

Calidad de vida de pacientes post covid de las instituciones prestadoras de salud, Apurímac, 2020

Rocío Cahuana Lipa

rcahuanal@utea.edu.pe

ORCID: 0000-0002-7671-5585

Universidad Tecnológica de los Andes
Perú, Andahuaylas

Julio César Machaca Mamani

jcmachaca@unajma.edu.pe

ORCID: 0000-0003-4866-3885

Universidad Nacional José María Arguedas
Perú, Andahuaylas

Rosario Giovanna Machaca Mamani

d01323009@uancv.edu.pe

ORCID: 0000-0002-1606-1575

Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez
Perú, Juliaca

Godofredo Campos Peláez

godoeduca@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-6317-5575

Universidad Nacional José María Arguedas
Perú, Apurímac

RESUMEN

Se enfocó en la determinación de la calidad de vida de los pacientes post Covid que han abandonado los nosocomios de Apurímac destinados exclusivamente para la atención del Covid 19. Es básica, de enfoque cuantitativo y nivel descriptivo observacional. Se aferró al método general. Se diferencia por su transversalidad y por su carácter no experimental. Permitió la diligencia de la encuesta a 169 individuos que corresponden al tercer trimestre de 2020 destacándose el género femenino en 54%. Se aplicó el instrumento (SF-36 v. 2.0) respaldado por la OMS de 36 ítems en 8 dimensiones.

Los hallazgos señalan que el 77,5%, de los encuestados alcanzaron regularidad; 22,5% mala y ninguno buena o excelente calidad de vida. Por dimensiones se dio cuenta que la

función social, función física, percepción de la salud, vitalidad y salud mental, han revelado regularidad en la calidad de vida alcanzando el 79%, 60%, 63%, 51,5%, y 73% respectivamente. Por otra parte, evidenciaron, mala calidad de vida en el rol emocional, dolor corporal y rol físico en 51%, 52% y 63% individualmente. Solamente la función social, el rol físico y emocional, alcanzaron buena calidad en 12%, 5% y 15%.

Se concluye que la evolución de la salud resultó algo peor ahora, que hace un año atrás en 59%, sin embargo, la percepción buena de la salud sólo alcanzó 37%, además se logró regularidad general dentro del componente salud mental en 73% y mala calidad dentro del componente salud física en 57%.

Palabras clave: calidad de vida; paciente; covid 19

Quality of life of post-covid patients of health provider institutions, Apurímac, 2020

ABSTRACT

It was focused on determining the quality of life of post-covid patients who have left the Apurímac hospitals destined exclusively for Covid 19 care. It is basic, with a quantitative approach and an observational descriptive level. He stuck to the general method. It differs by its transversality and by its non-experimental nature. It allowed the diligence of the survey to 169 individuals corresponding to the third quarter of 2020, highlighting the female gender in 54%. The instrument (SF-36 v. 2.0) supported by the WHO with 36 items in 8 dimensions was applied.

The findings indicate that 77.5% of the respondent's reached regularity; 22.5% poor and none good or excellent quality of life. By dimensions, it was realized that social function, physical function, perception of health, vitality and mental health, have revealed regularity in the quality of life reaching 79%, 60%, 63%, 51.5%, and 73% respectively. On the other hand, they evidenced poor quality of life in the emotional role, bodily pain and physical role in 51%, 52% and 63% individually. Only the social function, the physical and emotional role, reached good quality in 12%, 5% and 15%.

It is concluded that the evolution of health was somewhat worse now, than a year ago in 59%, however, the good perception of health only reached 37%, in addition, general regularity was achieved within the mental health component in 73% and poor quality within the physical health component in 57%.

Keywords: quality of life; patient; covid 19

Artículo recibido: 20 diciembre. 2021

Aceptado para publicación: 10 enero 2022

Correspondencia: juliocesarmachacamamani400@gmail.com

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

1. INTRODUCCIÓN

La OMS en el 2018 ha definido la calidad de vida con relación a la salud bajo las siglas de (CVRS), como las valoraciones de las percepciones personales que reflejan los individuos de sus situaciones de vida, referenciando su contexto y haciendo consideraciones de sus intereses, valores y expectativas buscando alcanzar estados de satisfacción generalizados, derivados de las realizaciones de las potencialidades de los individuos referentes a cuestiones subjetivas y aspectos objetivos.

Se trata de autovaloraciones en concordancia a sus propios discernimientos de los estados físicos, emocionales y sociales en determinados momentos reflejando satisfacciones: Fisiológicamente (discapacidad funcional, sueño, sintomatología general, respuesta sexual), emocionalmente (tristeza miedo, inseguridad, frustración), y socialmente (situaciones educativas, laborales, interactividades sociales, amistades. relaciones básicamente familiares, niveles económicos, participaciones dentro de la comunidad, actividades de ocio, entre otros). Es decir, pone énfasis sobre dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción, grados de bienestar, equilibrio lógico, psíquico y la responsabilidad social que serían directamente afectados por un proceso de enfermedad, en este caso, a causa del Covid 19. Es preciso indicar que no incluyen aspectos tangibles como son los ambientes hospitalarios y las relaciones puestas de manifiesto del equipo de salud con el paciente.

