



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA QUE RECIBEN
TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL PÚBLICO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA

JOSE RODOLFO ACOSTA BARRIGA

ASESORA

DRA. MA. MARTHA MARIN LAREDO

COASESORA

DRA. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

REVISORA

MORELIA, MICHOACÁN

Julio de 2021

Directivos

MSP. Julio César González Cabrera

Director de la Facultad de Enfermería

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

LE Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Presidenta

Vocal 1

Vocal 2

Dedicatorias

Dedico mi tesis con todo mi corazón a mi madre Maribel Barriga Cornejo, ya que sin ella no hubiera logrado ser quien soy en este momento, su bendición a diario a lo largo de mi formación académica me protege y me lleva por el camino del bien. Por eso y más le dedico mi trabajo en ofrenda por su amor incondicional, por eso y más muchas gracias madre mía, te amo.

A mi querido padre Tomas Acosta Cortes, por todo su sacrificio y esfuerzo, por creer en mi capacidad y por darme las herramientas que necesite para poder crecer como persona y como profesional, muchos de mis logros se los debo a mi padre, ya que desde muy pequeño me educo con valores y eso siempre se lo voy a agradecer, aun que hemos pasado momentos difíciles, siempre me brindo su comprensión, cariño y amor.

A mi querido y estimado compañero Gustavo Farfán Cisneros por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Dedico de manera especial a mi mejor amigo Alberto Ceja Orozco, su gran corazón, nobleza y amabilidad no son suficientes para describir lo estupendo que es como persona, por estar siempre presente y sin esperar nada a cambio, por apoyarme cuando lo necesitaba, por brindarme su atención, y ayuda incondicional a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A todas las personas que me han apoyado y me han visto culminar con éxito, en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Agradecimientos

Quiero expresar un sincero agradecimiento, en primer lugar a Dios por brindarme salud, fortaleza y capacidad; también hago extenso este agradecimiento a todos mis maestros de mi educación superior de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo por haberme dado las pautas para mi formación profesional, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi carrera y por haberme guiado con su paciencia y su rectitud como docentes.

Dicen que la mejor herencia que nos pueden dejar los padres son los estudios, sin embargo, no creo que sea el único legado del cual yo particularmente me siento muy agradecido, mis padres me han permitido trazar mi camino y caminar con mis propios pies. Ellos son mis pilares de la vida, por eso les estaré agradecido por toda mi vida. Gracias mama, gracias papa.

También agradezco infinitamente a mi estimado compañero Gustavo Farfán Cisneros por ser el sustento en todo momento de mi formación profesional por haberme permitido continuar pese a todos los obstáculos que se presentaron en el trayecto de nuestras vidas.

A mi mejor amigo Alberto Ceja Orozco, a quien le estaré agradecido toda la vida no solo por su apoyo incondicional, sino también por haberme abierto las puertas de su hogar durante todos estos años y compartir conmigo las mejores experiencias.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Todos en conjunto me hicieron ver, que sin importar cuanto tiempo tome, todo se puede si de verdad se quiere.

Resumen

Introducción. La Dificultad Física (DF) es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. **Objetivo** Evaluar la calidad de vida en personas con discapacidad física que reciben tratamiento de rehabilitación. **Metodología**, enfoque cuantitativo, no experimental, prospectivo, transversal y descriptivo. Muestra no probabilística de 30 personas de Morelia seleccionados por conveniencia. Para medir se utilizó el cuestionario de salud (SF-36) elaborado por Vilagut G, y colaboradores, con 36 ítems y 8 dimensiones (función física, rol físico, rol emocional, función social, salud mental, salud general, dolor corporal y vitalidad), escala Likert con valores de 1 a 5, a mayor puntuación mejor calidad de vida prevalece. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión, frecuencias y porcentajes. Se obtuvo firma de consentimiento informado. **Resultados**, mayoría de muestra sexo masculino 66.7%, de edad 34.00 (DE=13.45). El 56.7% tomó de 3-4 sesiones de rehabilitación. En cuanto a calidad de vida fue de 63.3% con muy buena calidad de vida. **Conclusiones**, en general las personas con DF presentaron una muy buena calidad de vida, se sugiere dar seguimiento a las sesiones de rehabilitación correspondientes.

Palabras clave: calidad de vida, discapacidad física, enfermería, cuidados, adultos.

Abstract

Introduction. DF (Physical Difficulty) is a general term that encompasses impairments, activity limitations, and participation restrictions. **Objective** To evaluate the quality of life in people with physical disabilities who receive rehabilitation treatment. **Methodology**, quantitative, non-experimental, prospective, cross-sectional and descriptive approach. Non-probabilistic sample of 30 people from Morelia selected for convenience. To measure, the health questionnaire (SF-36) prepared by Vilagut G, et al., With 36 items and 8 dimensions (physical function, physical role, emotional role, social function, mental health, general health, body pain and vitality was used), Likert scale with values from 1 to 5, a higher score, a better quality of life prevails. Descriptive statistics were used with measures of central tendency and dispersion, frequencies and percentages. The informed consent was signed. **Results**, the majority of the sample was male, 66.7%, aged 34.00 (SD = 13.45). 56.7% took 3-4 rehabilitation sessions. Regarding quality of life, it was 63.3% with a very good quality of life. **Conclusions**, in general people with FD had a very good quality of life, it is suggested to follow up the corresponding rehabilitation sessions.

Keywords: quality of life, physical disability, nursing, care, adults.

Índice

Introducción	1
Capítulo I.....	3
1.1. Justificación.....	4
1.2. Planteamiento del problema.....	8
1.3. Objetivos.....	10
1.3.1 General.....	10
1.3.2 Específicos	10
Capitulo II.....	12
2.1 Marco teórico.....	13
2.1.1 Calidad de Vida.....	13
2.1.2 Concepto.....	13
2.1.3 Clasificación.	13
2.1.4 Discapacidad.....	16
2.1.5 Clasificación	17
2.1.6 Katherine Kolcaba	18
2.1.7 Generalidades.....	18
Capitulo III.....	23
3.1 Material y métodos.....	24
3.2 Tipo y diseño de estudio.....	24
3.3 Límites de tiempo y espacio.....	24
3.4 Universo.	24
3.5 Muestra.....	24
3.6 Variable.	25
3.7 Criterios.	25
3.7.1 Criterios de inclusión.....	25
3.7.2 Criterios de exclusión.....	25
3.7.3 Criterios de eliminación.	25
3.8 Operacionalizacion de variables.	25
3.9 Instrumento.	25

3.10 Procedimiento	26
3.11 Análisis estadístico.....	26
Capitulo IV	29
4.1 Análisis e interpretación de resultados.....	30
4.2 Asociación de variables sociodemográficas con Ítems	78
Discusión	79
Conclusión.....	80
Sugerencias.	81
Referencias Bibliográficas.....	82
Anexos.	84
Anexo 1 Cuestionario de salud SF-36	84
Apéndices.....	86
Apéndice 1 Operacionalizacion de variable	86
Apéndice 2 Hoja de consentimiento informado	88
Apéndice 3 Cedula de recolección de datos.....	90

Introducción

La calidad de vida, es definida de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas e inquietudes”.

Las personas con discapacidad constituyen un grupo minoritario dentro de la sociedad, la mayoría de naciones no cuentan con una legislación que apoye su integración, derechos y deberes, como parte de la sociedad actual; esto hace que su calidad de vida y su bienestar se vean menoscabados, y que haya falta de comprensión, apoyo y oportunidades (Hernández, 2008).

Para el desarrollo de la presente tesis se tomó como base y fundamento teórico a la representante de enfermería Katherine Kolcaba (2003), con su teoría de confort, permitiendo un amplio desglosamiento de sus principales conceptos, para aterrizarlos en el problema a investigado y permitir obtener mayor acumulo de información, para ser empleada en la resolución de problemas o futuras investigaciones.

Por tal motivo, esta tesis analizó la calidad de vida en personas con discapacidad física que recibieron tratamiento en el servicio de rehabilitación de un hospital público de Morelia, Michoacán.

Esta tesis se dividió en capítulos abordando en el capítulo I la justificación de la calidad de vida de las personas con discapacidad física que recibieron tratamiento en un hospital público, el planteamiento del problema y la pregunta de investigación, así como su objetivo general y específicos.

Continúo en el capítulo II con la descripción del marco teórico donde se describieron las variables de estudio, la teórica empleada en dicha tesis, así como la población.

