEXO 5

### INSTRUMENTO DE APLICACIÓN

#### FICHA DE DATOS PERSONALES

Fecha:    /    /    N°:

**Edad:** \_\_\_\_\_ años

**Sexo:** Femenino ( ) Masculino ( )

**Patología o lesión:** Fractura ( ) Tendinopatías ( ) Lumbalgias ( ) ACV ( )

Otros \_\_\_\_\_

#### CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

El propósito de este cuestionario es saber su opinión acerca de 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 seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente ( ) Muy buena ( ) Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

2. ¿Cómo calificaría usted su estado de salud general, comparado con el de hace un año?:

Mucho mejor ( ) Algo mejor ( ) Igual ( ) Algo peor ( ) Peor ( )

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted puede hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita en las siguientes actividades? Si es así, ¿Cuánto? Marque con una X la respuesta que crea conveniente.

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita poco	Sí, no me limita para nada
a. Esfuerzos intensos: correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes que requieren gran esfuerzo.			



b. Actividades moderadas: mover una mesa, empujar una aspiradora, trapear, lavar, jugar fútbol, montar bicicleta			
c. Levantar bolsa de compras			
d. Subir varios pisos por las escaleras			
e. Subir un solo piso por las escaleras			
f. Agacharse, arrodillarse o inclinarse			
g. Caminar más de 10 cuadras (1 km)			
h. Caminar varias cuadras			
i. Caminar una sola cuadra			
j. Bañarse vestirse			

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

Actividades	Sí	No
a. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?		
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?		
c. ¿Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades?		
d. ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)?		

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?

Actividades	Sí	No
a. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?		
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?		
c. ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?		

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos, u otras personas?

Nada en absoluto ( ) Ligeramente ( ) Moderadamente ( ) Bastante ( ) Extremadamente ( )

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?

Ninguno ( ) Muy poco ( ) Poco ( ) Moderado ( ) Mucho ( ) Muchísimo ( )

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto ha dificultado el dolor en su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?

Nada en absoluto ( ) Un poco ( ) Moderadamente ( ) Bastante ( ) Extremadamente ( )

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han salido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

Actividades	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿Se ha sentido lleno/a de vitalidad?						
b. ¿Ha estado muy nervioso?						
c. ¿Se ha sentido con el ánimo tan decaído/a que nada podría animarlo/a?						
d. ¿Se ha sentido tranquilo/a y sereno/a?						
e. ¿Ha tenido mucha energía?						
f. ¿Se ha sentido desanimado/a y triste?						
g. ¿Se ha sentido agotado/a?						
h. ¿Se ha sentido feliz?						
i. ¿Se ha sentido cansado/a?						

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre ( ) Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Casi nunca ( ) Nunca ( )

11. ¿Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones?

Actividades	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falso	Totalmente falso
a. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas.					

b. Estoy tan bien como los demás.					
c. Creo que mi salud va a empeorar.					
d. Mi salud es excelente.					

**Tabla 13.** NIVEL DE CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DEL COMPONENTE FÍSICO SEGÚN SEXO Y EDAD EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2022.

		<b>CALIDAD DE VIDA COMPONENTE FISICO</b>								<b>P</b>
		<b>MALA</b>		<b>REGULAR</b>		<b>BUENA</b>		<b>Total</b>		
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>SEXO</b>	Masculino	5	17.2%	21	69.0%	4	13.8%	30	100.0%	0.742
	Femenino	9	15.8%	44	75.4%	5	8.8%	58	100.0%	
	Total	14	16.3%	65	73.3%	9	10.5%	88	100.0%	
<b>EDAD</b>	18 a 19 años	0	0.0%	1	33.3%	2	66.7%	3	100.0%	0.063
	20 a 29 años	2	18.2%	7	63.6%	2	18.2%	11	100.0%	
	30 a 39 años	5	18.8%	9	75.0%	2	6.3%	16	100.0%	
	40 a 49 años	2	10.5%	17	84.2%	1	5.3%	20	100.0%	
	50 a 59 años	3	31.3%	13	56.3%	1	12.5%	17	100.0%	
	60 a 69 años	2	11.1%	16	88.9%	0	0.0%	18	100.0%	
	70 a más	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%	
Total	14	16.3%	65	73.3%	9	10.5%	88	100.0%		

Fuente: Cuestionario SF-36

La tabla 13 muestra se observa que el sexo (p: 0.742) y la edad (p: 0.063) no se encontraron relacionadas con el componente físico de calidad de vida. Por otro lado, la percepción del nivel de calidad de vida malo fue representado por 14 pacientes (16.3%) de los cuales el 17.2% fueron del sexo masculino y 15.8% del sexo femenino. Con respecto al nivel de calidad de vida bueno, este fue representado por 9 pacientes del total (10.5%), en el que 13.8% eran del sexo masculino y el 8.8% representaban al sexo femenino.