Actualmente, se ha transformado en un indicador que refleja las evoluciones de los estados de salud y que evidencian perfiles con mayores énfasis sobre las evaluaciones de las personas a cerca de las limitaciones que exteriorizan en las áreas psicológica, biológica y social frente a las enfermedades y su respectiva evolución, como respuesta estratégica no solamente para alargar la vida, sino también para aliviar las sintomatologías manteniendo los funcionamientos vitales de las personas después de haber superado el contagio del Covid 19 en Apurímac y que debería ser considerado como un proceso concluyente o final de una situación efímera, que empieza de las necesidades de apreciación objetiva de las dimensiones físicas a la integralidad del ser humano racional que se enfrenta a situaciones de crisis y desequilibrios de la salud que conlleva a deterioros de la calidad de vida digna, pues afectan directamente los diferentes escenarios de la vida social y laboral, teniendo en cuenta que la salud no solamente es la ausencia o

desaparición de la enfermedad, sino más bien los estados de bienestar psicológico, social y físico dentro del medio en el cual se interactúa.

Según la OMS (2017) hoy por hoy, la calidad de vida es un asunto que demanda demasiados intereses en distintas esferas como son: El político, antropológico, religioso, económico, cultural, sociológico demográfico y prioritariamente la salud, debido a la existencia constante de necesidades para llevar a afecto valoraciones y revaloraciones, haciendo uso de este indicador subjetivo que ha recibido el respaldo de la OMS, para cotejar estados de satisfacción e insatisfacción de gentes que se encuentran insertados en contextos biopsicosociales que manifiestan cambios constantemente.

Es preciso mencionar que dicho interés es de antaño y su concepto no es solamente de ahora. Sin embargo, su aparición como tal y las preocupaciones por las evaluaciones sistemáticas y científicas del mismo no son muy antiguas. Los primeros indicios se popularizan en los años 60 cuando fue introducido en los debates públicos en torno a los cambios climáticos, medio ambiente y al detrimento de las condiciones de vidas humanas en latitudes urbanas a consecuencia de las industrializaciones masivas de la sociedad que hacen aparecer las necesidades de hacerlo a través de dataciones objetivas.

A través de las Ciencias Sociales se empieza con la incorporación de indicadores precisamente de carácter social y estadísticos que permiten lograr mediciones de datos y hechos emparentados al bienestar social y común de la población. A mediados de los setentas y comienzos de los ochentas, la proposición empieza a definirse como arquetipo integrador y multidimensional que hacen referencia indistintamente a las consideraciones objetivas como a las cuestiones subjetivas. La inserción como terminología científica se dio en revista monográfica de Estados Unidos, intitulada "Social Indicators Research" de 1974 y en el "Sociological Abstracts" en 1979. (OMS, 2017).

En la actualidad los sistemas de salud a nivel mundial afrontan enormes desafíos asociados a la gran complejidad de tareas que conlleva la atención de la salud por sí mismo. En plena época postmodernista y del siglo XXI, se ha puesto verdadero énfasis en el enfoque centrando en el usuario, cliente, demandante, paciente o como quiera llamársele, de hecho concebido como persona natural o simplemente como ser humano, individualizado por que manifiesta una serie de necesidades que deben ser satisfechas; como la razón de ser de las organizaciones, pues son precisamente estas instituciones las

que dependen de ellos y no al revés, tal como sucedía en antaño falsamente interpretado y tal como lo refiere la OMS en el año 2011. (OMS, 2014).

Según el (INEI, 2020) las estimaciones y proyecciones de las poblaciones del Perú del 2018 al 2020 contenidas en el boletín N° 26 del INEI 2020, dan cuenta a nivel departamental, que Apurímac bordea una población fluctuante entre los 427,323 y 430,736 habitantes, lo que no hace más que confirmar que el crecimiento poblacional ocasionará mayores demandas de intangibles (servicios) que están dispuestos a su alrededor, sin embargo, se hace evidente la insuficiencia de la oferta total diferenciada de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) que han sido dispuestos para la atención del Covid 19 en dicha región dada la magnitud y trascendencia de la problemática sanitaria, habida cuenta que, la densidad del capital humano en salud a nivel país, es de 18 agentes de salud por cada 10,000 habitantes, fenómeno que hace exigua la cobertura a plenitud de las necesidades de los usuarios. En ese sentido, el estudio da cuenta del registro de pacientes dados de alta y encuestados estratificadamente durante el tercer trimestre de 2020 haciendo un total de 169 sujetos de abandonaron los nosocomios en su mayoría mujeres todos ellos adscritos a algunas de las instituciones administradoras de fondos que tienen que ver con el aseguramiento en salud (IAFAS). Finalmente, se hace evidente que la salud no tiene precio, pero sí, un costo, el mismo que debe ser gestionado eficazmente, eficientemente y equitativamente por parte del Estado.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Métodos y diseño de la investigación

Citando a Ñaupas, et al. (2018) está comprendido dentro del método general, que a su vez integró como sub división de este método al dialéctico ratificando que los conocimientos están en permanente cambio y no son estáticos. También utilizó el método específico para desarrollar procedimientos de síntesis y análisis de los sucesos reales materia de estudio. Así mismo, del método deductivo, analizando los hechos desde una perspectiva general para concluir en cuestiones particulares. Del método inductivo, actuando de manera inversa al deductivo, es decir, analizando los fenómenos de la realidad de manera particular para arribar a cuestiones generales y al inferencial, como evaluación de carácter mental permitió llevar a cabo deducciones, estimar consecuencias y proyectar resultados a través de la lógica.