En seguida, en el capítulo III que englobo material y métodos se describieron el tipo y diseño de estudio, la población y muestras seleccionadas, el instrumento, los criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra, los recursos, humanos, materiales y financieros que fueron requeridos para la elaboración del protocolo, además del plan de difusión, el procedimiento de la colecta de datos y el diseño estadístico que fue necesario para la interpretación de los datos y finalmente las consideraciones éticas y legales que fueron respetados para la ejecución de la tesis.

En el capítulo IV se integran los resultados obtenidos durante la tesis realizada, tablas que desglosan los resultados de las variables sociodemográficas, así como del instrumento utilizado, sus dimensiones y escala total del mismo.

Capítulo I

1.1. Justificación

La discapacidad es una situación heterogénea que envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones física o psíquica y los componentes de la sociedad en la que se desarrolla y vive (Informe mundial sobre la discapacidad, 2011).

Alrededor de 600 millones de personas en el mundo (85 millones en América Latina) presentan alguna discapacidad. Esto es alrededor de 10% de la población mundial. De éstas, el 80% vive en países pobres y corresponde a personas de bajos ingresos. Las personas con discapacidad están aumentando por diversos motivos: conflicto armado, minas antipersona, desnutrición, VIH-sida, enfermedades crónicas y desastres naturales, entre otros. Esta tendencia ha creado gran demanda de servicios de salud (INEGI, 2014).

El término genérico “discapacidad” abarca todas las deficiencias, las limitaciones para realizar actividades y las restricciones de participación, y se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona (que tiene una condición de salud) y los factores contextuales de esa persona como lo son factores ambientales y personales (Padilla, 2010).

La salud también se ve afectada por los factores ambientales, como agua potable y saneamiento, nutrición, pobreza, condiciones laborales, clima o acceso a la atención médica. Tal como ha sostenido la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la desigualdad es una de las principales causas de mala salud y, en consecuencia, de discapacidad. El conocimiento y las actitudes son factores ambientales importantes que afectan a todas las esferas de la prestación de servicios y la vida social (Informe mundial sobre la discapacidad, 2011).

Se puede combatir los estigmas y la discriminación, por ejemplo, a través del contacto personal directo y las campañas de difusión social. Las campañas que ha realizado la Asociación Mundial de Psiquiatría contra la estigmatización de la esquizofrenia a lo largo de 10 años en 18 países han demostrado la importancia de las intervenciones a largo plazo, la amplia participación multisectorial y la inclusión de los afectados por dicha condición. Los programas de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) pueden poner a prueba las actitudes negativas en las comunidades rurales y así generar mayor visibilidad y participación de las personas con discapacidad (Hernández, 2008)

La prevención de las condiciones de salud vinculadas a la discapacidad es una cuestión de desarrollo. La atención a los factores ambientales, entre ellos, la nutrición, enfermedades prevenibles, agua potable y saneamiento, seguridad vial y

laboral, puede reducir muchísimo la incidencia de las condiciones de salud que generan discapacidad (OMS, 2018).

Los resultados de dicha tesis contribuyeron a la sociedad, comunidad, familia e individuo sobre aspectos sociales y emocionales permitiendo demostrar e informar a la población de que aquella persona que padece alguna discapacidad física, es tan capaz de realizar tareas, actividades y desempeño de roles tal cual lo haría una persona sin discapacidad física, así mismo se dio a conocer el promedio de la calidad de vida de las personas con discapacidad física que acudieron a un número determinado de sesiones de rehabilitación, comparado con aquellas que de igual manera tuvieron una rehabilitación en menor cantidad o utilizaron métodos alternativos para la mejora de dicha discapacidad. Permitiendo reflejar un contraste a la población de que la rehabilitación contribuyó al aumento en la calidad de vida de las personas con discapacidad física.

Para realizar esta tesis se solicitó la autorización de los directivos de la institución de salud, para encuestar a las personas adultas con discapacidad. De igual manera los gastos requeridos durante el proceso de la investigación fueron solventados por el investigador principal, incluyendo transporte, material y equipo. Se utilizaron artículos de investigación recopilados por medio de la búsqueda sistemática, además algunos títulos como lo son Investigación en enfermería (Polit y Beck, 2018), Investigación en enfermería, Desarrollo de la practica enfermera basada en la evidencia (Gray, Grove y Burns, 2016), Protocolos de investigación en enfermería (Guevara, 2017), Modelos y teorías en enfermería (Raile, 2018) y el programa estadístico IBM SPSS versión 25.

Este trabajo fortaleció al Cuerpo Académico UMSNH-CAEC-230 y las Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento “Calidad de vida, adicciones y educación y cuidado de enfermería, salud del trabajador y nutrición”.

Una vez revisada la bibliografía se encontraron los siguientes artículos que estudian la Calidad de vida en personas adultas con discapacidad física que son atendidas en un hospital público.

Flores y colaboradores en 2010 analizaron la calidad de vida en personas adultas con discapacidad en un estudio cuantitativo, no experimental, prospectivo, transversal y descriptivo. Con una muestra de conveniencia formada por 428 trabajadores con discapacidad intelectual de diferentes centros especiales de empleo e iniciativas de empleo con apoyo ubicados en Cantabria, Cataluña y Andalucía. Todos presentaban discapacidad intelectual como diagnóstico principal y sus niveles de discapacidad oscilaban entre límites y ligeros. Se utilizó la Encuesta sobre Indicadores de Calidad de Vida Laboral diseñada por Jenaro y

Flores (2005). La encuesta contiene preguntas relacionadas con diversos factores de calidad de vida laboral, tales como la valoración de estresores laborales (12 ítems a los que se responde en una escala tipo Likert de 10 puntos; $\alpha = 0,84$), la satisfacción laboral (formado por cuatro ítems a los que se responden en una escala tipo Likert de cuatro puntos; $\alpha = 0,79$). Además, posee dos preguntas destinadas a conocer la valoración subjetiva del trabajador sobre su calidad de vida y su calidad de vida laboral. En la muestra de trabajadores con discapacidad se observa cómo un 22,4% de los trabajadores presentan elevado agotamiento, un 25,2% muestra un elevado cinismo o despersonalización, y un 30,4%, una baja eficacia profesional. Más concretamente, de los 428 entrevistados, 28 trabajadores (6,82%) cumplen con los tres criterios definitorios un 82,1% son hombres, y un 17,9%, mujeres. Se trata, además, de trabajadores de entre los 31 y los 40 años (32,1%), solteros (96,4%) y sin cargas familiares (96,4%), con contrato indefinido (92,9%), que trabajan en manipulados (46,4%), en jornada completa (95,4%), con jornada de mañana y tarde (82,1%), que llevan desarrollando el mismo trabajo más de 11 años (39,3%) y que llevan en la misma empresa más de 16 años. Constatando que la calidad de vida laboral del trabajador con discapacidad intelectual va más allá de la mera obtención de un empleo. Los trabajadores con discapacidad intelectual en centros especiales de empleo y en empleo con apoyo, al igual que otros trabajadores, están expuestos a demandas laborales en sus lugares de trabajo, y que experimenten estrés laboral, sin duda, es un factor que afecta a su calidad de vida.

Heno y colaboradores en el año 2009 por medio de un estudio cuantitativo y descriptivo con una muestra de 209 adultos con discapacidad por deficiencias físicas (PC, amputaciones, secuelas de poliomielitis, lesiones medulares, entre otras), para medir la calidad de vida se utilizó el instrumento Verdugo y Cols (42) diseñaron y validaron la versión española del Cuestionario de Calidad de Vida (QOL-Q, por sus siglas en inglés) recogían información respecto a las cinco dimensiones que resultaron de más relevancia para esta población: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal y autodeterminación e inclusión social. Los resultados de este estudio, además de cumplir el objetivo de detectar las necesidades percibidas por la población con discapacidad en cuanto a calidad de vida, mostraron la relevancia y sensibilidad de cinco de las ocho dimensiones propuestas del modelo de Schalock al momento de establecer necesidades y preocupaciones predominantes en diferentes áreas por este grupo poblacional. La relación calidad de vida-discapacidad resalta la necesidad de abordarse desde visiones multidimensionales que permitan comprender al ser humano en su integralidad y en la perspectiva del desarrollo. De esta manera, la calidad de vida se convierte en un constructo de amplio alcance que va desde el análisis más objetivo de los aspectos biológicos que

hacen referencia a condiciones y componentes de la salud de las personas, hasta los componentes más subjetivos relacionados con la percepción de bienestar por parte de las personas.