A su vez, la edad relacionada al componente físico de calidad de vida señaló que en un nivel de mala calidad de vida representado por un 16.3% del total de pacientes predominó las edades de 50 a 59 años (31.3%) y el grupo etario de 30 a 39 años (18.8%). Sin embargo, el nivel de vida que obtuvo menos porcentaje representativo fue el nivel de calidad bueno con un 10.5% del total, en el que los grupos etarios mejor puntuados fueron de 18 a 19 años (66.7%).

**Tabla 14.** NIVEL DE CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DEL COMPONENTE MENTAL SEGÚN SEXO Y EDAD EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2022.

		COMPONENTE MENTAL								p
		MALA		REGULAR		BUENA		Total		
		N	%	N	%	%	N	%		
SEXO	Masculino	4	13.8%	19	62.1%	7	24.1%	30	100.0%	0.583
	Femenino	11	19.3%	38	64.9%	9	15.8%	58	100.0%	
	Total	15	17.4%	57	64.0%	16	18.6%	88	100.0%	
EDAD	18 a 19 años	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%	3	100.0%	0.555
	20 a 29 años	2	18.2%	8	72.7%	1	9.1%	11	100.0%	
	30 a 39 años	4	25.0%	8	62.5%	4	12.5%	16	100.0%	
	40 a 49 años	3	15.8%	13	63.2%	4	21.1%	20	100.0%	
	50 a 59 años	4	25.0%	11	50.0%	2	25.0%	17	100.0%	
	60 a 69 años	1	5.6%	14	77.8%	3	16.7%	18	100.0%	
	70 a más	0	0.0%	1	33.3%	2	66.7%	3	100.0%	
Total	15	17.4%	57	64.0%	16	18.6%	88	100.0%		

Fuente: Cuestionario SF-36

En la tabla 14 se muestra que el sexo (p: 0.583) y la edad (p: 0.555) no se encontraron relacionadas con el componente mental de la calidad de vida. Así mismo, la percepción del nivel de calidad de vida malo fue representada por 15 pacientes (17.4%) de los cuales el 13.8% son del sexo masculino y 19.3% son del sexo femenino. Con respecto al nivel de calidad de vida bueno, representado por 16 pacientes del total (18.6%), en el que 24.1% fueron del sexo masculino y el 15.8% representaban al sexo femenino.

A su vez, la edad relacionada al componente mental de calidad de vida presentó un 17.4% del total de pacientes en un nivel de calidad de vida mala en el que predominaron las edades de 18 a 19 años (33.3%), 50 a 59 años (25.0%) y el grupo etario de 30 a 39 años (25.0%). Sin embargo, la calidad de vida buena no obtuvo mucha diferencia en comparación a la calidad de vida mala, ya que, mostró ser el 18.6% del total en el que los grupos etarios con mejor condición fueron los pacientes de 70 años a más (66.7%), y el grupo de 40 a 49 años (21.1%).

**Tabla 15.** CORRELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES Y LOS COMPONENTES FÍSICO Y MENTAL DEL CUESTIONARIO SF-36 DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2022.

		<b>Correlaciones</b>	
		COMPONENTE FÍSICO	COMPONENTE MENTAL
FUNCION FISICA (0-100)	Correlación de Pearson	0.819	0.251
ROL FISICO (0- 100)	Correlación de Pearson	0.549	0.232
DOLOR CORPORAL (0- 100)	Correlación de Pearson	0.744	0.273
SALUD GENERAL (0-100)	Correlación de Pearson	0.375	0.496
VITALIDAD (0- 100)	Correlación de Pearson	0.345	0.74
FUNCION SOCIAL (0-100)	Correlación de Pearson	0.355	0.708
ROL EMOCIONAL (0- 100)	Correlación de Pearson	0.132	0.593
SALUD MENTAL (0-100)	Correlación de Pearson	0.146	0.929

En la tabla 15 se muestra la correlación de las dimensiones entre los componentes físico y mental. El cuestionario SF-36 de calidad de vida señala que casi todas las dimensiones se encontraron influenciadas entre los componentes ( $p < 0.05$ ), sin embargo, la dimensión de Rol emocional y Salud mental sí presentaron relación con el componente mental, pero no con el componente físico ( $p$ : 0.22 y 0.18).

De acuerdo con la correlación de Pearson, en el componente físico la mayor influencia está dada por la Función física (Pearson: 0.819) y el Dolor corporal (Pearson: 0.744) siendo los

que afectan directamente el Componente físico. Por otro lado, en el componente mental la mayor influencia está dada por las dimensiones de Vitalidad (Pearson: 0.740) y Salud mental (Pearson: 0.929).