Diseño: Citando a Hernández, et al. (2015) de acuerdo al tipo de manipulación aplicado a la variable, el diseño está concebido como no experimental, sencillamente, por que no permitió perpetrar ningun tipo de experimentaciones, debido a que fue imposible modificar la variable incorporada respetando en todo momento su contexto. Se configuró además como una investigación caracterizada por su traseccionalidad, describiendo los fenómenos tal cual se encontraron en la realidad tomando en cuenta su tiempo de estudio.

Figura 1 *Diseño descriptivo*



Fuente: Elaboración propia en base a Hernández (2019).

Donde: M = Muestra y O1 = Variable única observada

2.2. Metodología de la investigación

Tipo. De acuerdo a Carrasco (2017) se trata de una investigación básica o llamada también pura, dogmática o teórica, debido a que su origen se gestó dentro del marco de las teorías y permanecerá dentro de sus límites. Así mismo, sus aportes incrementarán los conocimientos científicos sin la necesidad de contrastarlos de manera práctica. Dicho en otras palabras, no tiene como propósito central la aplicación ipso facta de carácter práctico, debido a su limitación de ahondaje y acrecentamiento de los conocimientos.

Nivel. Tal como refiere Bernal (2010) se configura en un estudio descriptivo cuyo grado de profundidad y secuencialidad se encauza y/o enfoca hacia la realidad, lo que ha permitido determinar y describir representatividades logrando generalizaciones en los resultados. [9] alega que algunos de los requisitos que son tomados en cuenta en este tipo de estudios son la temporalidad y el origen explícito de los fenómenos en una realidad.

Enfoque. Arias (2012) sostiene que está enmarcado dentro del cuantitativo, debido a que apeló a las mediciones numéricas y al análisis estadístico, para lograr establecimientos de patrones o arquetipos de conductas dentro del espacio de las teorías como resultados que homologan la realidad llevando a cabo comparaciones lógicas que consideran esta realidad sin alterarlos e interpretándolos.

2.3. Población y muestra

Población. Estuvo dado por la totalidad de pacientes de los 8 establecimientos de salud dispuestos para la atención inmediata a los casos Covid 19 de la región Apurímac para el tercer trimestre de 2020 dados de alta. (Hernández, 2010).

Tabla 1. Población de pacientes dados de alta entre julio a septiembre de 2020

IPRESS – DISA APURIMAC Institución	Provincia / Distrito	Categoría	Altas
Seguro Social de Salud – Essalud	Abancay/Abancay	II-1	0
Hospital I Santa Margarita -Essalud	Andahuaylas/Andahuaylas	II-1	0
Hospital Diospi Suyana – Privado	Abancay/Curahuasi	II-1	21
Hospital Subregional de Andahuaylas – GORE	Andahuaylas/Andahuaylas	II-2	113
Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega – GORE	Abancay/Abancay	II-2	168
Chanta Umaca – GORE	Andahuaylas/ Andarapa	I-1	0
Hospital Chincheros – GORE	Chincheros/Chincheros	II-1	0
Tambobamba – GORE	Cotabambas/Tambopata	II-1	0
Total			302

Fuente: DISA Apurímac.

Muestra. Estuvo dado por los pacientes de 3 establecimientos de salud dispuestos para la atención inmediata a los casos Covid 19 de la región Apurímac para el tercer trimestre de 2020 que registraron altas efectivas y que fueron seleccionados bajo la técnica de muestreo probabilístico y de manera estratificada. Utilizando la siguiente fórmula donde: “n” es la muestra inicial, “Z” es nivel de confianza estimado en 1,96, “p” y “q” son las probabilidades de éxito y fracaso, estimadas en 0,50 respectivamente, “N” la población que es igual a 302 pacientes dados de alta y “E” es el margen de error de 5% equivalente a 0,05. (Neil, 1999).

$$n = \frac{(Z)^2 * (p*q*N)}{(E)^2 * (N-1) + (Z)^2 * (p*q)}$$

Tabla 2 Muestra estratificada de la muestra

IPRESS – DISA APURIMAC Institución	Provincia / Distrito	Categoría	Altas
Hospital Diospi Suyana – Privado	Abancay/Curahuasi	II-1	12
Hospital Subregional de Andahuaylas – GORE	Andahuaylas/Andahuaylas	II-2	63
Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega – GORE	Abancay/Abancay	II-2	168
Total			169

Donde: GORE = Gobierno Regional, DISA = Dirección de Salud, IPRESS = Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Fuente: DISA. Apurímac

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Debido a sus particularidades fue necesario la aplicación de la encuesta, concebida además como un procedimiento muy empleado en las investigaciones descriptivas donde se hace efectivo la recopilación cuantiosa de datos a través del cuestionario de ítems; adaptados a los marcos teóricos que respaldan las dimensiones e indicadores de la pesquisa. (Torres Bardales, 1998).