Gonzales (2016) y colaboradores en su investigación midieron la calidad de vida en pacientes con discapacidad motora se utilizó una metodología de estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con el fin de analizar cómo varía la calidad de vida en pacientes discapacitados según tipo y tiempo de discapacidad, grado de dependencia, salud mental y factores sociodemográficos, la muestra fueron los sujetos con discapacidad motora, de ambos sexos, con un rango de edad entre 18 a 65 años. La muestra consistió en 24 pacientes (57,1%) del Centro Teletón, 6 (14,3%) del Centro Crecer, 4 (9,5%) de la Asociación Chilena de Lisiados, 2 (4,8%) de otros centros y 6 (14,3%) de pacientes sin centro que se encuestaron durante un campeonato de tenis organizado por la Teletón. 43% de la muestra era de sexo femenino y 57% masculino. 73,8% tenía entre 18 y 30 años, 9,5% entre 31 y 45 años, 7,1% entre 46 y 55 años, 4,7% entre 56 a 65 años y 4,7% sobre 65 años. El 90,5% de la muestra era soltera/o, 7,1% casada/o, 2,4% separada/o y 0 viudo o conviviente. La calidad de vida de los individuos discapacitados se evaluó a través de la escala SF-36, escala que mide ocho conceptos: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Los resultados obtenidos muestran una asociación estadísticamente significativa según el grado de discapacidad y el componente físico estandarizado (Pearson = 0,326) y según la subcategoría de funcionamiento físico (Pearson = 0,597). No se obtuvieron resultados de significancia en el componente mental.

1.2. Planteamiento del problema

Puesto que la esencia del quehacer de la enfermería es el cuidado holístico de los seres humanos, entre los cuales cabe destacar aquellos con algún tipo de discapacidad, la meta de la profesión se orienta a asistir a estas personas (niños, adultos, ancianos), sus familias y cuidadores, para que se adapten de la manera más óptima y obtengan el mayor provecho de todas sus capacidades, no solo aprendiendo a manejar la discapacidad y logrando el grado más alto de independencia posible, estilos de vida saludables y la prevención de problemas secundarios, sino facilitando su integración al medio social en el cual se desenvuelven y el mejoramiento de su calidad de vida (INEGI, 2016).

Las personas con discapacidad constituyen un grupo minoritario dentro de la sociedad, la mayoría de naciones no cuentan con una legislación que apoye su integración, derechos y deberes, como parte de la sociedad actual; esto hace que su calidad de vida y su bienestar se vean menoscabados, y que haya falta de comprensión, apoyo y oportunidades (Hernández, 2008).

Siendo necesario modificar y adaptar los entornos inmediatos, las viviendas, las edificaciones y los parques, utilizando ayudas técnicas al alcance de todos los niveles sociales, con el apoyo indispensable del Estado, desde el punto de vista legislativo, urbanístico y divulgativo, y la vinculación del sector empresarial y privado para obtener mayores y más rápidos recursos. Además, se deben promulgar leyes y legislaciones que autoricen el acceso y la permanencia de los perros de asistencia, debidamente adiestrados, en transportes y edificios, lugares públicos, etc., como ayudas esenciales para las personas con discapacidades y no como animales perturbadores, que pongan en riesgo al usuario y a la demás población (OMS, 2011)

La persona que enfrenta alguna discapacidad, inicialmente no es consciente de sus propias potencialidades, en especial si se trata de un adulto, que llevaba una vida sin limitación de sus capacidades. Él está ante una situación difícil de aceptar, y le cuesta más trabajo y tiempo enfrentar su nueva realidad. Por ello, necesita el apoyo y la orientación de los demás, para la aceptación de sí mismo, el conocimiento y autodescubrimiento de sus capacidades, logros y alcances, y se le debe respetar la posibilidad de elección (Hernández, 2008).

El cambio de mentalidad no debe ser solo dentro de la sociedad. Es necesario que las personas con discapacidades afronten su realidad, enfrenten los cambios de vida que requieren para adaptarse, se formen y reciban apoyo, y que sus familias y cuidadores sean a su vez un apoyo para ellos, manteniendo un

diálogo permanente en este proceso de adaptación, Por tal motivo surge la siguiente pregunta de investigación ¿Nivel de calidad de vida en personas con discapacidad física que reciben tratamiento en un hospital público? Por lo que se optaría por estrategias para modificar el estilo de vida y favorecer el autocuidado como herramientas que le permitan al individuo aumentar o bien mantener un nivel de calidad de vida óptimo considerando la discapacidad física con la que este usuario se encuentra.

Preguntas de investigación

Central

¿Cuál fue el nivel de calidad de vida en personas con discapacidad física que acuden al servicio de rehabilitación de un hospital público de Morelia, Michoacán?

Secundarias

¿Cuáles fueron las características de la población de estudio en base a las variables sociodemográficas?

¿Cuál fue la relación que existe entre la variable calidad de vida en personas con discapacidad que acuden al servicio de rehabilitación de un hospital público de Morelia con las variables sociodemográficas?

1.3. Objetivos

1.3.1 General

Analizar el nivel de la calidad de vida en personas con discapacidad física que reciben tratamiento en un hospital público de Morelia, Michoacán.

1.3.2 Específicos

1. Describir las características de la población de estudio con base en las variables sociodemográficas.
2. Determinar la calidad de vida en personas con discapacidad física.
3. Determinar la relación de la variable calidad de vida en personas con discapacidad física con las variables sociodemográficas de los usuarios que acuden al servicio de rehabilitación de un hospital público de Morelia, Michoacán.

Capitulo II

2.1 Marco teórico

En este apartado se abordaron las variables de estudio, discapacidad y calidad de vida, las cuales se describieron a continuación:

2.1.1 Calidad de Vida

La calidad de vida es uno de los aspectos importantes a abordar en personas con discapacidad. Comprender el significado de calidad de vida, para personas que les implica más tiempo llevar a realizar alguna tarea.

2.1.2 Concepto

La calidad de vida, es definida de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas e inquietudes”.

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998).

2.1.3 Clasificación.

Cuatro calidades de vida según Venett (2010).

Esta clasificación se representa en la Figura 1. La distinción entre oportunidades y resultados se representa verticalmente, la diferencia entre cualidades internas y externas horizontalmente.

<i>Calidades externas</i>		<i>Calidades internas</i>
<i>Oportunidades de vida</i>	Habitabilidad del entorno	Capacidad para la vida del individuo

<i>Resultados</i>	Utilidad de vida	Apreciación de vida
-------------------	------------------	---------------------

Figura 1. Cuatro calidades de vida.

Dos clases de oportunidades de vida

En la mitad superior del esquema vemos dos variantes de calidad de vida potencial, al lado de las oportunidades externas en el entorno de cada uno, las capacidades internas para explotarlas. Las oportunidades del ambiente se pueden designar con el término *habitabilidad*, las capacidades personales con la frase *capacidad para la vida*. Esta diferencia no es nueva. En sociología se usa a veces la distinción entre “capital social” y “capital psicológico” en este contexto. En la psicología del estrés la diferencia se etiqueta negativamente en términos de “responsabilidad” y “relación con el poder”.

Habitabilidad del entorno.

El cuadrante superior izquierdo designa el significado de buenas condiciones de vida. A menudo los términos “calidad de vida” y “bienestar” se usan con este significado particular, especialmente en escritos de ecologistas y sociólogos. Los economistas usan a veces el término “prosperidad” con este significado. Otro término es “nivel de vida”. Habitabilidad es una palabra mejor, porque se refiere explícitamente a las características del entorno y no tiene la connotación limitada de condiciones materiales. También se podría hablar de “habitabilidad” de un entorno, pero este término se usa también en particular para la calidad de la vivienda.

Capacidad para la vida del individuo.

El cuadrante superior derecho designa oportunidades internas de vida. Esto es: cómo estamos preparados para afrontar los problemas de la vida. Este aspecto de la buena vida se conoce también con diferentes nombres. Las palabras “calidad de vida” y “bienestar” también las utilizan doctores y psicólogos para referirse a este significado específico; Sin embargo, existen otros términos. En biología este fenómeno se describe como “potencial de adaptación”. En otras ocasiones se le designa con el término médico “salud”, en la acepción media de la palabra o por términos psicológicos tales como “eficacia” o “potencia”. Yo prefiero el término simple “capacidad para la vida”, que contrasta elegantemente con “habitabilidad”.

Dos clases de resultados de vida

La parte inferior del esquema se refiere a la calidad de vida con respecto a sus resultados. Estos pueden juzgarse por su valor para el entorno de cada uno y el valor para uno mismo. Es el término “utilidad de vida” el que designa el valor externo de una vida. Su valoración interna se llama “apreciación de vida”. Por supuesto, estas cuestiones están relacionadas. El hecho de conocer que la propia vida es útil aumentará la apreciación ésta. Aun así, no todas las vidas útiles son vidas felices y no todos los inútiles se preocupan. Esta diferencia se ha elaborado en discusiones sobre filosofía moral utilitaria, que alaban la felicidad como el supremo bien. Mill (1861) resumió tal posición en su famosa afirmación de que él prefería un Sócrates infeliz que un tonto feliz.

