



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE  
DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN  
PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PÁRKINSON DEL  
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD “VIRGEN DE LA  
PUERTA” - ESSALUD, TRUJILLO OCTUBRE –  
DICIEMBRE.2016”**

**XIOMARA ARGELITH PEÑA PEREZ**

**TRUJILLO - PERÚ**

**2017**

## HOJA DE APROBACIÓN

**XIOMARA ARGELITH PEÑA PEREZ**

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN  
PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL  
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD “VIRGEN DE LA  
PUERTA” - ESSALUD, TRUJILLO OCTUBRE –  
DICIEMBRE . 2016”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de  
Licenciada Tecnólogo Médico en el área de Terapia Física y  
Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas.

---

---

---

TRUJILLO – PERÚ

2017

Se Dedicar este Trabajo:

A DIOS, por los triunfos y momentos difíciles que me ha enseñado a valorarlo cada día más, por permitirme el haber llegado este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres, por su amor, cariño, comprensión y sacrificio al haberme brindado valores y la mejor educación, retribuyo este logro a su mayor esfuerzo y dedicación.

A mis tíos, por ayudarme a seguir adelante, por sus consejos y comprensión en cada momento de mi vida.

Agradezco sinceramente a mi tutor, Lic. Pedro Renato Rojas Veliz; por su motivación y paciencia de haber culminado este logro que ha sido un honor haber contado con su ayuda y orientación.

Agradecer también, a la Universidad “ALAS PERUANAS”, a los docentes que me guiaron con sus enseñanzas y la motivación se seguir adelante con mis estudios.

Agradecer al Hospital de Alta Complejidad “Virgen de la Puerta” el cual me permitió realizar mi internado, de compartir muy gratos momentos y de haber realizado este trabajo de tesis y comprobar la importancia de esta investigación y pueda ser de utilidad a la comunidad.

## RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue determinar la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedad de Parkinson, así como también el estado funcional, y el bienestar emocional de pacientes con enfermedad de Parkinson del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Alta Complejidad “Virgen de la Puerta” – ESSALUD, Trujillo Octubre – Diciembre . 2016.

La calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que hacen las personas de su propia sensación de bienestar o “percepción de salud general”, con respecto a las dimensiones física, mental y social. Existen 5 grandes dominios para la calidad de vida: genéticas, bioquímicas, mental, emocional y el potencial de salud del individuo. A menudo los médicos han utilizado este concepto para medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes con el fin de comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de la persona.

La presente investigación es del tipo descriptivo, con diseño no experimental de corte transversal. Este tipo de estudio describe cómo es, cómo se manifiesta una variable. La recolección de datos se ejecutó en un solo momento. La población de estudio fue de 50 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson de ambos sexos, en cualquier estadio de la enfermedad, quienes fueron evaluados mediante el “Cuestionario de calidad de vida SF – 36”, instrumento utilizado en esta investigación.

Los resultados nos permiten concluir que el 40% de pacientes con enfermedad de Parkinson presentan mala calidad de vida, el 52% presenta regular calidad de vida y 08% una buena calidad de vida; al analizar el bienestar emocional obtuvimos que el 54% una mala calidad de vida, 38% regular calidad de vida y 08 % buena calidad de vida y por último al analizar el estado funcional obtuvimos 18% mala calidad de vida, 68% regular calidad de vida y 14% buena calidad.

**Palabras claves:** Factores de riesgo disergonómico, lumbalgia crónica.

## ABSTRACT

The purpose of the present investigation was to determine the quality of life related to health in patients with Parkinson's disease, as well as the functional status and emotional well-being of patients with Parkinson's Disease of the Department of Physical Medicine and Rehabilitation of Alta Hospital Complexity "Virgen de la Puerta" - ESSALUD, Trujillo 2016.

Health-related quality of life is the assessment that people make of their own sense of well-being or "general health perception" with respect to the physical, mental and social dimensions. There are 5 major domains for quality of life: genetic, biochemical, mental, emotional and health potential of the individual. Doctors have often used this concept to measure the effects of chronic diseases on their patients in order to better understand how a disease interferes with the daily life of the individual.

The present research is descriptive, with non-experimental cross-sectional design. This type of study describes how it is, how a variable manifests itself. The data collection was executed in a single moment. The study population consisted of 50 patients diagnosed with Parkinson 's disease of both sexes, at any stage of the disease, who were evaluated using the SF - 36 Quality of Life Questionnaire, an instrument used in this research.

The results allow us to conclude that 40% of patients with Parkinson's disease present poor quality of life, 52% have regular quality of life and 08% have good quality of life; We found that 54% had poor quality of life, 38% had regular quality of life and 08% had good quality of life. Finally, when we analyzed the functional status, we obtained 18% poor quality of life, 68% Life and 14% good quality.

**Key words:** Disergonomic risk factors, chronic low back pain.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura N° 1: Distribución por sexo.....                              | 40 |
| Figura N° 2: Variable de calidad de vida relacionada a la salud..... | 41 |
| Figura N° 3: Dimensión estado funcional .....                        | 42 |
| Figura N° 4: Dimensión Bienestar Emocional.....                      | 43 |

## LISTA DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| Tabla N° 1: Edad de la Muestra.....                                 | 39 |
| Tabla N° 2: Prevalencia del sexo de la muestra .....                | 39 |
| Tabla N° 3: Variable de calidad de vida relacionada a la salud..... | 41 |
| Tabla N° 4: Dimensión estado funcional .....                        | 42 |
| Tabla N° 5: Dimensión Bienestar Emocional.....                      | 43 |

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>CARÁTULA</b> .....                                     | 01 |
| <b>HOJA DE APROBACIÓN</b> .....                           | 02 |
| <b>DEDICATORIA</b> .....                                  | 03 |
| <b>AGRADECIMIENTO</b> .....                               | 04 |
| <b>RESUMEN</b> .....                                      | 05 |
| <b>ABSTRACT</b> .....                                     | 06 |
| <b>LISTA DE FIGURAS</b> .....                             | 07 |
| <b>LISTA DE TABLAS</b> .....                              | 08 |
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....                                 | 10 |
| <b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>              |    |
| 1.1. Planteamiento del Problema.....                      | 11 |
| 1.2. Formulación del Problema.....                        | 14 |
| 1.2.1. Problema General.....                              | 14 |
| 1.2.2. Problemas Específicos.....                         | 15 |
| 1.3. Objetivos.....                                       | 15 |
| 1.3.1. Objetivo General.....                              | 15 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos.....                         | 15 |
| 1.4. Justificación.....                                   | 16 |
| <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>                         |    |
| 2.1. Bases Teóricas.....                                  | 17 |
| 2.1.1. Calidad de vida.....                               | 17 |
| 2.1.2. Enfermedad de Parkinson.....                       | 20 |
| 2.2. Antecedentes.....                                    | 29 |
| <b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>                          |    |
| 3.1. Tipo de investigación.....                           | 32 |
| 3.2. Diseño de investigación.....                         | 32 |
| 3.3. Población y muestra de la investigación.....         | 32 |
| 3.3.1. Población.....                                     | 32 |
| 3.3.2. Muestra.....                                       | 32 |
| 3.4. Variables, dimensiones e indicadores.....            | 33 |
| 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 34 |
| 3.6. Método de análisis de datos.....                     | 38 |
| <b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS</b>               |    |
| 4.1. Resultados.....                                      | 39 |
| 4.2. Discusiones de resultados.....                       | 44 |
| 4.3. Conclusiones.....                                    | 45 |
| 4.4. Recomendaciones.....                                 | 46 |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....                   | 47 |
| <b>ANEXOS</b> .....                                       | 50 |
| -Consentimiento informado.....                            | 51 |
| - Instrumento.....  | 52 |
| - Imágenes.....   | 58 |

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa, crónica y progresiva. Sus causas son desconocidas, sin embargo existen diversas teorías que tratan de explicar su origen, desde traumatismos, fármacos y pesticidas, hasta radicales libres que dañan al tejido nervioso, incluyendo células gliales y neuronas.

El número de casos sobre enfermedades neurodegenerativas ha ido aumentando últimamente a nivel mundial tal es así que organizaciones internacionales promueven investigaciones sobre este campo.

Al evidenciar esta problemática, consideré necesario determinar el nivel de calidad de vida relacionada a la salud en estos pacientes para de esta manera pueda ayudar a identificar el impacto de estas enfermedades en particular la enfermedad de párkinson.

De acuerdo a la pesquisa sobre esta problemática, la calidad de vida en estos pacientes relacionada a la salud no debe ser nuestra única preocupación, sino también interesarnos en el estado funcional y el bienestar que nos brinda la evaluación de la calidad de vida que experimentan los pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson.

## I. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad de Parkinson es una afección neurológica progresiva caracterizada por alteraciones del músculo esquelético entre otros. Actualmente esta enfermedad “ocupa el segundo lugar entre las enfermedades neurodegenerativas solo después de la enfermedad de Alzheimer” (1).