Instrumento

En alusión a Espinoza (2010) fue oportuno el diligenciamiento del cuestionario compuesto por 36 reactivos distribuidos en ocho dimensiones. Antes de su aplicación ha cumplido los requisitos de consistencia, valoración y reflexión para ser sometidos a ensayos y correcciones previos a su ejecución oficial en la muestra obtenida. El mismo que, por cierto, estuvo compuesto además por escalas de medición de Likert con preguntas cerradas cuyo tiempo de resolución fue de 30 minutos. Además, fue estandarizado y validado por la OMS.

Validez y confiabilidad

Hernández, et al. (2014) afirman que se debe tener en cuenta dos prácticos procedimientos conocidos bajo la denominación de procesos de determinación de la validez y el cálculo de confiabilidad. Para determinar la validez fue necesario revisar minuciosamente la literatura disponible sobre el tema central del estudio, cualquiera fuera su fuente o procedencia segura. Para el cálculo de confiabilidad, fue preciso la utilización de herramientas de cálculo y medición informatizadas y que permitieron mostrar los datos transformados en informaciones representadas a través de tablas, gráficos y textos que luego fueron interpretados como resultados que generaron conclusiones. Para nuestro caso en particular fue necesario el uso del Alfa Cronbach.

Cuestionario de Salud SF-36 v. 2.0

Por su carácter descriptivo y evaluativo es versátil y simple, es el más reconocido y utilizado inextensamente a nivel mundial. Fue desarrollado a comienzos de los 90 en Estados Unidos y en 1993 fue adaptado al idioma español por Ware Alonso J, Prieto L. conociéndose bajo las siglas SF-36 Versión 2.0. Actualmente está traducido a más de 40 idiomas diferentes para determinar valoraciones de los estados de salud tanto positivos como negativos de los individuos consultados. Según Ware, et al (1994) consta de 36

preguntas integradas en 8 dimensiones. Ha sido validado por la OMS y ha probado ser útil al momento de indagar sobre las cuestiones físicas y sociales, roles emocionales y físicos, salud mental, vitalidad, dolores corporales y las percepciones de la salud, es decir, aludiendo contenidos a cerca de cuestiones centrados en los estados funcionales tangibles y emocionales de los sujetos intervinientes tomando en cuenta las cuatro últimas semanas antes de ser aplicado dicho instrumento, otorgándoles escalas de valoración que van desde el cero (0) al cien (100) para todos los reactivos, dando cuenta así mismo que los dígitos más altos demuestran mejor calidad de vida y proporcionalmente de manera inversa sucede lo propio con la regularidad y mala calidad de vida, donde no todas las contestaciones registran los mismos valores, ya que estos dependen de la cantidad de posibilidades de dichas respuestas planteadas para cada una de las preguntas.

Para el desarrollo de su evaluación se han implementado dos formas distintas de efectuar puntuaciones: La del Health Institute y la del Rand Group, precisamente la investigación se basó en este último por su dinamicidad, fácil comprensión e interpretación de sus resultados. Complementariamente es posible calcular, además, los componentes generales de salud física y salud mental. En el epílogo, es aplicable a una gama de situaciones sanitarias, debido a que puede ser aplicado por los entrevistadores o en su defecto autoadministrado y/o a través del sistema telefónico o por medio de los soportes informáticos, los mismos que han sido utilizados en la investigación.

Según Ware JE, Jr., Sherbourne (1993) las dimensiones de la calidad de vida son:

- **Función Física:** Considera el grado en el que la disminución de la salud logra limitar las actividades físicas de la vida diaria, como por ejemplo el cuidado personal, las caminatas, el ascenso de las escaleras, transportar o coger cargas y llevar a cabo esfuerzos intensos y moderados.
- **Rol Físico:** Calificado como el grado en el que la disminución de la salud logra interferir en el trabajo y otras actividades diarias, ocasionando rendimientos menores a los deseados, limitando o dificultando el tipo de actividades que pueden ejecutarse a diario.
- **Dolor Corporal:** Considera la valoración de la intensidad de dolor y su consecuencia en el trabajo habitual dentro y fuera de casa.
- **Salud General:** (percepción de la salud general). Se trata de la autovaloración y de manera personal del estado de salud, que toma en cuenta las situaciones actuales

(presente) y las perspectivas en tiempo futuro y la capacidad de resistencia a las enfermedades.