Utilidad de vida.

El cuadrante inferior izquierdo representa la noción de que una vida buena tiene que ser buena para algo más que por sí misma. Esto presupone algunos valores más elevados. No hay un genérico común para estas asistencias externas de la vida. Gerson (1976) se

refiere a esta clase como concepciones “transcendentales” de la calidad de vida. Otra apelación es el “significado de la vida”, que señala una importancia “verdadera”, en lugar de un mero sentido subjetivo de significado. Yo prefiero la “utilidad de la vida”, más simple, admitiendo que esta etiqueta puede también dar lugar a malos entendidos. Seamos conscientes de que esta utilidad externa no requiere conciencia interna. La vida de una per *Apreciación de la vida*.

Finalmente, el cuadrante derecho inferior representa los resultados internos de la vida. Ésta es la calidad a los ojos de quien la contempla. Como tratamos con seres humanos conscientes, esta calidad se reduce a la apreciación subjetiva de la vida. Esto se califica generalmente como bienestar “subjetivo”, “satisfacción de la vida” y “felicidad” en un limitado sentido de la palabra. La vida tiene tanto más de esta calidad, cuanto más y más tiempo se disfruta. En los cuentos de hadas esta combinación de intensidad y duración se designa con la frase “vivieron mucho y fueron muy felices”.

2.1.4 Discapacidad

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS, 2020).

Según el Consejo Nacional de Discapacidad (2017) la discapacidad es un concepto en construcción que ha evolucionado paralelamente a la difusión y el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. En consecuencia, en la actualidad, las referencias a los términos sobre normalización, ambiente menos restrictivo, integración, enfoque comunitario, inclusión, ejercicio de los derechos y conceptos similares son cada vez más comunes, demostrando que el enfoque actual hacia las personas con discapacidad, a diferencia de en épocas anteriores, se caracteriza por ser más positivo, humano y técnico.

La discapacidad es compleja, dinámica, multidimensional y objeto de debate; sin embargo, las personas con discapacidad y sus familias, al igual que investigadores sociales y de la salud, han identificado a las barreras sociales y físicas como determinantes en la discapacidad, pues dificultan el acceso a la comunicación, información y movilización de este grupo de atención prioritario, la transición que implicó pasar de, una perspectiva individual y médica.

Las personas con discapacidad, a lo largo de la historia y a lo ancho de las culturas han sido tratados como endemoniados, como bendecidos por los dioses, como sujetos necesitados de tutela, como sujetos peligrosos que había que apartar del resto de la sociedad, o como objeto de estudio (Fernández, 2008).

En todos los casos de deficiencias de carácter físico el eje problemático en torno al cual se estructura la trama de la integración (deficitaria) es la autonomía personal, ya que aunque en cada etapa del ciclo vital las expectativas en torno a la autonomía son distintas, como también lo son entre las personas que no padecen discapacidad, se trata de un elemento esencial desde el punto de vista de la calidad de vida. Pues bien, hablar de autonomía supone referirse a ámbitos tan variados como el laboral, el educativo, la comunicación social y por supuesto la accesibilidad, que aglutina a todas estas facetas vitales.

La escasa participación en actividad y empleo, el déficit y el desajuste educativo, así como la sobreprotección familiar, que redundan en la falta de autonomía, son problemas comunes a todas las personas con discapacidad. Pero tal vez se manifiesten de forma especialmente reconocible en términos de accesibilidad en aquellas personas que tienen muy reducida su capacidad de movimiento, como los usuarios de sillas de ruedas.

2.1.5 Clasificación

La clasificación habla de funcionamiento como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano, discapacidad, de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano y salud como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores .

Tipos de discapacidad

Toda discapacidad tiene su origen en una o varias deficiencias funcionales o estructurales de algún órgano corporal, y en este sentido se considera como deficiencia cualquier anomalía de un órgano o de una función propia de ese órgano con resultado incapacitante.

Deficiencia física

Se considerará que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores). También se incluirán las deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías y tetraplejías y a los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras. Un último subconjunto recogido en la categoría de discapacidades físicas es el referido a las alteraciones viscerales, esto es, a los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario.

Deficiencia mental

Se incluye en la categoría de deficiencia mental el espectro del retraso mental en sus grados severo, moderado y leve, además del retraso madurativo, las demencias y otros trastornos mentales. En esta última recoge trastornos tan diversos como el autismo, las esquizofrenias, los trastornos psicóticos, somáticos y de la personalidad, entre otros.

Deficiencia sensorial

La categoría 'deficiencias sensoriales' incluye, para los fines de este estudio a quienes presentan trastornos relacionados con la vista, el oído y el lenguaje. Dentro del grupo de las deficiencias sensoriales se incluyen, como se ha dicho, colectivos afectados por trastornos de distinta naturaleza. Las deficiencias auditivas presentan a su vez distintos grados, desde las hipoacusias (mala audición) de carácter leve hasta la sordera total prelocutiva y postlocutiva, y los trastornos relacionados con el equilibrio.

Para esta tesis se incursiono a utilizar a la teórica de enfermería Katherine Kolcaba, con su teoría del confort la cual es un pilar para el gremio de enfermería, el confort es un antídoto para los factores de estrés inherentes en situaciones sanitarias y cuando el confort mejora pacientes y familias salen reforzados frente a las tareas que tienen por delante, siendo el motivo de la utilización de esta teoría para fundamentar y sostener dicha tesis.

2.1.6 Katherine Kolcaba

2.1.7 Generalidades.

Kolcaba explicó sus características de fortalecimiento, y a partir de la ergonomía, la relación directa con la realización de una tarea (progreso de la terapia). Sin embargo, su significado suele estar implícito, oculto en el contexto, y puede resultar ambiguo.

El concepto varía semánticamente según sea verbo, sustantivo, adjetivo, adverbio, proceso o resultado. Kolcaba utilizó ideas de tres de las primeras teóricas de la enfermería para sintetizar o derivar los tipos de confort en el análisis conceptual (Kolcaba, 2003).

Necesidades de cuidados de la salud

Las necesidades de cuidados de la salud son necesidades de confort que surgen a partir de situaciones estresantes de la atención sanitaria que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Estas necesidades pueden ser físicas, psicoespirituales, socioculturales o del entorno. Se hacen evidentes a través del seguimiento, los informes verbales y no verbales, los parámetros fisiopatológicos, la educación y el apoyo, y la intervención y el asesoramiento económico (Kolcaba, 2003).

Intervenciones de confort

Las intervenciones de confort son actividades de enfermería y referencias diseñadas para tratar las necesidades específicas de comodidad de los receptores, que comprenden las necesidades fisiológicas, sociales, culturales, financieras, psicológicas, espirituales, del entorno y físicas (Kolcaba, 2003). Se han comprobado las siguientes intervenciones:

- Tipos de inmovilización para personas con angiografía coronaria
- Estrategias cognitivas para personas con frecuencia e incontinencia urinaria
- Reducir el estrés en estudiantes universitarios
- Masajes para pacientes ingresados en centros de cuidados paliativos y de cuidados a largo plazo.

Variables de intervención

Las variables de intervención son fuerzas de interacción que influyen en las percepciones de los receptores del confort total. Consisten en experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo, pronóstico, finanzas, educación, bagaje cultural y la totalidad de los elementos de la experiencia de los receptores (Kolcaba, 2003). Estas variables de intervención influyen en la planificación y el éxito de las intervenciones de cuidados en los pacientes. En la investigación, pueden incluirse en la forma demográfica.

Confort

El confort es el estado inmediato que experimentan los receptores de las intervenciones de confort. Es la experiencia inmediata e integral de fortalecerse cuando se abordan las necesidades de la persona. Los tres tipos de confort son alivio, tranquilidad y transcendencia. Los cuatro contextos son físicos, psicoespiritual, sociocultural y del entorno (Kolcaba, 2003).

Conductas de búsqueda de la salud

Las conductas de búsqueda de la salud componen una amplia categoría de resultados relacionada con esta búsqueda tal como es definida por los receptores en la consulta con el profesional de enfermería. Las categorías fueron sintetizadas por Schlotfeldt (1975), que propuso que eran interna, externa y una muerte tranquila. Las conductas internas son las que no podemos ver, como la curación quirúrgica, la formación de linfocitos T o el equilibrio electrolítico; las conductas externas son las que podemos ver directamente, como la deambulacion, o indirectamente, como la presión arterial. Kolcaba (2003) define la muerte tranquila como «una muerte en la que se han resuelto los conflictos, se han tratado bien los síntomas, y la aceptación por parte del paciente y los miembros de la familia permite al paciente “dejarse ir” con tranquilidad y dignidad.