Se calcula que a nivel mundial 40 millones de personas la padecen, En Europa 1.2 millones de personas sufren esta enfermedad (2), siendo España uno de los países que cuentan con 150.000 mil personas detectadas con párkinson. (3)

En “Estados Unidos 1 millón de personas son detectadas con la enfermedad de Parkinson” (4), mientras que en “México 500 mil personas sin distinción de sexo lo manifiestan” (2). Por otro lado observamos que en el país de Chile no se encuentra datos exactos sobre la prevalencia de esta enfermedad, solo un estudio de la enfermedad de Parkinson basados en datos internacionales, se puede estimar que cerca de 40.000 pacientes la padecen, según los últimos estudios sobre causa de mortalidad de la población Chilena (5). “Mientras tanto en Bolivia aunque no se cuenta con datos estadísticos de enfermos con párkinson, la cantidad de personas con esta enfermedad ha aumentado y la edad de inicio puede llegar a descender”. (6)

Según “el Ministerio de salud estima que en el Perú alrededor del 1 % de la población padece de la enfermedad de párkinson, ya sea en estado incipiente o estado avanzado” (7).

Asimismo, en la obra La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú - 2009, se señala que la enfermedad de Parkinson se encuentra entre las primeras 50 causas de enfermedades, representando el 4% del total de un estudio cuya población fue de 5,052,866 personas; es decir que representaba a 16,823 personas del total de la muestra (8).

Cabe mencionar que una vez detectada la enfermedad la mayoría de estos pacientes en sus fases iniciales no requieren de segundas personas para ayuda de sus actividades de vida diaria en estas fases iniciales se encuentran los enfermos de una manera independiente.

La mayoría de los pacientes con la enfermedad de párkinson residen en sus domicilios con sus familiares y son cuidados por su propia familia aunque en las fases avanzadas necesiten cuidados de segundas o terceras personas las cuales formaran parte de sus actividades de vida diaria, complicando la situación social de las personas que lo rodean es decir cambios económicos, cambios sociales entre otras actividades ya que al requerir una segunda persona al cuidado de enfermo implicaría un gasto económico y modificaciones de las actividades de vida diaria de los propios familiares al tener que respaldar el estado de su familiar en todos sus aspectos (9).

Actualmente uno de los índices de evaluación relacionado a la salud que establece la Organización Mundial de Salud (OMS) es lo concerniente a la calidad de vida, a la percepción que tiene el paciente con respecto a su salud, deseos y motivaciones; este concepto dentro del campo de la salud es relativamente nuevo, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en

revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término (10).

Las medidas de evaluación tradicionales en el sector salud como la morbilidad, mortalidad y las expectativas de vida, nos brindan una información cuantitativa de este pero dejan un enorme vacío con respecto a la información cualitativa (calidad de vida), información que es importante ya que la OMS, estima que para el 2020 el stress pasará a ocupar el primer lugar en causa de muerte asociándola a enfermedades cardiovasculares y a la depresión con su consecuente riesgo suicida. Es por este motivo que los estudios actuales relacionados a la salud debe de incluir datos cualitativos de la enfermedad y de esta manera poder determinar como una patología afecta la calidad de vida en el ámbito personal, familiar, social, laboral, etc (11).

La evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud aporta, a diferencia, de otras evaluaciones, la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, esto se hace más necesario aun si se tiene un incremento progresivo en las prevalencias de enfermedades crónicas.

Como ya se ha mencionado uno de los factores que influye en la calidad de vida relacionada a la salud son las enfermedades neurológicas crónicas, lo que no solamente repercute en la salud del paciente sino que implica también lo personal, familiar, social laboral y económica que conocemos como calidad de vida relacionado con la salud.

En América Latina, existe también un interés por valorar la calidad de vida relacionada a la salud, desde el año 2004 se han llevado acabo múltiples

jornadas científicas dedicadas al tema, teniendo como resultado la formación en el año 2011 de la Sociedad Latinoamericana de Calidad de vida de UNI-COM, que en diciembre del año 2013 se llevó cabo el II Congreso Latinoamericano de calidad de Vida UNI – COM, donde se expusieron las últimas investigaciones a nivel de Latinoamérica con respecto a la calidad de vida no solamente relacionado a la salud sino también sus influencias en cuanto a la pobreza extrema (12).

En lo que respecta al Perú, en setiembre del 2013 se presentó un informe de la Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible de la Organización Naciones Unidas (UNO), dirigida por el economista estadounidense Jeffrey Sachs y respaldada por la ONU donde menciona que el Perú es el país menos feliz de América del Sur, teniendo como criterios la expectativa de vida, percepción de la corrupción y soporte social, no obstante contamos con muy pocas investigaciones al respecto que nos permitan saber con claridad cómo es que las enfermedades neurológicas crónicas afectan a nuestra calidad de vida siendo prioridad en la ciudad de Trujillo, motivo del presente estudio.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 Problema principal**

**PG.** ¿Cuál es la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedad de Parkinson del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Alta Complejidad “Virgen de la Puerta” - ESSALUD, Trujillo Octubre – Diciembre.2016?

### **1.2.2 Problemas secundarios**

**Ps<sub>1</sub>.** ¿Cuál es la calidad de vida relacionada a la salud en el estado funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Alta Complejidad “Virgen de la Puerta” - ESSALUD, Trujillo Octubre – Diciembre.2016?

**Ps<sub>2</sub>.** ¿Cuál es la calidad de vida relacionada a la salud en el bienestar emocional de pacientes con enfermedad de Parkinson del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Alta Complejidad “Virgen de la Puerta” - ESSALUD, Trujillo Octubre – Diciembre.2016?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

**OG.** Determinar el nivel la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedad de Parkinson del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Alta Complejidad “Virgen de la Puerta” - ESSALUD, Trujillo Octubre – Diciembre.2016.

### **1.3.2 Objetivos secundarios**

**Os<sub>1</sub>.** Determinar la calidad de vida relacionada a la salud en el estado funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Alta Complejidad “Virgen de la Puerta” - ESSALUD, Trujillo Octubre – Diciembre.2016.

**Os<sub>2</sub>.** Determinar la calidad de vida relacionada a la salud en el bienestar emocional de pacientes con enfermedad de Parkinson del Servicio de Medicina

Física y Rehabilitación del Hospital Alta Complejidad “Virgen de la Puerta” - ESSALUD, Trujillo Octubre – Diciembre.2016.

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación obedece a la preocupación que existe actualmente por el aumento de enfermedades neurodegenerativas a nivel mundial tal es así que organizaciones internacionales como la Organización Mundial de Salud y la Organización Panamericana de Salud impulsan el desarrollo de investigaciones en este campo en nuestra región no es ajena esta realidad es por eso que considere necesario determinar el nivel de calidad de vida para de esta manera pueda ayudar a identificar el impacto socio económico de estas enfermedades en particular la enfermedad de párkinson.

Así mismo la presente investigación trata de incentivar la evaluación como un punto importante para plantear nuestros planes y programas de tratamientos fisioterapéuticos.

Hoy en día los problemas de Parkinson y sus secuelas han alcanzado un deterioro funcional desencadenante ya que genera una serie de sintomatologías, al darnos cuenta de toda esta realidad con la que padece el paciente con la enfermedad de párkinson hace necesario investigar el nivel funcional y emocional que nos brinda la evaluación de la calidad de vida que experimentan los pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson.

Una gran mayoría de trabajos de investigación con respecto a parkinson, siempre se centran en las causas y tratamientos médicos y no médicos para disminuir el dolor en lumbalgias crónicas, sin embargo no encontramos muchas

investigaciones que recojan y procesen información con respecto a cómo afecta la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida de los pacientes.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 BASES TEÓRICAS

#### 2.1.1 CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que hacen las personas de su propia sensación de bienestar o “percepción de salud general”, con respecto a las dimensiones física, mental y social. Este enfoque corresponde a la salud auto-percibida y referida por los individuos. Dos personas con el mismo estado de salud pueden tener una calidad de vida diferente. (13)

La manera de como una persona o grupo percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo, a menudo los médicos han utilizado este concepto para medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes con el fin de comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de la persona . (13)

Existen cinco grandes dominios para la calidad de vida (14):

**a) Características genéticas**, no son modificables y que forman la estructura básica del individuo en los que se basan otros aspectos de salud.

**b) Características bioquímicas:** anatómicas y fisiológicas incluyendo la enfermedad, discapacidad y minusvalía, el estado funcional, que incluye la capacidad de realizar AVD, trabajo, estudios y relaciones personales.

**c) El estado mental** que incluye el estado de ánimo percibido.

*d) El estado emocional.*

*e) El potencial de salud del individuo* que incluye la longevidad, el estado funcional potencial individual y el pronóstico de la enfermedad y la incapacidad.