- **Vitalidad:** Cuantifica el vigor y la energía frente a las sensaciones de agotamiento o cansancio.
- **Función social:** Logra medir el grado en el que los problemas de salud sean estos físicos o emocionales ocasionan interferencia en las relaciones sociales y la vida social.
- **Rol emocional:** Valora el grado en el que los problemas emocionales logran interferencia en el trabajo u otras actividades diarias, lo que demanda la disminución en el tiempo dedicado a esas actividades, ocasionando rendimientos menores a los deseados y una evidente disminución del cuidado y atención al trabajar.
- **Salud Mental:** Logra valoraciones de la salud mental general. Incluye la ansiedad, la depresión, el control emocional y el control de la conducta.

Ética en la investigación

De acuerdo al Informe Belmont (1978) en primer lugar, ha partido por la atención y obediencia a las consideraciones del Informe Belmont, desarrollado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, intitulado: "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación". Dicho documento datado en 1978, recapitula tres principios éticos y fundamentales que han sido puestos en práctica al momento de interactuar con seres humanos en la investigación, a saber:

- **Respeto a las personas:** Salvaguardando su autonomía de acuerdo al consentimiento informado, resguardo de la confidencialidad e identidad de los diligenciados y de los datos recopilados.
- **Beneficencia:** Por medio de la minimización de los riesgos para los sujetos intervinientes en el estudio y la maximización de los beneficios para la investigación.
- **Justicia:** No se ha aprovechado mal intencionadamente de las buenas voluntades de los participantes. Por lo tanto, se ha dado uso de procedimientos razonables en términos de costo y beneficio. Por último, no se ha registrado de ningún suceso contraproducente durante la producción de dicho documento

Tabla 3 Operacionalización de la variable parte 1

Nº	Dimensión	Cant. Item	%	Reactivos	Escala de medición	Índice
1	FF	10	28	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j	1) Sí, me limita mucho 2) Sí, me limita un poco 3) No, no me limita nada	0 50 100
2	FS	2	6	6 y 10	1) Nada 2) Un poco 3) Regular 4) Bastante 5) Mucho 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Muchas veces 4) Algunas veces 5) Casi nunca 6) Nunca	100 75 50 25 0 0 20 40 60 80 100
3	RF	4	11	4a,4b,4c y 4d	1) Si 2) No	0 100
4	RE	3	8	5ª,5b y 5c	1) Si 2) No	0 100
5	SM	5	14	9b,9c,9d,9f y 9h.	1) Siempre 2) Casi siempre 3) Muchas veces 4) Algunas veces 5) Casi nunca 6) Nunca 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Muchas veces 4) Algunas veces 5) Casi nunca 6) Nunca	0 20 40 60 80 100 100 80 60 40 20 0

CSF= FF+RF+DC+PS

CSM= V+FS+RE+SM

Donde: FF = función física, FS = Función social, RF= Rol físico, RE= Rol emocional, SM = Salud mental, CSF= Componente salud física, CSM= Componente Salud mental

Fuente: Ware JE, S. K Kosinski M. (1994)

Tabla 4.*Operacionalización de la variable parte II*

Nº	Dimensión	Cant. ítem	%	Reactivos	Escala de medición	Índice Und.
6	VT	4	11	9a,9e,9g y 9i	1) Siempre 2) Casi siempre 3) Muchas veces 4) Algunas veces 5) Casi nunca 6) Nunca	100 80 60 40 20 0
					1) Siempre 2) Casi siempre 3) Muchas veces 4) Algunas veces 5) Casi nunca 6) Nunca	0 20 40 60 80 100
7	DC	2	6	7 y 8	1) No, ninguno 2) Sí, muy poco 3) Sí, un poco 4) Sí, moderado 5) Sí, mucho 6) Sí, muchísimo	100 80 60 40 20 0
					1) Nada 2) Un Poco 3) Regular 4) Bastante 5) Mucho	100 75 50 25 0
8	PS	5	14	11a,11b, 11c,11d y 1	1) Totalmente cierta. 2) Bastante cierta 3) No lo sé 4) Bastante falsa 5) Totalmente falsa	0 25 50 75 100
					1) Totalmente cierta. 2) Bastante cierta 3) No lo sé 4) Bastante falsa 5) Totalmente falsa	100 75 50 25 0
					1) Excelente 2) Muy buena 3) Buena 4) Regular 5) Mala	100 75 50 25 0

					1) Mucho mejor ahora que hace un año atrás	
					2) Algo mejor ahora que hace un año atrás	100
		1	3	2	3) Más o menos igual que hace un año atrás	75
					4) Algo peor ahora que hace un año atrás	50
	ES				5) Mucho peor ahora que hace un año atrás	25
						0
CSF= FF+RF+DC+PS						
CSM= V+FS+RE+SM						

Donde: VT= Vitalidad, DC= Dolor corporal, PS= Percepción de la salud

o salud general, ES= Evolución de la salud, CSF= Componente salud física,

CSM= Componente Salud mental

Fuente: Ware JE, S. K Kosinski M. (1994)

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los resultados generales se dice:

Tabla 5. Género

Válido	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Masculino	78	46,2	46,2	46,2
Femenino	91	53,8	53,8	100,0
Total	169	100,0	100,0	

Fuente: DISA Apurímac

Mayor presencia del género femenino en 54%

Tabla 6. Edad

Válido en años de edad	F	%	% válido	% acumulado
<= 34	53	31,4	31,4	31,4
de 35 a 51	52	30,8	30,8	62,1
de 52 a 68	42	24,9	24,9	87,0
de 69 a 85	19	11,2	11,2	98,2
de 86 a 100	3	1,8	1,8	100,0
Total	169	100,0	100,0	

Fuente: DISA Apurímac

Las edades con mayores presencias están por debajo de los 52 años de edad.