Integridad institucional

Las corporaciones, comunidades, escuelas, hospitales, regiones, estados y países que poseen las cualidades de ser completos, totales, razonables, rectos, solícitos, éticos y sinceros poseen integridad institucional. Cuando una institución muestra este tipo de integridad, son evidentes las mejores prácticas y las mejores políticas (Kolcaba, 2003).

Mejores prácticas

La utilización de intervenciones de atención sanitaria basadas en la evidencia para obtener los mejores resultados posibles para el paciente y su familia se conoce como mejores prácticas.

Mejores políticas

Las políticas institucionales o regionales que abarcan desde protocolos para las intervenciones y los trastornos médicos hasta el acceso a la asistencia sanitaria y su prestación se conocen como mejores políticas.

El apoyo empírico de la naturaleza integral del confort se encontró en un estudio de cuatro proposiciones teóricas (Kolcaba, 2003).

1. Generalmente, el confort es específico del estado.
2. El resultado del confort es sensible a los cambios a lo largo del tiempo.
3. Cualquier intervención de enfermería integral con antecedentes establecidos de su eficacia, aplicada de forma coherente, aumenta el confort con el tiempo.
4. El confort total es mayor que la suma de sus partes.

Enfermería

La enfermería es la evaluación intencional de las necesidades de confort, el diseño de intervenciones de confort para tratar esas necesidades, y la reevaluación de los niveles de confort después de la aplicación en comparación con el valor de referencia.

La evaluación y la reevaluación pueden ser intuitivas, subjetivas o ambas, como cuando una enfermera pregunta al paciente si está cómodo. Las evaluaciones objetivas comprenden la observación de la curación de las heridas, los cambios en los valores analíticos o los cambios de conducta.

La enfermera está obligada a prestar atención a los detalles que influyen en la comodidad de la persona, a la hora de procurarla, no hay que ignorar ningún detalle, pues es el primer y último objetivo de la enfermera hacer que las personas se sientan cómodas. El confort puede evaluarse utilizando las escalas de clasificación verbales (clínica) o los cuestionarios de confort (investigación), utilizando los instrumentos desarrollados por Kolcaba (2003).

El cuidado enfermero consistía en proporcionar un ambiente general de comodidad, el cuidado personal incluye prestar atención a la felicidad, comodidad, tranquilidad tanto física como mental, además del descanso y sueño, nutrición, la higiene y la eliminación.

Paciente

Los destinatarios de los cuidados pueden ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesitan atención sanitaria. Los profesionales de enfermería pueden ser receptores de un mayor confort en el lugar de trabajo cuando se ponen en marcha iniciativas para mejorar las condiciones de trabajo (Boudiab y Kolcaba, 2015).

Entorno

El entorno es cualquier aspecto del paciente, la familia o la institución que puede ser manipulado por los profesionales de enfermería, los familiares o las instituciones para aumentar el confort.

Salud

La salud es el funcionamiento óptimo de un paciente, familia, profesional sanitario o comunidad, según la definición del paciente o grupo.

Principales premisas

1. Los seres humanos tienen respuestas integrales a estímulos complejos (Kolcaba, 2003).
2. El confort es un resultado integral de valor añadido relacionado con la disciplina enfermera.
3. El confort es una necesidad humana básica que las personas se esfuerzan por atender o han atendido. Es un esfuerzo activo.
4. El aumento del confort fortalece a los pacientes para que participen en conductas de búsqueda de la salud de su elección.
5. Los pacientes que están autorizados a participar activamente en conductas de búsqueda de la salud están satisfechos con su atención sanitaria.
6. La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a los destinatarios de los cuidados. Igualmente, importante es la orientación a un entorno integral que fomente la salud para las familias y los profesionales sanitarios.

Fundamentos teóricos

La teoría de la comodidad contiene tres partes o afirmaciones proposicionales que pueden comprobarse de forma independiente o como un todo. La parte 1 afirma que las intervenciones de confort, si son eficaces, aumentan el confort en los receptores (pacientes y familias), en comparación con un valor de referencia previo a la intervención. Los cuidadores pueden considerarse receptores si la institución se compromete a ofrecer confort en su entorno laboral.

Las intervenciones de confort abordan necesidades humanas básicas, como reposo, homeostasis, comunicación terapéutica y tratamiento como seres integrales. Estas intervenciones de confort habitualmente no son técnicas y complementan la prestación de cuidados técnicos.

La parte 2 afirma que el aumento del confort de los receptores de los cuidados se traduce en un aumento de la participación en las conductas de búsqueda de la salud (objetivos) que se negocian con los receptores.

La parte 3 afirma que el aumento de la participación en las conductas de búsqueda de la salud se traduce en un aumento de la calidad de los cuidados, que beneficia a la institución y a su capacidad para reunir pruebas para las mejores prácticas y políticas. Kolcaba cree que los profesionales de enfermería quieren aplicar los cuidados de confort y que pueden incorporarse fácilmente en cada actividad de enfermería. Propone que este tipo de práctica de confort fomenta la mayor creatividad y satisfacción de los profesionales de enfermería, además de la alta satisfacción de los pacientes.

Para mejorar el confort, el profesional de enfermería debe aplicar las intervenciones apropiadas y documentar los resultados en el historial médico del paciente.

Kolcaba utilizó tres tipos de razonamiento lógico en el desarrollo de la teoría del confort: 1) inducción; 2) deducción, y 3) retroducción.

Inducción

La inducción consiste en elaborar generalizaciones a partir de un número específico de casos observados (Hardin y Bishop, 2010).

Deducción

La deducción consiste en inferir conclusiones específicas a partir de premisas o principios generales; va de lo general a lo específico (Hardin y Bishop, 2010).

Retroducción

La retroducción es útil para seleccionar nuevos fenómenos que pueden desarrollarse más y probarse.

Capitulo III

3.1 Material y métodos.

3.2 Tipo y diseño de estudio.

Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo ya que se trató de un proceso sistemático, riguroso, objetivo y formal para generar una información numérica acerca del mundo. La investigación cuantitativa se lleva a cabo para describir nuevas situaciones, fenómenos o conceptos; examina las relaciones entre variables, y determina la eficacia de tratamientos o intervenciones sobre resultados de salud seleccionados en el mundo (Grove, Gray y Burns, 2016).

Este estudio de investigación tuvo un diseño correspondiente a Grove y sus colaboradores (2016), descriptivo por lo tanto la investigación descriptiva es la exploración y descripción de fenómenos en situaciones de la vida real. Proporciona una explicación exacta de las características de individuos, situaciones o grupos en particular. Generalmente se realizan en escenarios naturales, sin manipulación de la situación. Se descubre un nuevo significado, describe lo que existe, determina la frecuencia con la que ocurre algo y clasifica la información en escenarios del mundo real. Los resultados son la identificación y descripción de conceptos, la identificación de posibles relaciones entre conceptos y el desarrollo de hipótesis que proporcionen una base para la futura investigación cuantitativa (Grove, Gray y Burns, 2016). Considerando su número de mediciones fue transversal porque recolecto datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). De acuerdo al tiempo el protocolo se consideró prospectivo dado que el inicio del estudio es anterior a los hechos estudiados, los datos son recogidos a medida que van sucediendo (UNAM, 2013) por último, considerando la manipulación de la variable este estudio fue de diseño no experimental por lo que se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.3 Límites de tiempo y espacio.

La presente investigación se llevó dentro del periodo que comprende del mes de octubre del año en curso al mes de enero de 2021, el lugar seleccionado fue un hospital público en la localidad de Morelia, Michoacán de Ocampo.

3.4 Universo.

El universo estudiado de la presente investigación fueron personas adultas de 18 a 59 años de edad con alguna discapacidad física y que recibieron tratamiento en un hospital público de Morelia, Michoacán.

3.5 Muestra.

La muestra de este estudio fue no probabilística, debido a que suponen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) de 30 personas adultas con un muestreo de conveniencia por cuotas ya que es una técnica en donde el investigador asegura una representación equitativa y proporcionada de los sujetos, en

función de que rasgo es considerado base de la cuota. En el muestreo por cuotas se escogen personas con las características deseadas, pero no se seleccionan aleatoriamente de la población (Pérez, 2018).