(14)

En la actualidad la calidad de vida se ha transformado en un auténtico marco de referencias para la vida cotidiana, rico, complejo, y cuya clasificación puede ser de gran utilidad para la comprensión sociológica del mundo, porque cuando se refiere a la calidad de vida se está haciendo referencia a una diversidad de circunstancias que incluyen tanto la satisfacción de las necesidades más básicas, percibidas por las personas, a menudo relacionadas con la salud física y psíquica. (15)

- **MEDICIÓN**

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud excluirá aspectos que no pueden ser percibidos por el individuo como las características bioquímicas o genéticas, al igual que del medio ambiente, hábitat y finanzas que también son determinantes de la salud pero no forman parte del estado de salud del individuo, la inclusión de estos dominios conducen a la medición de la calidad de vida mas no de la calidad de vida relacionada con la salud (13).

La calidad de vida relacionada con la salud intenta ampliar la valoración incorporando una serie de componentes entre los que destacaba la percepción subjetiva del paciente del impacto de la enfermedad sobre su vida, aspecto que requería un enfoque multidimensional, más allá de la función, y requería valorar la relación con los cuidados de salud (14)

- **DIMENSIONES**

Estas dimensiones se encuentran normalmente relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía del paciente:

**A. *Funcionamiento físico:*** Incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. No se debe confundir la presencia o no de sintomatología debida a una enfermedad con la repercusión que dicha sintomatología tiene sobre la CVRS. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye deficiencias de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.

**B. *Estado emocional:*** Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También suele incluir la medición de las preocupaciones.

**C. *Funcionamiento social:*** Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.

**D. Bienestar psicológico:** Algunos autores llaman a esta dimensión salud mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. La vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.

**E. *Percepción general de la salud:*** Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud.

Esta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud. Es una dimensión fundamental para poder valorar las diferencias individuales en cuanto a reacciones frente al dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud. Esta dimensión suele correlacionarse con las anteriores (16)

### **2.1.2 ENFERMEDAD DE PARKINSON**

La enfermedad de Parkinson es un trastorno u enfermedad neurológica degenerativa. Afecta primariamente estructuras como la sustancia negra y el estriado, suele comprometer también la corteza cerebral, el sistema límbico y el hipotálamo, es de origen desconocido, reconociéndose múltiples factores en su aparición con un fuerte componente genético cuya importancia puede variar en diferentes situaciones. Afecta a la zona de cerebro encargada de la coordinación y control del movimiento, del tono muscular y de la postura en esta zona, llamada sustancia negra, existe un componente químico, denominado dopamina compuesto esencial para la regulación de los movimientos, es decir que los movimientos se realizan de una forma efectiva y armónica, es decir en la enfermedad de Parkinson se produce una "degeneración" de la sustancia negra cuya consecuencia es la disminución de la dopamina (neurotransmisor), es por ello que las principales manifestaciones clínicas en el plano motor se expresan un control deficiente de los movimientos corporales (la rigidez, la bradicinesia, el temblor de reposo y la alteración de los reflejos posturales) mientras que los síntomas clínicos en el plano Cognitivo aparecen alteraciones de la atención, la memoria y las habilidades espacio espaciales .(17,18)

- **CUADRO CLÍNICO**

Se constituye por: Temblor en reposo, Rigidez, Bradicinesia y la alteración de los reflejos posturales.

Cada una de las alteraciones motoras se liga a diferentes circuitos neuronales. Globalmente la patología es grave. Comúnmente la gente sólo asocia el temblor con la enfermedad de Parkinson dado que es un signo fácil de apreciar.

- **Temblor.** Hablando en términos estrictamente técnicos, el temblor de los pacientes con Parkinson tiene una frecuencia de 4-6 Hertz, lo cual significa que las manos oscilan de un lado para otro de 4 a 6 veces en un segundo. Intentando hacer una explicación de este dato, podemos señalar que una frecuencia de 4 Hertz quiere decir que ocurre cíclicamente cuatro veces un fenómeno en un segundo. Pero aquí ocurre un hecho aparentemente paradójico, y es que las personas que estamos sanas temblamos con una frecuencia de 8-10 Hertz, lo cual es absolutamente normal. Es fácilmente observable entonces que la frecuencia del temblor normal en las personas es mucho mayor que la frecuencia de 4 a 6 Hertz que se presenta en el parkinsonismo, por lo tanto entonces, si temblamos normalmente con una frecuencia mayor que el paciente parkinsoniano, ¿por qué no percibimos que nuestras manos tiemblan tan notoriamente?

La respuesta radica en que la amplitud del temblor de la persona con enfermedad de Parkinson es mucho mayor, razón por la que nos resulta visible el temblor. Increíblemente, la mano del parkinsoniano tiembla menos que la del sujeto normal, aunque el desplazamiento de su mano durante cada oscilación en el

temblor es mayor. Quienes no tenemos la enfermedad de Parkinson temblamos en condiciones normales, pero debido a que la amplitud del temblor es menor resulta imperceptible. Y es que el temblor normal y constante se le llama "temblor fisiológico". El temblor se origina por pequeñas y constantes oscilaciones en las fibras musculares; el temblor fisiológico se debe porque los músculos reciben dos tipos de información motora procedente del sistema nervioso central: una información que nos permite mover los músculos a voluntad a través de un tipo de neuronas conocidas como motoneuronas alfa y otro tipo de información que viaja a través de neuronas motoras llamadas gamma, cuya función radica en activar constantemente a estructuras sensoriales que están dentro del músculo y que son fibras musculares especializadas, llamadas fibras intrafusales.

Para entender las conexiones entre las fibras motoras alfa y las fibras motoras gamma con las fibras musculares vale la pena ahondar un poco más sobre la organización de las fibras musculares. El número de fibras intrafusales es pequeño al compararse con las fibras extrafusales. Las fibras intrafusales constituyen tal vez menos de 0.0001% de toda la masa muscular, es decir, el músculo está constituido básicamente por fibras extrafusales. La gran masa de un músculo está constituida por fibras musculares llamadas extrafusales, cuya función es la contracción. Si una persona se toca el bíceps braquial o cualquier otro músculo, lo que toca y siente son puras fibras extrafusales. Cuando una persona come un jugoso trozo de carne, lo que está comiendo son básicamente fibras extrafusales, las cuales están inervadas por las motoneuronas alfa. Las escasas fibras intrafusales están agrupadas en pequeños islotes, conocidos como huso neuromuscular.

Un músculo como el bíceps, debe tener unos 15 husos musculares en toda su masa y cada huso neuromuscular está constituido por no más de 10 fibras intrafusales. Los husos neuromusculares censan continuamente la posición del músculo durante el movimiento y en reposo. Para que pueda mandar correctamente información al sistema nervioso central las fibras intrafusales deben estar siempre a la misma longitud que las fibras extrafusales. La función de las motoneuronas gamma es enviar la señal para que las fibras intrafusales se contraigan siempre a la misma longitud de las fibras extrafusales. La actividad entre las motoneuronas alfa y las motoneuronas gamma no ocurre al mismo tiempo, están desfasadas temporalmente, desfase de información entre ambas motoneuronas que ocurre de 8 a 10 veces por segundo y es la causa del llamado temblor fisiológico. Los husos neuromusculares envían la información de la posición muscular al sistema nervioso central a través de unas neuronas conocidas como fibras aferentes, mismas que conectan al huso neuro-muscular con el sistema nervioso central y se conocen en la jerga médica como fibras aferentes la (se dice "uno a"). Como los músculos se contraen y se relajan, el cambio de longitud del músculo es una constante.

- **La rigidez** constituye una de las manifestaciones de la enfermedad de parkinson. El aumento anormal de la descarga de las motoneuronas gamma causa un exceso del tono muscular y por lo tanto rigidez, generalmente los músculos flexores son los más afectados por esta sintomatología.

La rigidez consiste en el aumento del tono muscular. Se produce porque al estirar un músculo, su antagonista o músculo opuesto, no se relaja y por lo tanto también se contrae. La rigidez muscular provoca resistencia a la movilización pasiva de las

extremidades o del tronco. Por ello, la rigidez provoca que progresivamente las articulaciones se mantengan en una actitud de semiflexión, provocando una postura corporal típica con la cabeza y tronco inclinados hacia delante y las rodillas y codos semiflexionados. La rigidez puede provocar o producir dolor muscular y articular, por el aumento del tono muscular. En las primeras fases, la rigidez es a menudo poco percibida por la persona que padece enfermedad de Parkinson; solo cuando avanza la enfermedad, el paciente empieza a notar la rigidez en forma de contracción muscular

Clínicamente, la rigidez tiene tanto un aspecto subjetivo, que el paciente experimenta como sensación de que “algo comprime sus músculos” y le frena el movimiento, como un aspecto objetivo que es la resistencia que observa el experimentador, al realizar movimientos pasivos sobre la articulación.

- ***Bradicinesia***

Significa “movimiento lento.” Además de los movimientos lentos, una persona con bradicinesia probablemente también tenga movimientos incompletos, dificultad para iniciar movimientos y ceses abruptos de un movimiento en progreso pérdida de balanceo de las extremidades al caminar pasos cortos y arrastrados (esto se denomina festinación). o en la imposibilidad de levantarse de una silla de un solo intento, con necesidad de desdoblar la acción en por lo menos dos componentes del acto motor.