Tabla 7. Edad

Válido	F	%	% válido	% acumulado
(SIS-PEAS y Complementario)	99	58,6	58,6	58,6
(Sanidades - Plan Específico)	10	5,9	5,9	64,5
(SIS-solo PEAS)	22	13,0	13,0	77,5
(EsSalud - Plan Específico)	14	8,3	8,3	85,8
(Sanitas Perú EPS-SCTR) (EsSalud-Plan Específico)	1	,6	,6	86,4
No registrado en ninguna IAFA	23	13,6	13,6	100,0
Total	169	100,0	100,0	

Fuente: DISA Apurímac

El 59% utilizó el (SIS-PEAS y Complementario) mayoritariamente.

Tabla 8. Altas por nosocomio de salud

Válido	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega	94	55,6	55,6	55,6
Hospital Subregional de Andahuaylas	63	37,3	37,3	92,9
Hospital Diospi Suyana	12	7,1	7,1	100,0
Total	169	100,0	100,0	

Fuente: DISA Apurímac

En 56%, la mayor cantidad de altas se registró en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega de Abancay.

Tabla 9. Indicadores de la función física

ítem	Si, me limita mucho		Si, me limita un poco		No, no me limita nada		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
3 ^a	78	46,2	38	22,5	53	31,4	169	100
3b	51	30,2	58	34,3	60	35,5	169	100
3c	50	29,6	54	32,0	65	38,5	169	100
3d	63	37,3	48	28,4	58	34,3	169	100
3e	53	31,4	50	29,6	66	39,1	169	100
3f	89	52,7	80	47,3	0	0,0	169	100
3g	81	47,9	88	52,1	0	0,0	169	100
3h	95	56,2	74	43,8	0	0,0	169	100
3i	85	50,3	84	49,7	0	0,0	169	100
3j	99	58,6	70	41,4	0	0,0	169	100

Fuente: Elaborado por los ejecutores

Tabla 10. Indicadores de la función social

Ítem	Regular		Bastante		Mucho		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
6	51	30,2	69	40,8	49	29,0	169	100

ítem	Muchas veces		Algunas veces		Casi nunca		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
10	53	31,4	54	32,0	62	36,7	169	100

Fuente: Elaborado por los ejecutores

Tabla 11. Indicadores del rol físico

ítem	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
4 ^a	112	66,3	57	33,7	169	100
4b	138	81,7	31	18,3	169	100
4c	117	69,2	52	30,8	169	100
4d	86	50,9	83	49,1	169	100

Fuente: Elaborado por los ejecutores

Tabla 12. Indicadores del rol emocional

ítem	Si		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
5a	82	48,5	87	51,5	169	100
5b	90	53,3	79	46,7	169	100
5c	76	45,0	93	55,0	169	100

Fuente: Elaborado por los ejecutores

Tabla 13. Indicadores de la salud mental

ítem	Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
9b	16	9,5	29	17,2	33	19,5	35	20,7	17	10,1	39	23,1
9c	13	7,7	23	13,6	25	14,8	46	27,2	40	23,7	22	13,0
9d	24	14,2	32	18,9	29	17,2	30	17,8	15	8,9	39	23,1

Fuente: Elaborado por los ejecutores

Tabla 14. Indicadores de la salud mental

ítem	Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
9f	29	17,2	26	15,4	23	13,6	36	21,3	27	16,0	28	16,6
9h	27	16,0	43	25,4	32	18,9	25	14,8	19	11,2	23	13,6

Fuente: Elaborado por los ejecutores

Tabla 15. Indicadores de vitalidad

Indicador	Algunas veces		Casi nunca		Nunca		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
9a	57	33,7	51	30,2	61	36,1	169	100
9e	64	37,9	46	27,2	59	34,9	169	100

ítem	Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
9g	39	23,1	29	17,2	15	8,9	23	13,6	31	18,3	32	18,9
9i	29	17,2	42	24,9	25	14,8	14	8,3	29	17,2	30	17,8

Fuente: Elaborado por los ejecutores

Tabla 16. Indicadores de dolor corporal

ítem	Si, moderado		Sí, mucho		Sí, muchísimo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
7	60	35,5	53	31,4	56	33,1	169	100

ítem	Un poco		Regular		Bastante		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
8	45	26,6	60	35,5	64	37,9	169	100

Fuente: Elaborado por los ejecutores

Tabla 17. Indicadores de la percepción de la salud en general

ítem	Totalmente cierta		Bastante cierta		No lo sé		Bastante falsa		Totalmente falsa	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
11a	41	24,3	74	43,8	54	32,0	0	0,0	0	0,0
11b	0	0,0	0	0,0	56	33,1	53	31,4	60	35,5
11c	58	34,3	62	36,7	49	29,0	0	0,0	0	0,0
11d	0	0,0	0	0,0	64	37,9	52	30,8	53	31,4