3.6 Variable.

3.7 Criterios.

Los criterios de selección son los siguientes

3.7.1 Criterios de inclusión.

Se incluyó a todo adulto dentro del rango de edad 18 a 59 años.

Se incluyó a todo adulto que tenga una discapacidad física con un tiempo mayor a tres meses.

Se incluyó a todo adulto que cuente con algún dispositivo de ayuda para la discapacidad.

Se incluyó a todo adulto dependiente de un cuidador.

3.7.2 Criterios de exclusión.

Personas menores de 18 años o bien mayor de 59 años.

Adulto que tenga una discapacidad física pero que no reciba rehabilitación.

Adulto que tenga un tiempo menor a 3 meses con la discapacidad.

Adulto que no sea acompañado por un cuidador.

3.7.3 Criterios de eliminación.

Se eliminó a todo adulto que no acuda al servicio de rehabilitación

Se eliminó a todo adulto que solo conteste el 30% del cuestionario de investigación.

3.8 Operacionalización de variables.

La variable de estudio se muestra en el apéndice 1

3.9 Instrumento.

Para medir la variable calidad de vida se utilizó el instrumento cuestionario de salud elaborado por Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L y Rebollo P. El instrumento consta de 36 ítems y 8 dimensiones: Función física, Rol físico, Rol emocional, Función social, Salud mental, Salud general, Dolor corporal y Vitalidad. (Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L y Rebollo P, 2004).

El instrumento cuestionario de salud utiliza una escala tipo Likert con valores de 1 a 5 (Nada: 1), (Un poco: 2), (Regular: 3), (Bastante: 4) y (Mucho: 5) considerando que a mayor puntuación mejor calidad de vida prevalece con un alfa de Cronbach de 0.9800 (Vilagut y colaboradores, 2004).

3.10 Procedimiento.

Esta investigación se elaboró con base en los pasos definidos por Grove (2016), formulando y delimitando el problema, realizando la revisión bibliográfica, definiendo el marco, definiciones y formulación de hipótesis.

A continuación, se realizó la fase del diseño y planeación que conllevó las siguientes actividades: selección de un diseño de investigación, desarrollo del protocolo de investigación, identificación de la población, diseño del plan de muestreo, especificación de métodos para medir la variable de investigación, desarrollo de métodos para salvaguardar a los sujetos y revisión y finalización del plan de investigación.

Siguiendo con la fase empírica en donde se realizó la recolección de datos y preparación de los datos para su análisis, por consiguiente, la fase analítica en donde se realizó el análisis de los datos y la interpretación de los resultados, finalizando con la fase de divulgación en donde se comunicaron los hallazgos en la práctica.

Una vez elaborada la tesis se solicitó la evaluación por el Comité de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y posteriormente se solicitó la autorización de los directivos del hospital público de la localidad de Morelia de Michoacán de Ocampo.

Una vez obtenida la autorización se acudió con él o la coordinadora del área de consulta externa en el servicio de rehabilitación para definir los horarios en los que se acudió a realizar la colecta, la cual se efectuó aplicando el cuestionario auto dirigido. Se acudió en el horario convenido y se abordaron a los participantes a quienes se les invitó a participar en el proyecto, y aquellos que aceptaron se les informó de su participación y se les solicitó la firma de la hoja de consentimiento informado.

3.11 Análisis estadístico.

Se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS versión 25. Se utilizó la estadística descriptiva para el objetivo de las variables sociodemográficas y clínicas con medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias absolutas y relativas, así como porcentajes. Los resultados se presentaron en tablas.

Consideraciones éticas y legales

Esta investigación se apegará a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). En este proyecto deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Artículo 13).

En esta investigación también se contemplarán los principios científicos y éticos que la justifiquen (Artículo 14) y se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación a menos que él lo autorice para casos específicos (Artículo 16).

De igual manera esta investigación se considerará sin riesgo para los participantes, pues se tratará solo de una investigación documental sin realizar ninguna intervención (Artículo 17, apartado I), la investigación se suspenderá en el caso de que alguno de los ítems del instrumento sea ofensivo o lastime su integridad y el sujeto así lo manifieste (Artículo 18).

De acuerdo a lo señalado se darán a conocer la naturaleza de los procedimientos y los posibles riesgos a los que se someterá, con capacidad de elección y sin coacción alguna (Artículo 20); todo esto por medio de un consentimiento informado realizado de manera escrita (Artículo 22).

Este proyecto de investigación estará guiado por un investigador, estudiante de la Licenciatura en Enfermería (Artículo 113), el será el encargado de preparar el protocolo de investigación, documentar y registrar los datos generados durante el estudio; formar un archivo sobre el estudio que contendrá el protocolo, las modificaciones al mismo, las autoridades, los datos generados, el informe final y todo el material documental y biológico susceptible de guardarse, relacionado con la investigación; seleccionar al personal participante en el estudio y proporcionarle la información y adiestramiento necesario para llevar a cabo su función, así como mantenerlos al tanto de los datos generados y los resultados; elaborar y presentar los informes parciales y finales de la investigación, y las obras afines que sean necesarios para cumplir con la dirección técnica de la investigación (Artículo 116, apartados I, III, IV, V, VI, VII).

Tal como lo define el artículo 120, el investigador podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tiene derechos los sujetos de investigación, así como la que se haya acordado con los patrocinadores del estudio. Además de dar el debido crédito a los investigadores asociados y al personal técnico que hubiera participado en la investigación, deberá entregarse una copia de éstas publicaciones a la Dirección de la Institución.

Por otra parte a lo largo de la aplicación de esta investigación se respetará de igual manera lo establecido en la Declaración de Helsinki (1989) concordará con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en un conocimiento minucioso de la literatura científica (Artículo 1), se respetará siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad, respetar su intimidad y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre la integridad física y mental y su personalidad (Artículo 6).

Cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar

en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito (Artículo 9).

Capitulo IV

4.1 Análisis e interpretación de resultados

Se encuestaron a 30 personas con discapacidad física y se obtuvieron los siguientes resultados.

Datos sociodemográficos

En la tabla 1 se observa que la media de la edad fue de 34 años (DE=13.45166).

Tabla 1

Edad de los participantes

Variable	Media	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo	DE
Edad	38.1333	34.0000	34.00	59.00	18.00	13.45166

Nota: Resultados obtenidos de la Cédula de datos sociodemográficos.

*DE= Desviación estándar.

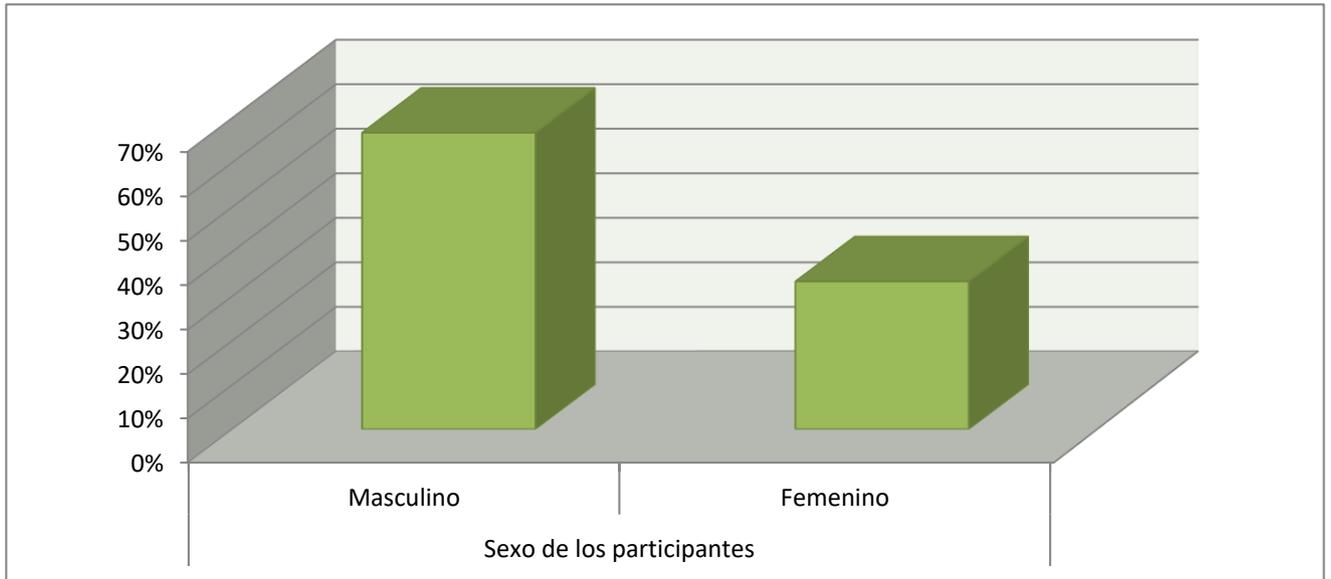
En la tabla y gráfico 2 se observa que el 66.7% de los participantes fueron de sexo masculino (ver tabla y gráfico 2).