La bradicinesia y la rigidez pueden manifestarse en los músculos faciales, resultando así en una expresión semejante a una máscara, debido a la bradicinesia este fenómeno se denomina hipomimia (disminución de la expresión facial), una persona con Parkinson puede tener dificultades para realizar

funciones cotidianas, como por ejemplo, abotonarse una camisa, cortar alimentos o cepillarse los dientes. La lentitud y los movimientos incompletos también pueden afectar al habla y al tragar. (19)

- ***Alteración de los reflejos posturales***, este es uno de los síntomas más discapacitantes de la enfermedad de Parkinson ya que predispone a caídas y es causa habitual de la pérdida de la capacidad de los pacientes de valerse por sí mismos, se demuestra en el examen clínico denominado "prueba del tirón" cuando, poniéndolos de pie y con los ojos cerrados, se les empuja desde y hacia atrás. La persona normal resiste el pequeño empujón y cuando este es de mayor magnitud mantiene la vertical al aumentar rápidamente la base de sustentación colocando un pie más atrás, mientras que en las personas con la enfermedad de Parkinson un pequeño empujón provoca una caída en bloque hacia atrás, sin que el paciente atine a reaccionar. (20)

La combinación de rigidez y bradicinesia produce otra serie de trastornos motores, como la pérdida del volumen de la voz (hipofonía), la disartria, también se presenta posturas anormales (escoliosis) y dificultades respiratorias por falta de elasticidad de los músculos respiratorios.

- **ESTADIOS**

Los estadios evolutivos fueron definidos por Hoehn y Yahr en 1967 y han sido aceptados internacionalmente. Podemos distinguir cinco estadios que no necesariamente padecerán todos los pacientes. (18)

**El estadio I:** comprende el inicio de la enfermedad los primeros síntomas tales como rigidez, temblor y bradicinesia, los cuales se presentan de manera unilateral, algunas personas con la enfermedad de párkinson inician las sintomatologías en ambos lados y por consiguiente no presentan esta fase, en esta fase aun el paciente puede realizar sus actividades normales aproximadamente la duración de esta fase es de 03 años.

**El estadio II:** Está definido por la aparición de trastornos bilaterales por lo general se observa que persiste una simetría en la intensidad de la sintomatología, siendo el lado inicial el más afectado, también se observa en esta fase los primeros trastornos posturales con una evidencia de la formación de una cifosis dorsal y aducción de los miembros superiores, presentándose la vida cotidiana un poco difícil. La duración es aproximadamente de 6 años en esta fase.

**El estadio III:** Caracterizado por la aparición de trastornos del equilibrio y afectación de los reflejos posturales y de enderezamiento, comienzan a manifestarse las caídas espontáneas, marcha festinante, la duración de este estadio es de 7 años.

**El estadio IV:** El paciente comienza a tener ayuda de terceras personas se encuentra incapacitado de poder Realizar sus actividades de manera individual, comienza a experimentar los efectos secundarios de la medicación, se observa el fenómeno de "on - off" (el paciente comienza a manifestar estados de mejoría "on" con fases en las que queda prácticamente inmovilizado por completo "off") se manifiesta también de manera bilateral acompañado de inestabilidad postural, tiempo de duración de esta fase suele ser de 9 años.

**El estadio V:** Enfermedad totalmente desarrollada el paciente aparece ya confinado en una silla de ruedas o en la cama, y es totalmente dependiente de sus familiares o requiere cuidados primarios. La duración media de la enfermedad en esta fase es de 14 años.

Cabe mencionar y destacar que hay que tener en cuenta que los síntomas comienzan a percibirse cuando la destrucción de neuronas dopaminérgicas ronda el 70%, no todos los pacientes pasan por todas las fases suele pasar que desde un inicio de la enfermedad se manifiesta de manera unilateral, intercalando ciertas fases. (21).

- **Causas**

Las causas de la enfermedad de párkinson son desconocidas, excepto casos que se presentan por traumatismos, drogodependencias y medicamentos, y algunas formas hereditarias en ciertos grupos familiares. Existen numerosas teorías que intentan explicar las causas que origina y desencadena la enfermedad. Se cree que algunos pesticidas y toxinas, como también se estudia la posibilidad de que el origen se encuentre en los radicales libres, moléculas que desencadenan un proceso de oxidación que daña los tejidos y las neuronas.

Recientemente se ha descubierto la existencia de anomalías genéticas en algunas familias en las que la mayoría de sus miembros estaban afectados y en casos familiares de la enfermedad de párkinson de presentación precoz (edad de inicio menor de 40 años). Sin embargo, la mayoría de los pacientes con enfermedad de presentación esporádica, es decir sin factores genéticos claramente identificados. (18)

Se sabe que la enfermedad de párkinson se produce cuando las células nerviosas, o neuronas, en una área del cerebro conocida como sustancia negra mueren o se dañan. Normalmente, estas neuronas producen una sustancia química importante en el cerebro conocida como dopamina el cual es el responsable de transmitir señales entre la sustancia negra y la siguiente “estación de relevos” del cerebro, el cuerpo estriado, para producir movimientos suaves y decididos (22)

- **TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO**

El tratamiento fisioterapéutico consiste básicamente desde el inicio de la enfermedad para dar lentitud al progreso de la sintomatología que presenta el paciente con Parkinson mejorando de esta manera las capacidades funcionales en los enfermos de Parkinson. Como en todas las enfermedades crónicas progresivas, la rehabilitación debe atender al paciente según el déficit, la discapacidad y el estadio evolutivo de la enfermedad.

El paciente con enfermedad de párkinson llega a rehabilitación, generalmente por un hombro doloroso con rigidez articular o por haber presentado una fractura en una alguna de sus caídas. Los pacientes con enfermedad de Parkinson tienen cinco veces más posibilidades de sufrir fracturas por caídas. Cabe mencionar que los familiares no deben esperar en que la enfermedad este muy avanzada para iniciar un tratamiento fisioterapéutico se recomienda recibirlo desde etapas iniciales de la enfermedad para así ser controlada las sintomatologías.

La terapia física consistirá básicamente en:

- Mejorar la amplitud de movilidad articular
- Reeducar la marcha
- Corregir las alteraciones posturales.
- Prevención de la aparición de rigidez articular
- Fortalecer la musculatura debilitada.
- Corregir acortamientos musculares.
- Mejorar la función respiratoria. (expansión torácica)
- Mejorar la función intestinal.
- Mejorar el equilibrio y las reacciones posturales
- Mejorar la coordinación.
- Corregir los trastornos de la marcha.

Los tratamientos de fisioterapia han demostrado ser eficaces en el tratamiento del Parkinson, produciendo una mejoría en la autonomía de los pacientes.

## **2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

- Coronado G, Díaz V, et al. 2009. En su estudio sobre “Percepción de la calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor”, Perú. Refiere que la CVRS es una forma objetiva de medir la salud, proporciona una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud. El propósito fue evaluar la percepción de (CVRS) del adulto mayor de la ciudad de Chiclayo, e identificar las características epidemiológicas se realizó un muestreo de 400 pacientes a los cuales se les aplicó dos instrumentos: una ficha socio epidemiológica y un

cuestionario de CVRS SF-36, se encontró un predominio del sexo femenino con edad media de 70. Respecto a los resultados del SF-36 se puede observar que las dimensiones Estado Funcional y Bienestar Emocional obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72- 75 % (23).

- Góngora cuenca, Friol Gonzales.2006, "Calidad de vida en pacientes con OA de rodilla". Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y observacional para evaluar la Calidad de Vida en pacientes con Ostoartrosis de cadera y rodilla en el Centro Nacional de Rehabilitación "Julio Díaz" .Se aplicó el Índice WOMAC de valoración funcional y la Escala de evaluación de Calidad de Vida denominada EUROQuol-5D. Con análisis cualitativo por métodos descriptivos empleándose los paquetes estadísticos SPSS, versión 10.0. Se determinó además la existencia de asociación entre las escalas empleadas y las variables a través de la prueba no paramétrica de independencia Chi cuadrado. El nivel de significación preestablecido fue de 0,05. Ningún paciente refirió estado óptimo de salud. No hubo diferencias entre la evaluación funcional del examinador y la percepción de los pacientes acerca de su estado de salud (24).

- Paulina Alvear, Carlos Carmona, Descripción de la independencia funcional (IF), equilibrio (EQ) y depresión (DEP) de los pacientes con enfermedad de párkinson pertenecientes a liga Chilena contra el mal de párkinson. Chile 2005. El presente estudio describe el nivel actual de Independencia Funcional, Equilibrio y Depresión que presentan los pacientes con diagnóstico de enfermedad de párkinson. La muestra fue de 54 sujetos con una mediana de 70 años a los cuales se aplicó el Functional Independence Measure (FIM), la escala de DEP geriátrica de Yesavage (GDS) y el Functional Reach Test, para medir el nivel de IF, DEP y

EQ respectivamente. Los resultados muestran una mayor proporción de hombres con enfermedad de Parkinson (1,84:1) tanto en el total de la muestra como por edad. En los niveles IF no fue posible describir diferencia entre géneros, pero si se observó una declinación funcional Motora al aumentar los años, siendo un 67% de IF Motora el nivel más alto alcanzado (25).