Fuente: Elaborado por los ejecutores

De acuerdo a estos resultados preliminares se pudo sostener los parámetros para determinar los niveles de calidad de vida:

De [0 - 33] = mala

De [34 - 67] = regular

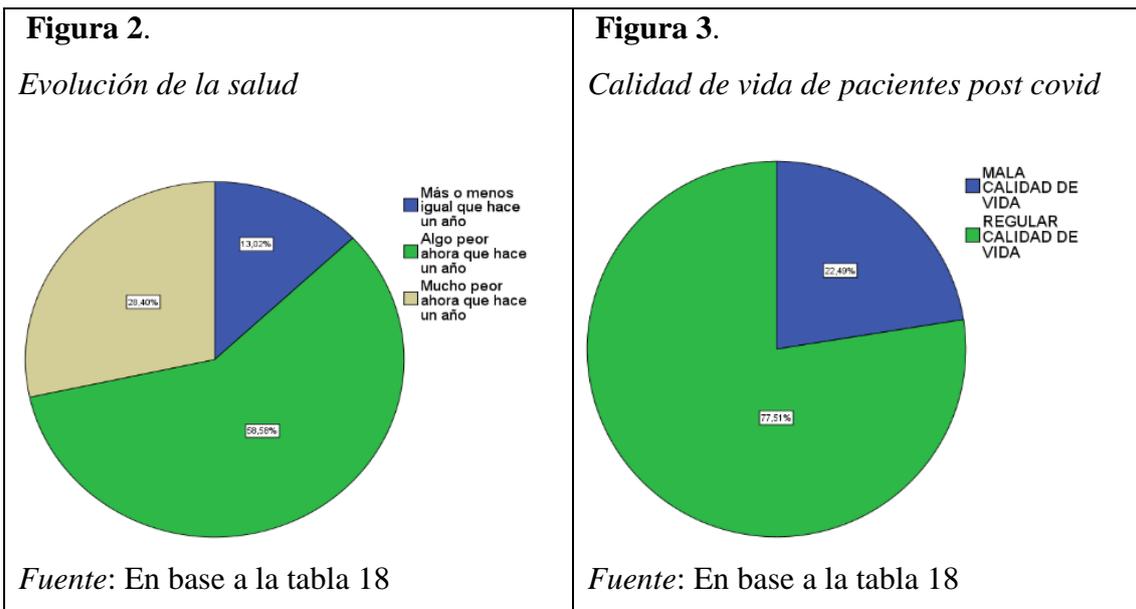
De [68 - 100] = buena

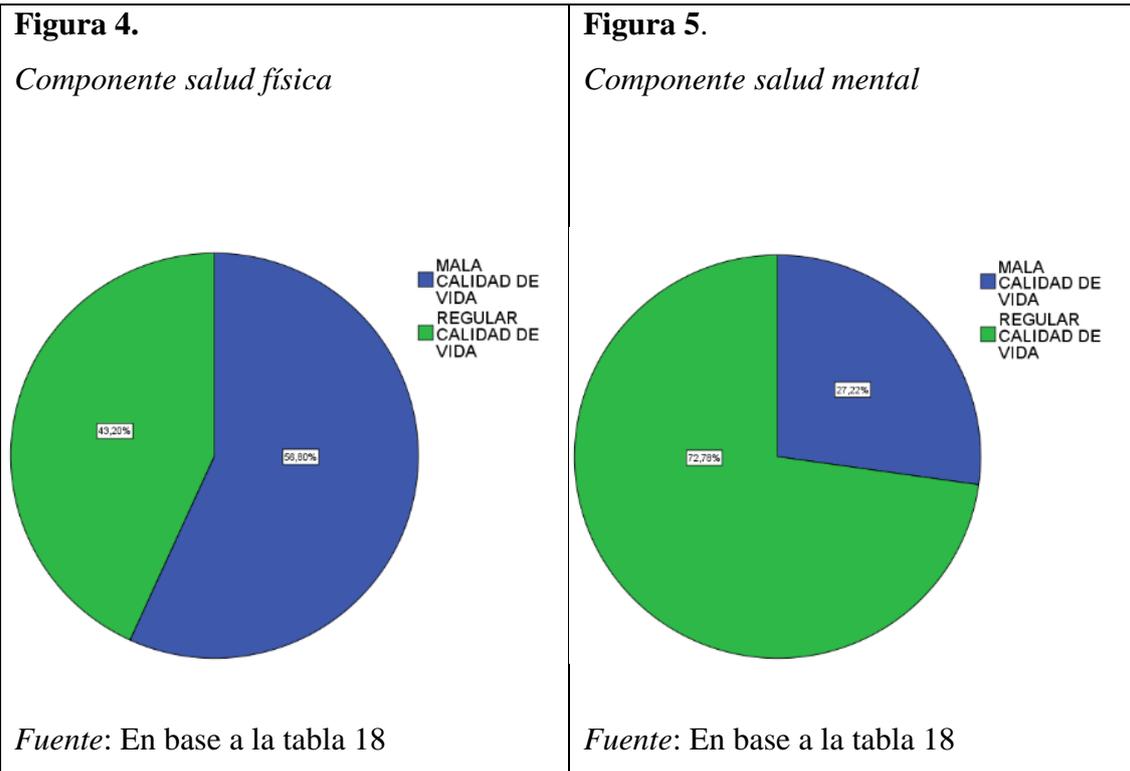
Tabla 18. Niveles de calidad de vida

	Mala		Regular		Buena		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
FF	67	39,6	102	60,4	0	0,0	169	100
FS	15	8,9	134	79,3	20	11,8	169	100
RF	107	63,3	54	32,0	8	4,7	169	100
RE	86	50,9	58	34,3	25	14,8	169	100
SM	16	9,5	123	72,8	30	17,8	169	100
VT	82	48,5	87	51,5	0	0,0	169	100
DC	88	52,1	81	47,9	0	0,0	169	100
PS	0	0,0	106	62,7	63	37,3	169	100
TV	38	22,5	131	77,5	0	0,0	169	100
CSF	96	56,8	73	43,2	0	0,0	169	100
CSM	46	27,2	123	72,8	0	0,0	169	100

Fuente: Elaborado por los ejecutores

La tabla 18, evidencia que los encuestados refieren mayor regularidad en la función física en 60%, función social en 79%, salud mental en 73%, vitalidad en 52%, percepción de la salud en 63%. Por su parte, revelan mala calidad de vida en el rol físico con 63%, rol emocional en 51% y dolor corporal en 52%





CONCLUSIONES

- Predominancia en la regularidad de la calidad de vida en 131 individuos dados de alta que equivalen al 77,5% y mala calidad de vida en 38 que representa el 22,5 de la muestra.
- Evidencia de mayor cantidad de casos femeninos en 54%.
- Las edades con mayores presencias en el estudio están por debajo de los 52 años de edad.
- El 59% utilizó el (SIS-PEAS y Complementario) mayoritariamente.
- Mayor cantidad de altas se dio en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega de Abancay registrando 56%.
- La evolución de la salud a nivel general, fue algo peor ahora que hace un año atrás en 99 sujetos que representan al 59% mayoritariamente.
- Finalmente, el 73% que equivale a 123 personas alcanzaron regularidad en el componente de salud mental y 57% que representa a 96 individuos alcanzaron regularidad en el componente de salud física.

4. CONSIDERACIONES FINALES

Agradecimientos.

A los pacientes dados de alta de los diferentes establecimientos de salud considerados en el estudio por su tiempo y paciencia, al personal de la oficina de estadística e informática de la DISA Apurímac y al equipo docente por sus aportes.

5. LISTA DE REFERENCIAS

- Arias, F. (2012). *El proyecto de Investigación* (6ta ed.). Caracas: Episteme.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de Investigación*. Colombia: Pearson.