Tabla y gráfico 2

Sexo de los participantes

Sexo	f	%
Masculino	20	66.7
Femenino	10	33.3
Total	30	100.0

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje.



En la tabla y gráfico 3 se observa que el 50.0% de los participantes están casados, mientras que el 66.7% viven con familiares (ver tabla y gráfico 3).

Tabla y gráfico 3

Estado civil y personas con quien vive

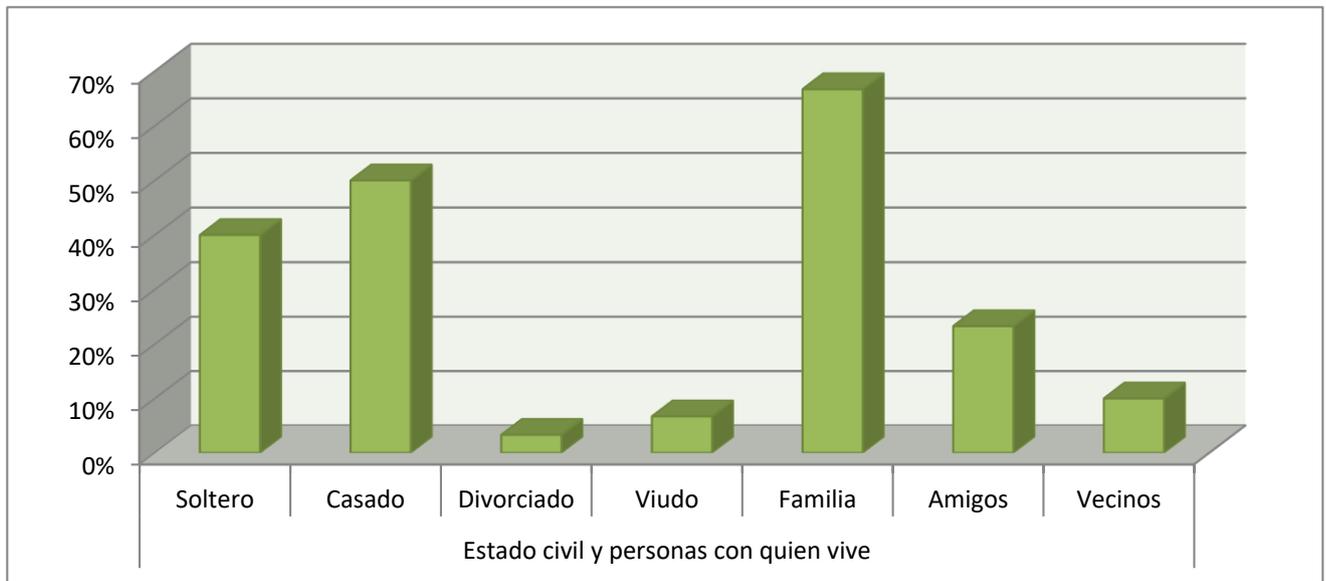
Variable	f	%
Estado civil		
Soltero	12	40.0
Casado	15	50.00
Divorciado	1	3.3
Viudo	2	6.7
Personas con quien vive		
Familia	20	66.7
Amigos	7	23.3

Vecinos

3

10.0

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje.



En la tabla y gráfico 4 se observa que el 33.3% de los participantes han adquirido una discapacidad física por un accidente automovilístico (ver tabla y gráfico 4).

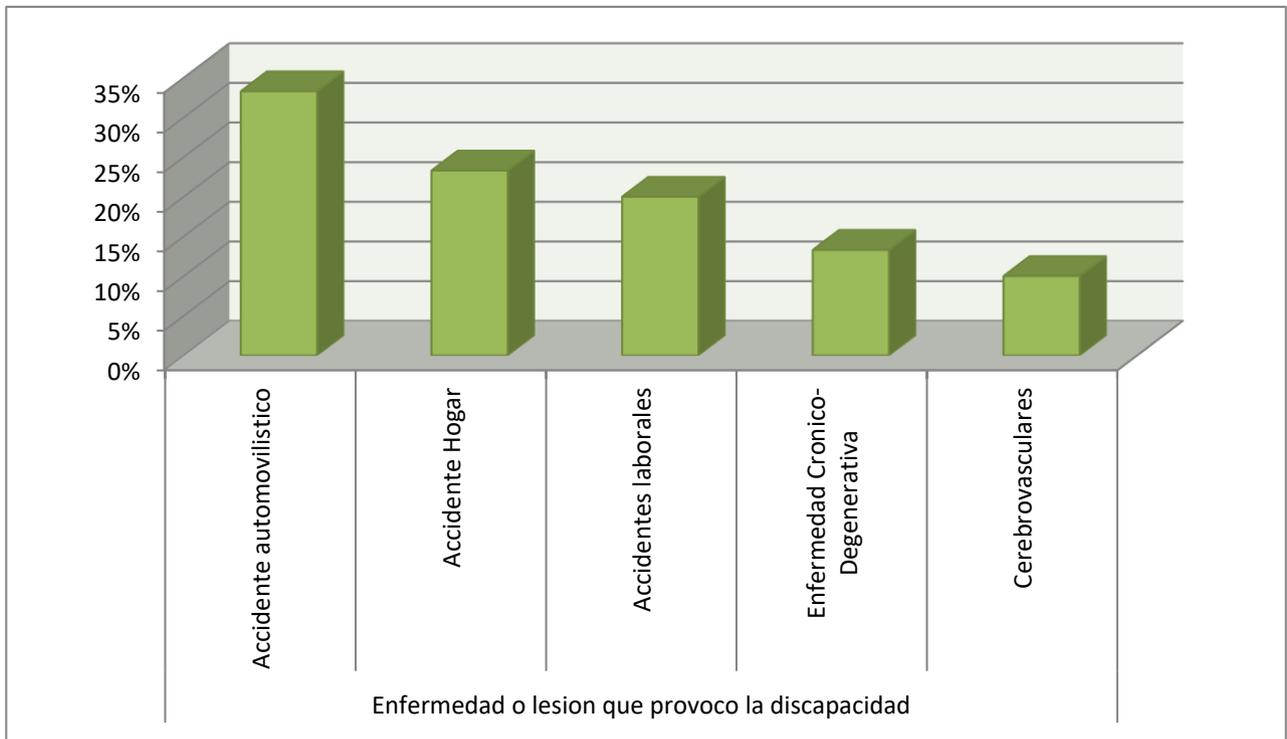
Tabla y gráfico 4

Enfermedad o lesión que provoco la discapacidad

Variable	f	%
Accidente automovilístico	10	33.3
Accidente hogar	7	23.3
Accidentes laborales	6	20.0
Enfermedad crónico-degenerativa	4	13.3
Cerebrovasculares	3	10.0

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje.

Resultados obtenidos de la cédula de datos sociodemográficos.



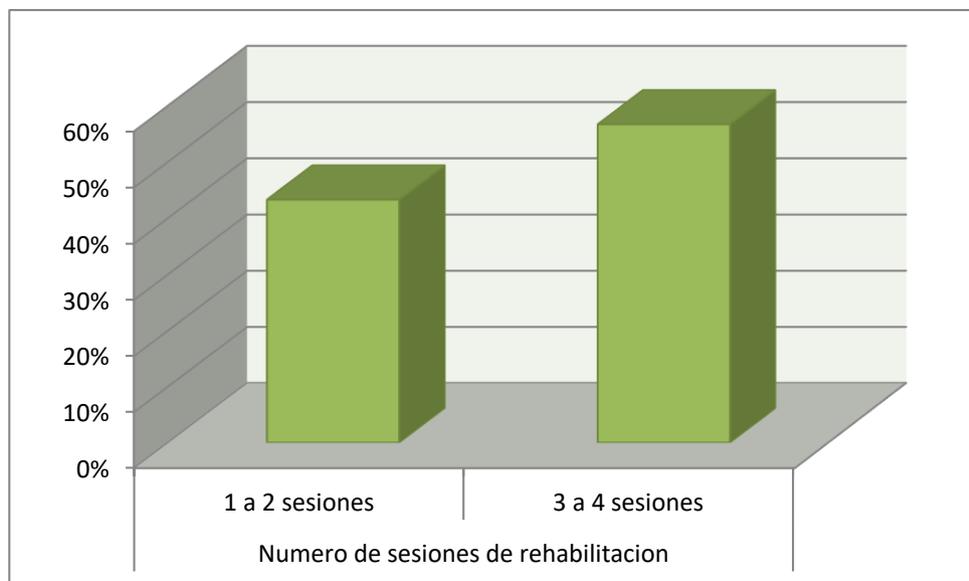
En la tabla y gráfico5 se observa que el 56.7% de los participantes acuden de 3 a 4 sesiones de rehabilitación (ver tabla y gráfico 5).