- Manuel Rodríguez, Isidro Gonzáles, Enrique Enríquez, Trastornos motores primarios y alteraciones no neurológicas secundarias como causa de limitación funcional en la enfermedad de Parkinson. España - 1995 el presente memoria se evaluó la acción invalidante de los trastornos no neurológicos asociados a la enfermedad de párkinson en una muestra de 64 pacientes (39 mujeres y 25 hombres) con edades comprendidas entre los 27 y los 82 años y con un tiempo de evolución de la enfermedad comprendido entre 6 meses y 20 años. Para la inmensa mayoría de las actividades de la vida diaria estudiadas, la enfermedad de párkinson se mostró como una entidad clínica altamente invalidante, resultando que tanto los trastornos neurológicos primarios como las alteraciones no neurológicas secundarias presentan una elevada capacidad para inducir limitación funcional y perdida de la independencia personal (26).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal.

#### **3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

El presente estudio es de diseño no experimental.

#### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.3.1 Población**

El presente estudio comprende 50 pacientes con enfermedad de párkinson que son atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Alta Complejidad “Virgen de la Puerta”. Essalud 2016.

##### **3.3.2 Muestra**

La muestra de la presente investigación es toda la población por ser esta población pequeña.

##### ***Criterios de inclusión:***

- Pacientes con diagnóstico de párkinson de ambos sexos que sean atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Alta Complejidad “Virgen de la Puerta”. Essalud 2016.
- Pacientes con la enfermedad de párkinson en cualquier estadio

- Pacientes que acepten voluntariamente ser parte de esta investigación y que firmen el consentimiento informado (anexo).

***Criterios de exclusión:***

- Tener diagnóstico de otra enfermedad neurológica.
- Paciente que no esté orientado en espacio tiempo y persona.
- Pacientes mayores de 80 años.

### 3.4 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

| <i>VARIABLES</i>               | <i>DIMENSIONES</i>         | <i>INDICADORES</i>  | <i>INSTRUMENTO</i>                             |
|--------------------------------|----------------------------|---|--|
| <b>ENFERMEDAD DE PARKINSON</b> | <b>SIGNOS Y SÍNTOMAS</b>   | Estadío I<br>Estadío II<br>Estadío III<br>Estadío IV<br>Estadío V | <b>Estadíos de Hoehn y Yahr</b>                |
| <b>CALIDAD DE VIDA</b>         | <b>Función Física</b>      | Limitaciones del rol por problemas físicos                        | <b>Cuestionario de calidad de vida SF – 36</b> |
|                                |                            | Vitalidad   |  |
|                                | <b>Bienestar Emocional</b> | Salud mental  |  |
|                                |                            | Limitación por problemas emocionales                              |  |
|                                |                            | Precepción de la salud general                                    |  |
|                                |                            |   |  |

## **3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.5.1 Técnicas**

Observación. Búsqueda bibliográfica.

Entrevista. La entrevista se realizó mediante la comunicación oral, que nos permitió conocer los criterios de inclusión o exclusión para que los pacientes puedan ser admitidos para este estudio.

Cuestionario. Se realizó mediante la aplicación del cuestionario de calidad de vida SF- 36.

### **3.5.2 Instrumentos**

#### **3.5.2.1 Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36):**

La calidad de vida relacionada a la salud se evaluó mediante el cuestionario de salud SF-36 desarrollado por Ware y Sherbourne (1992), en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, en términos positivos y negativos, y es aplicable tanto a los pacientes como a la población en general. Permite comparar el impacto de diversas enfermedades, detecta los beneficios de diversos tratamientos en la salud y valora el estado de salud de pacientes individuales en términos de su funcionamiento físico y psicológico (26)

Traducido y adaptado al español siguió el protocolo utilizado por los países que participaron en el proyecto y se basó en la traducción y retro traducción de la versión original para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto

International Quality of Life Assessment (IQUOLA). Luego de su traducción, Alonso, Prieto y Antó (1995) realizaron estudios pilotos con la prueba.

El SF-36 es un instrumento auto aplicado que contiene 36 ítems con una escala Likert de cinco puntos. Este evalúa la C.V a través de las siguientes dimensiones: Funcionamiento Físico, Rol Físico, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emociona, Salud Mental y evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás). Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados, utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario, en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud)

- a.** Funcionamiento físico: que evalúan el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas, tales como ejercicios intensos, caminar, subir escaleras, coger pesos y esfuerzos, etc.
- b.** Rol físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias
- c.** Salud general: valora la percepción personal del estado de salud, así como a una serie de creencias respecto a la salud del paciente.
- d.** Vitalidad: valoran el nivel de energía y vitalidad del paciente, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento
- e.** Funcionamiento social: evalúa en grado en que los problemas de salud física y emocional interfieren en la vida socio-familiar por problemas de salud.

- f. Rol emocional: evalúan hasta qué punto los problemas emocionales interfirieron con el funcionamiento, incluyendo reducción del tiempo dedicado a actividades, menor rendimiento, disminución del esmero.(23)
- g. Salud mental: evalúa el estado de ánimo del paciente (inquietud, intranquilidad, depresión, ansiedad y bienestar en general).

Ware y colaboradores 1993 propusieron agrupar estas dimensiones en dos áreas el bienestar emocional y estado físico o funcional. Los indicadores del estado funcional se obtienen a partir de los puntajes obtenidos en las dimensiones de Funcionamiento Físico, Rol Físico, Salud General. Los indicadores del bienestar emocional, a partir de los puntajes obtenidos en las dimensiones de Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional y Salud Mental. Esta agrupación ha sido utilizada en diversas investigaciones (25)

En cuanto a su modelo de medida, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio del instrumento. Se encontró que 79 artículos, 17 de los cuales describían características métricas del cuestionario. En el 96% las escalas superaron el estándar propuesto de fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach) de 0,7.

En cuanto a los valores psicométricos de la versión española, encontraron que el coeficiente de consistencia interna  $\alpha$  de Cronbach supera el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos ( $\alpha$  de Cronbach = 0.7) en todas las escalas, excepto en la Funcionamiento Social. Obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones superaron el valor de 0.90. Las dimensiones de Funcionamiento Físico, Rol físico y Dolor corporal tuvieron correlaciones más elevadas con el Componente de estado funcional o Físico ( $r \geq$

0.74), y las dimensiones Salud mental, Rol emocional y Funcionamiento Social se correlacionaron más con el Componente de bienestar Emocional ( $r \geq 0.62$ ). (23)

En el ámbito latinoamericano se ha utilizado el SF-36 de forma exitosa en países como Colombia, México y Venezuela 2007 para realizar diversas investigaciones en donde se hace una valoración de la calidad de vida.

En nuestro medio Salas (2009) utilizó la versión española 1.4 del cuestionario en pacientes con dolor crónico y Laos (2010) la utilizó en pacientes con cáncer de mama. En esas investigaciones las diferentes dimensiones de la versión española de la prueba alcanzaron índices adecuados de confiabilidad. Esta es la versión que va a ser la utilizada en la presente investigación.

Para asegurar que las personas puedan entender con facilidad los ítems de la prueba.

Por último, al realizar la aplicación del instrumento en la muestra se obtuvo un coeficiente interno; Alfa de Cronbach, de 0.79. Al hacer el análisis de confiabilidad por cada dimensión, se encontró que el valor de los coeficientes varía entre 0.75 y 0.82.

### **3.5.3 Procedimientos**

1. Se solicitó permiso al director del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Alta Complejidad “Virgen de la Puerta”, para desarrollar el estudio de investigación por medio de una solicitud.
2. Presentar al coordinador de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del mencionado hospital, presentando el documento que acredita el permiso correspondiente para realizar el trabajo de investigación

3. Se seleccionó al grupo de estudio que cumplan con nuestro criterio de exclusión e inclusión entre el mes de Diciembre 2016 a Enero del 2017.
4. Posteriormente se realizó una explicación a los pacientes sobre el propósito de la investigación solicitándose su participación voluntaria para formar parte del estudio firmando la hoja de consentimiento informado (anexo).
5. A cada paciente se le realizó la medición de la Calidad de Vida en un ambiente adecuado y en un tiempo de aproximadamente 20 minutos.
6. Finalmente se tabularon los resultados para su procesamiento estadístico.

### **3.6 MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos se recolectaron teniendo como fuente las respuestas de la encuesta, luego del cual se tabularon para que la información sea analizada sistemáticamente utilizando el paquete informático SPSS Versión 17.0 y Microsoft Excel 2013 para Windows 8, construyéndose cuadros de distribución de frecuencias de una y doble entrada con sus valores absolutos y relativos.