- Carrasco, S. (2017). *Metodología de la Investigación Científica*. Lima: San Marcos.
- Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos (1978). Informe Belmont: Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación.
<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Espinoza, S. (2010). *Metodología de la Investigación Científica*. Lima: Editorial Andrade.
- Hernández, Fernández, & Baptista, L. (2015). *Metodología de la Investigación Científica*. México: McGraw Hill / Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Hernández, R. S., Fernández, C. C., & Baptista, P. L. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México: McGraw Hill
- Hernández, R. S., Fernández, C. C., & Baptista, P. L. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020) Estimaciones y proyecciones de las poblaciones del Perú del 2018 al 2020 boletín N° 26.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1715/libro.pdf
- Neil, S. (1999). *Métodos de Investigación*. México: Pearson Educación.
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J., & Romero, H. (2018). *Metodología de la Investigación Cuantitativa - Cualitativa y redacción de la tesis*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. Estrategia de Cooperación de País. OPS/OMS 2017-2020. San Salvador, febrero 2017

<https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-cooperacion-pais-opsoms-salvador-2017-2020>

- Organización Mundial de la Salud: Un estado de bienestar. [Online]; 2013 [cited 2017 junio 19]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud Inactividad física: Un problema de salud pública mundial. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2014, [citado el 01 de octubre del 2018]. Disponible en: www.who.int/dietphysi
- Torres Bardales, C. (1998). *Metodología de la Investigación Científica*: Orientaciones básicas. Lima: San Marcos.
- Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. https://www.qualitymetric.com/sf-36v2-pro-health-survey-lp/?gclid=CjwKCAiA0KmpBhBqEiwAJqKK4zP0BLdaGj4G_JJ2Nte5ltJLFXe9JLf18Qcbi6DKOGiN9M7ghw_13RoC5wEQAvD_BwE
- Ware JE, Jr., Sherbourne CD (1993). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. framework Conceptual Med Care. Pp 473-483 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/>
- WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Foro mundial de la salud 1996; 17(4): 385-387