## IV. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

### 4.1. RESULTADOS

#### 4.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

##### EDAD DE LA MUESTRA

**Tabla N° 01:** Edad de la muestra

|                     |       |
|---------------------|-------|
| Media               | 61,43 |
| Moda                | 48    |
| Desviación estándar | 6,27  |
| Mínimo              | 55    |
| Máximo              | 76    |

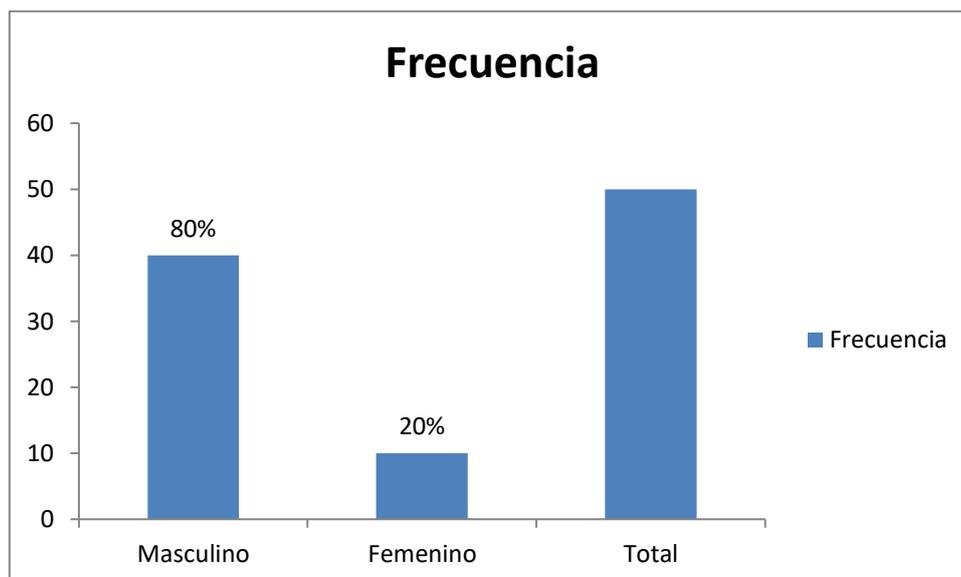
La muestra formada por 50 pacientes con enfermedad de Parkinson del servicio de Medicina Física del Hospital de Alta Complejidad “Virgen de la Puerta”, presentó una edad promedio de 61,43 años, con una desviación estándar o típica de 6,27 y un rango de edad que iba desde los 55 a 76 años.

##### DISTRIBUCIÓN POR SEXO

**Tabla N° 02:** Prevalencia del sexo de la muestra

|                  | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Válido Masculino | 40         | 80,0       |
| Femenino         | 10         | 20,0       |
| Total            | 50         | 100,0      |

Del total de la muestra de 50 pacientes con enfermedad de Parkinson del servicio de Medicina Física del Hospital de Alta Complejidad “Virgen de la Puerta”, 40 fueron masculino y 10 fueron del sexo femenino.



**Figura N°01:** Distribución por sexo

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 01

#### **4.1.2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los cuestionarios de acuerdo a los objetivos del estudio, se ha utilizado valores descriptivos para la presentación e interpretación en los resultados en relación a la variable de la calidad de vida relacionada a la salud (buena, regular y mala), los cuales fueron sometidos al programa estadístico IBM SPSS Statistics V22.0, encontrado como resultados los datos que se presentan a continuación:

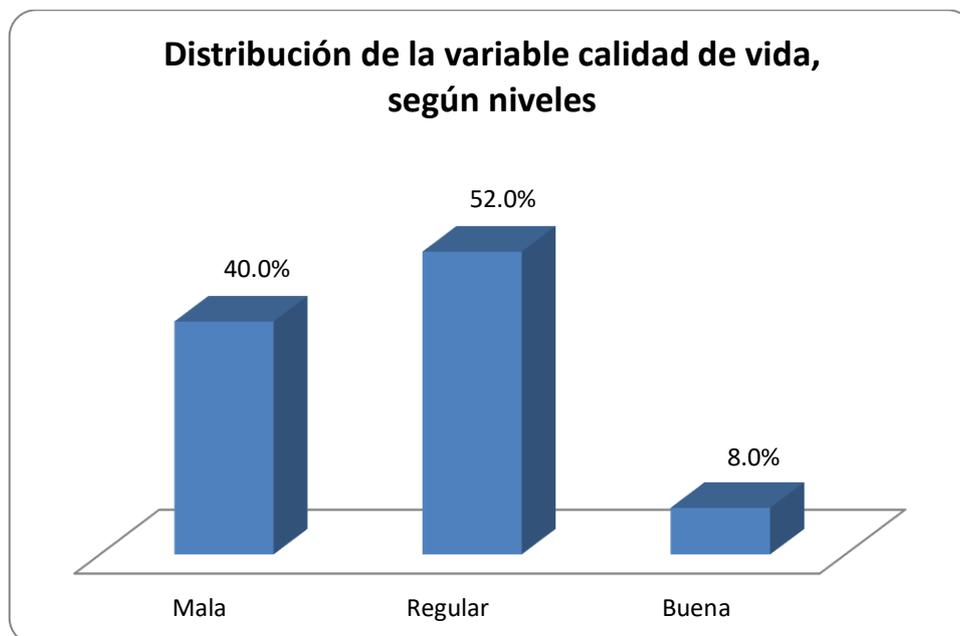
#### 4.2.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS CALIDAD DE VIDA

##### CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD

**Tabla N°03.** Variable de calidad de vida relacionada a la salud

|         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos |            |            |                   |                      |
| Mala    | 20         | 40,0       | 40,0              | 40,0                 |
| Regular | 26         | 52,0       | 52,0              | 92,0                 |
| Buena   | 4          | 8,0        | 8,0               | 100,0                |
| Total   | 50         | 100,0      | 100,0             |                      |

En la tabla 3. Se observa que de los 50 pacientes afectados con enfermedad de Parkinson, se presentó una frecuencia de 20 pacientes que presentan un estado de salud malo, 26 con un estado de salud regular y 4 con un estado de salud bueno.



**Figura N°02.** Variable de calidad de vida relacionada a la salud

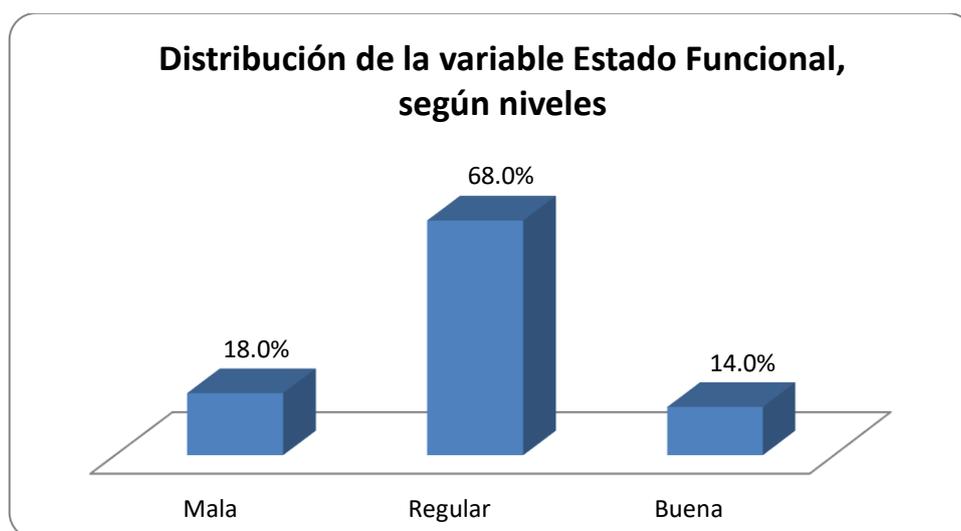
En la figura 2, la distribución de los porcentajes donde se observa que un 40% presentan un estado de salud malo, un 52 % regular y un 8% un estado bueno.

## DIMENSIÓN ESTADO FUNCIONAL

Tabla N° 04: Dimensión estado funcional

|              | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Mala | 9          | 18,0       | 18,0              | 18,0                 |
| Regular      | 34         | 68,0       | 68,0              | 86,0                 |
| Buena        | 7          | 14,0       | 14,0              | 100,0                |
| Total        | 50         | 100,0      | 100,0             |                      |

En la tabla 4. Se observa que de los 50 pacientes afectados con Párkinson, presentaron una frecuencia de 9 pacientes con un estado funcional malo, 34 un estado funcional regular y 7 bueno como estado funcional. Asimismo, en el gráfico 7, se observa que un 18% presentan un estado funcional malo, un 68 % regular y un 14% un estado bueno.



.Figura N° 03: Dimensión estado funcional

## DIMENSION BIENESTAR EMOCIONAL

Tabla N°05: Dimensión Bienestar Emocional

|         |         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Mala    | 27         | 54,0       | 54,0              | 54,0                 |
|         | Regular | 19         | 38,0       | 38,0              | 92,0                 |
|         | Buena   | 4          | 8,0        | 8,0               | 100,0                |
|         | Total   | 50         | 100,0      | 100,0             |                      |

En la tabla 5 se observa que de los 50 pacientes afectados de Párkinson, una frecuencia de 27 pacientes presentaron un estado de bienestar emocional malo, 19 con un estado de bienestar emocional regular y 4 con un estado de bienestar emocional bueno.

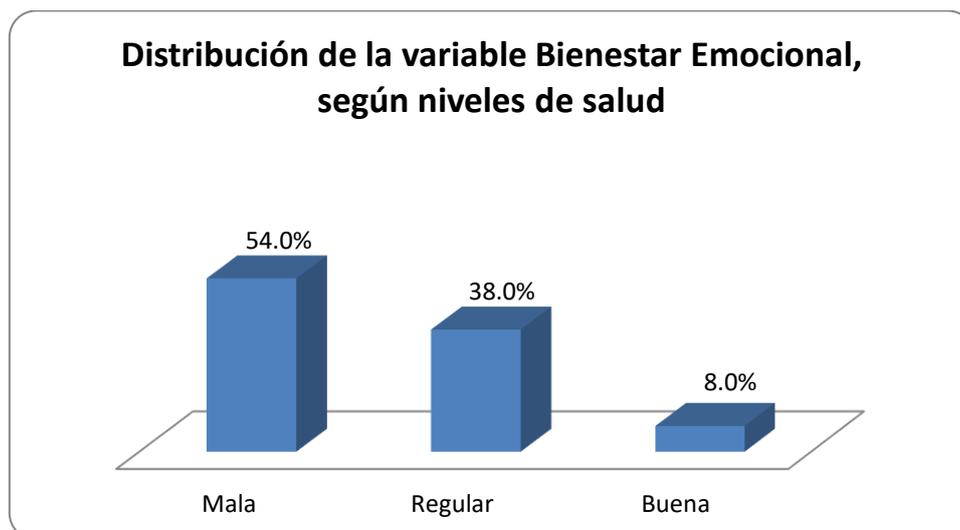


Figura N°04: Dimensión Bienestar Emocional

En la figura N°04, se observa que el porcentaje de pacientes con un estado emocional malo son el 54%, el 38% un estado emocional regular y un 8% bueno

## 4.2. DISCUSIONES DE RESULTADOS

- En la presente investigación podemos observar que la media de edad de la muestra es de 61.43 y se encontró predominio del sexo masculino y al analizar los datos de estado funcional y bienestar emocional se obtuvo con un alto puntaje solo al 14% y 08 % respectivamente, lo que difiere mucho del trabajo realizado por Coronado G, Diaz V, et al. 2009, donde su muestra formada por 400 adultos mayores obtuvieron un 72% en estado funcional alto y un 75% en bienestar emocional, es diferencia puede deberse a que el estudio en mención solo tuvo como muestra al adulto mayor con una media de 70 años de edad y en nuestro estudio se consideró solo a pacientes con enfermedad de Parkinson, lo que nos permite tener una idea referencial del impacto de la calidad de vida en los pacientes que padecen esta enfermedad ya que la diferencia es más 50% tanto para el estado funcional como para el bienestar emocional.

- En el trabajo realizado por Gongora C, Friol Gonzales en el año 2006 estudió el impacto de la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla utilizando un instrumento distinto al SF – 36, llegando a concluir que ningún paciente refirió el estado óptimo de salud, al igual que este estudio en la que solo se obtuvo un muy bajo porcentaje de personas con buena calidad de vida, demostrando en ambos casos la alteración de la calidad de vida cuando el adulto mayor padece de una patología

- El estudio realizado en Chile por Paulina Alvear y Carlos Carmona, donde estudiaron la independencia funcional, equilibrio y depresión de los pacientes con enfermedad de Parkinson, coincidieron con la presente investigación en la mayor frecuencia de pacientes varones que padecen la enfermedad de Parkinson, y no

encontró una diferencia significativa entre independencia funcional según el sexo del paciente, nuestro estudio no realizó una asociación entre la calidad de vida y el sexo, pero queda como interrogante para una nueva investigación.

- En España en el año 1995 Manuel Rodríguez, Isidro Gonzales y Enrique Enríquez, evaluó la acción invalidante de los pacientes que sufren enfermedad de Párkinson, concluyendo que esta enfermedad era altamente invalidante para las actividades de la vida diaria, si bien es cierto en este estudio no se evaluó directamente las actividades de la vida diaria, sin embargo en el cuestionario SF – 36, hay preguntas que tienen mucha relación con las capacidades del quehacer diario obteniendo como resultado mal estado funcional.

### **4.3. CONCLUSIONES**

1. Este estudio determina que la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedad de Párkinson del Hospital de Alta Complejidad “Virgen de la Puerta”, es de 40% mala calidad de vida, el 52% presenta regular calidad de vida y 08% una buena calidad de vida.

2. Al analizar la variable estado funcional podemos concluir que el 54% obtuvo una mala calidad de vida, 38% regular calidad de vida y 08 % buena calidad de vida.

3. Al analizar la variable bienestar emocional se obtuvo 18% mala calidad de vida, 68% regular calidad de vida y 14% buena calidad.

#### **4.4 RECOMENDACIONES**

1. Por el tamaño de la muestra, se recomienda que en futuras investigaciones se utilice una muestra más grande para otorgar mayor validez a los nuevos hallazgos que se puedan encontrar.

2. Dar a conocer los resultados a las autoridades del Hospital de Alta Complejidad “Virgen de la Puerta” a fin de preservar la calidad de vida y concientizar al servicio de tomar mayor importancia a las complicaciones de la enfermedad de Parkinson y el deterioro del estado funcional en las distintas enfermedades crónicas

3. Finalmente, se recomienda que se siga investigando sobre la relación de la calidad de vida, para brindar a los pacientes con enfermedad de Párkinson herramientas que les permitan afrontar de una manera efectiva las diferentes dificultades que trae consigo el diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad, con el objetivo de prevenir su posible aislamiento y evitar que vean interrumpido su proyecto de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de educación política social y deporte. La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas. Gobierno de España 2008.
2. Quo. Día mundial del Parkinson. [En línea] Abril 2013. [visto 10 Febrero del 2015].URL disponible en: <http://quo.mx/noticias/2013/04/10/8-datos-sobre-el-mal-del-parkinson>
3. Cofpo.org.Consejo. Enfermedad de Parkinson. [sede web]. España: Cofpo.org;2012 [visto 10 de Febrero]. URL disponible en:
4. [http://www.cofpo.org/tl\\_files/Docus/Puntos%20Farmacologicos%20CGCOG/20120330-ENFERMEDAD%20DE%20PARKINSON.pdf](http://www.cofpo.org/tl_files/Docus/Puntos%20Farmacologicos%20CGCOG/20120330-ENFERMEDAD%20DE%20PARKINSON.pdf)
5. National Parkinson Foundation. Enfermedad de Parkinson: Lo que usted y su familia deben saber. [En línea] [visto 10 de Febrero del 2015].URL disponible en: [http://www3.parkinson.org/site/DocServer/Lo\\_Que\\_Usted\\_y\\_Su\\_Familia\\_Deben\\_Saber.pdf?docID=200](http://www3.parkinson.org/site/DocServer/Lo_Que_Usted_y_Su_Familia_Deben_Saber.pdf?docID=200)
6. Pedro Chaná C., Magdalena Jiménez C., Violeta Díaz T., Carlos Juri. Mortalidad por Enfermedad de Parkinson en Chile. Revista Médica de Chile. [En línea] 2013 [visto 10 de Febrero del 2015].URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000300007&script=sci_arttext)
7. Catherine Camacho. Sube la incidencia del Parkinson en los más jóvenes. Canelas ; 2012. [visto 19 de febrero 2015]. URL disponible en: [http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/vida-y-futuro/20120411/sube-la-incidencia-del-parkinson-en-los-mas\\_167419\\_351215.html](http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/vida-y-futuro/20120411/sube-la-incidencia-del-parkinson-en-los-mas_167419_351215.html)
8. Ministerio de Salud del Perú. Mal del Parkinson ataca al 1% de Peruanos. [En línea] 2013. [visto 19 febrero 2015]. URL disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas\\_auxiliar.asp?nota=12476](http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=12476)
9. Ministerio de Salud del Perú. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. [En línea] 2008. [visto 13 febrero 2015]. URL disponible en: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/ult\\_inv\\_evi\\_cie2010/La%20carga%20de%20la%20Enfermedad.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/ult_inv_evi_cie2010/La%20carga%20de%20la%20Enfermedad.pdf)
10. [http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fsid.usal.es%2Fdocs%2FF8%2FART20277%2Ffarroyo\\_finkel.pdf&ei=fPNcVLKMCIOjNvvBgjA&usg=AFQjCNHkTvtoy9rbBnUrjt8TUF7AEdvZMQ&bvm=bv.79184187,d.eXY](http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fsid.usal.es%2Fdocs%2FF8%2FART20277%2Ffarroyo_finkel.pdf&ei=fPNcVLKMCIOjNvvBgjA&usg=AFQjCNHkTvtoy9rbBnUrjt8TUF7AEdvZMQ&bvm=bv.79184187,d.eXY)

11. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Rev. Panamá Salud Pública. 2010; 28(1):9–18.
12. López S, Sánchez E, et al. Calidad de vida y dolor en atención primaria, REV.Soc.Esp: dolor 2007-ene; 14(1).
13. Portal del Seguro social del Perú. Disponible en: <http://www.esalud.gob.pe> [Visita el 14 de agosto de 2014].
14. Manuel Rodríguez, Isidro Gonzáles, Enrique Enríquez. Trastornos motores primarios y alteraciones no neurológicas secundarias como causa de limitación funcional en la enfermedad de Parkinson.[Tesis doctoral]. España. Servicio de publicaciones Universidad de la Laguna; 1995
15. Saldívar A; Joffre V; Barrientos M. Factores de Riesgo y Calidad de vida de los enfermos que sufren lumbalgia. Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad [Internet]. 2010 Sep-Dic. [citado 22 oct 2013]; Vol.1 (1). Disponible en: [http://www.medicinasaludysociedad.com/site/images/stories/1\\_1/FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf](http://www.medicinasaludysociedad.com/site/images/stories/1_1/FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf)
16. Jiménez Tello M. Valoración del dolor de espalda en el anciano mediante análisis de la calidad de vida. Tesis doctoral [Internet]. Salamanca, España; 2011-Oct [citado 11 dic 2013]. Disponible desde fuente: <http://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/115558>
17. Valdés G; Scull Y; et al. “Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica”. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ).Cuba. [Internet] 2013. [citado 1 Sep 2013] Vol. 5(1). Disponible en: <http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/211>
18. <http://books.google.com.pe/books?id=7PdsxtAtfagC&pg=PA19&dq=la+enfermedad+de+parkinson&hl=es-419&sa=X&ei=4KVeVLWWPLeOsQTg04GwBg&ved=0CDMQ6AEwBQ#v=onepage&q=la%20enfermedad%20de%20parkinson&f=false>
19. <http://books.google.com.pe/books?id=PdhcuFpLx7AC&printsec=frontcover&dq=la+enfermedad+de+parkinson&hl=es-419&sa=X&ei=4KVeVLWWPLeOsQTg04GwBg&ved=0CCQQ6AEwAg#v=onepage&q=la%20enfermedad%20de%20parkinson&f=false>
20. Jiménez Tello M. Valoración del dolor de espalda en el anciano mediante análisis de la calidad de vida. Tesis doctoral [Internet]. Salamanca, España; 2011-Oct [citado 11 dic 2013]. Disponible desde fuente: <http://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/115558>

21. <http://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=WN9hmAhJg9UC&oi=fnd&pg=PA173&dq=bradicinesia+en+parkinson&ots=-OFaJyNZzd&sig=1-5JsiaGhUX1y8fMKIS18PjJem4#v=onepage&q=bradicinesia%20en%20parkinson&f=false>
22. <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/parkinson>
23. Coronado G, Díaz V, et al. Percepción de la calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor. Act. Medic. Per 26(4)2009.
24. Góngora cuenca, Friol Gonzales, et al. Centro de rehabilitación julio Díaz. Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla, Revista Cubana de reumatología. 2006
25. Paulina Alvear, Carlos Carmona. Descripción de la independencia funcional, equilibrio y depresión de los pacientes con enfermedad de Parkinson pertenecientes a la liga Chilena contra el mal del Parkinson. [Tesis para obtener licenciatura]. Chile; sistema de biblioteca, Universidad de Chile. 2005
26. Manuel Rodríguez, Isidro Gonzáles, Enrique Enríquez. Trastornos motores primarios y alteraciones no neurológicas secundarias como causa de limitación funcional en la enfermedad de Parkinson. [Tesis doctoral]. España. Servicio de publicaciones Universidad de la Laguna; 1995

## **ANEXOS**

ANEXO N° 1:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....fui invitado(a) a participar voluntariamente a la investigación **“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD “VIRGEN DE LA PUERTA” - ESSALUD, TRUJILLO 2016”** por la bachiller **PEÑA PEREZ XIOMARA**, de la **Universidad Alas Peruanas**. Filial-Trujillo.

Yo certifico que he leído y me han explicado el objetivo de la investigación que se realizara en el Hospital I –La Esperanza y los beneficios si participo en el estudio, me han hecho saber que mi participación es voluntaria y comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Fui informado que se realizará el estudio a pacientes con diagnóstico de lumbalgia crónica, además que se realizará una evaluación tipo cuestionario, si decido retirarme no tendré ningún tipo de sanción o pérdida de mis sesiones programadas y que mi nombre no aparecerá en ningún informe.

Si tiene alguna duda o necesita información adicional puede comunicarse con:

N° de Historia Clínica:..... Sexo..... DNI.....

Lugar de Nacimiento:..... F. de Nacimiento:.....

Dirección:.....

Firma.....

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE SALUD SF- 36

#### VERSION ESPAÑOLA 1.4

**INSTRUCCIONES:** las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud.

Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra Ud. Y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales, conteste cada pregunta tal como se indica.

**MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:**

1. En general usted diría que su salud es:  
 Excelente                       Muy buena  
 Buena                               Regular  
 Mala
2. ¿Cómo diría que su salud actual, comparada con la de hace un año?  
 Mucho mejor ahora que hace un año.  
 Algo mejor ahora que hace un año.  
 Más o menos igual que hace un año.  
 Algo peor que hace un año.  
 Mucho peor ahora que hace un año.

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES QUE UD. PODRIA HACER EN UN DIA NORMAL.**

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?  
 Sí, me limita mucho.               Sí, me limita poco.  
 No, me limita nada.
4. Su salud actual ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar o caminar más de una hora?  
 Sí, me limita mucho.               Sí, me limita poco.  
 No, me limita nada.

5. Su salud actual ¿le limita para coger o llevar la bolsa de compra?
- Sí, me limita mucho.       Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos de escalera?
- Sí, me limita mucho.
- Sí, me limita poco.
- No, me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso de escalera?
- Sí, me limita mucho.       Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- Sí, me limita mucho.       Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
9. Su salud actual, ¿le limita caminar 1 km o más?
- Sí, me limita mucho.       Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
10. Su salud actual, ¿le limita caminar varias manzanas o metros?
- Sí, me limita mucho.       Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
11. Su salud actual, ¿le limita caminar una sola manzana?
- Sí, me limita mucho.
- Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
12. Su salud actual, ¿le limita bañarse o vestirse por sí mismo?
- Sí, me limita mucho.
- Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A LAS LIMITACIONES DE SU ROL SOCIAL A CAUSA DE PROBLEMAS FÍSICOS O PROBLEMAS EMOCIONALES.**

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- Sí                       No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado a sus actividades, a causa de su salud física?
- Sí  No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- Sí  No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o actividades (le costó más de lo normal) a causa de su salud física?
- Sí  No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, nervioso)?
- Sí  No
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado a sus actividades, a causa de su salud física?
- Sí  No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o actividades cotidianas como de costumbre, a causa de un problema emocional?
- Sí  No
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física han afectado sus actividades sociales habituales con familia, amigos, vecinos u otras personas?
- Nada  poco  
 Regular  bastante  
 Mucho
21. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto sus problemas emocionales han afectado sus actividades sociales habituales con familia, amigos, vecinos u otras personas?
- Nada  poco  
 Regular  bastante  
 Mucho
22. ¿hasta qué punto su estado actual ha dificultado su trabajo habitual y actividades del hogar?
- Nada  poco  
 Regular  bastante

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A COMO SE HA SENTIDO Y COMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted.**

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre      | <input type="checkbox"/> casi siempre  |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca        | <input type="checkbox"/>               |

24. ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre      | <input type="checkbox"/> casi siempre  |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca        | <input type="checkbox"/>               |

25. ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre      | <input type="checkbox"/> casi siempre  |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca        |  |

26. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre      | <input type="checkbox"/> casi siempre  |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> Nunca        |  |

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre      | <input type="checkbox"/> casi siempre  |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca        |  |

28. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre      | <input type="checkbox"/> casi siempre  |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca        |  |

29. ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre      | <input type="checkbox"/> casi siempre  |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> Nunca        |  |

30. ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

Siempre

Muchas veces

nunca

casi siempre

algunas veces

31. ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

Siempre

Muchas veces

nunca

casi siempre

algunas veces

32. ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos of familiares)?

Siempre

Muchas veces

Nunca78887

casi siempre

algunas veces

**POR FAVOR DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.**

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

Totalmente cierta

bastante falsa

bastante cierta

Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

Totalmente cierta

bastante falsa

bastante cierta

Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

Totalmente cierta

bastante falsa

bastante cierta

Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

Totalmente cierta

bastante falsa

bastante cierta

Totalmente falsa

## FOTOS