Tabla y gráfico 5

Numero de sesiones de rehabilitación

Variable	f	%
Numero de sesiones de rehabilitación		
1 a 2 sesiones	13	43.3
3 a 4 sesiones	17	56.7

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje.



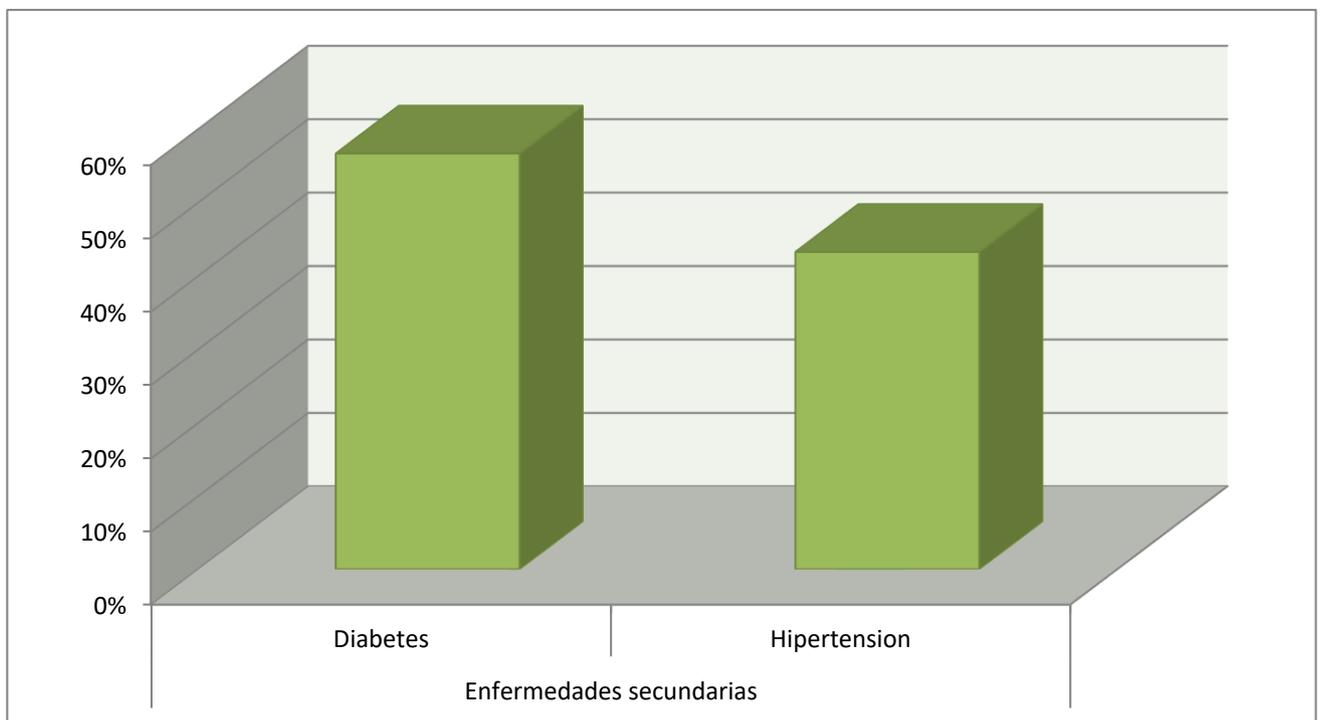
En la tabla y gráfico 6 se observa que el 56.7% padecen DM2 (Diabetes Mellitus tipo 2), mientras que el 43.3% HAS (Hipertensión Arterial Sistémica), (ver tabla y gráfico 6).

Tabla y gráfico 6

Enfermedades secundarias

Variable	f	%
Enfermedades secundarias		
Diabetes	17	56.7
Hipertensión	13	43.3

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje.



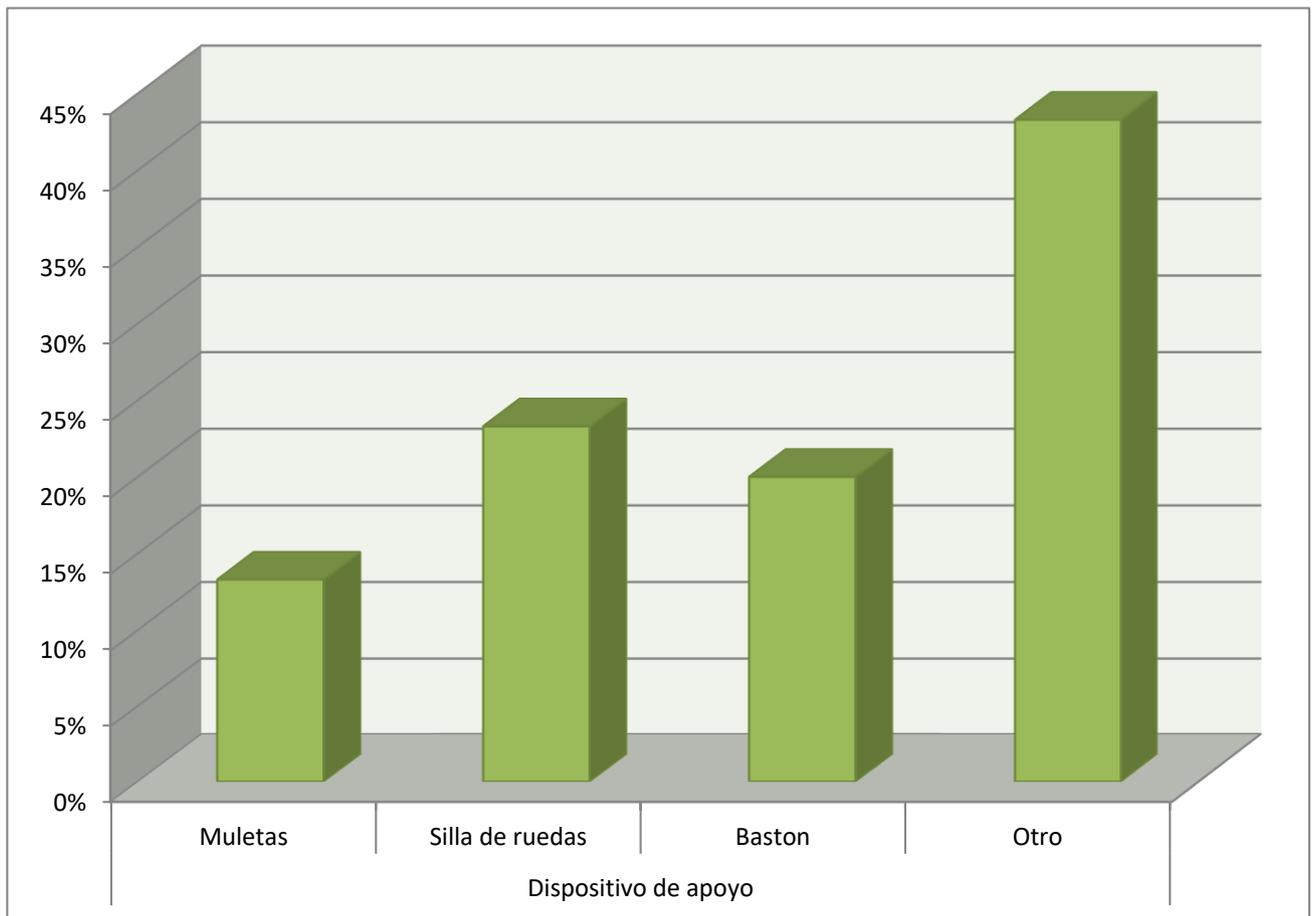
En la tabla y gráfica 7 se observa que el 43.3 % de los participantes utilizan otro dispositivo de apoyo (ver tabla y gráfico 7).

Tabla y gráfico 7

Dispositivo de apoyo

Variable	f	%
Dispositivo de apoyo		
Muletas	4	13.3
Silla de ruedas	7	23.3
Bastón	6	20.0
Otro	13	43.3

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje.



Resultado del instrumento

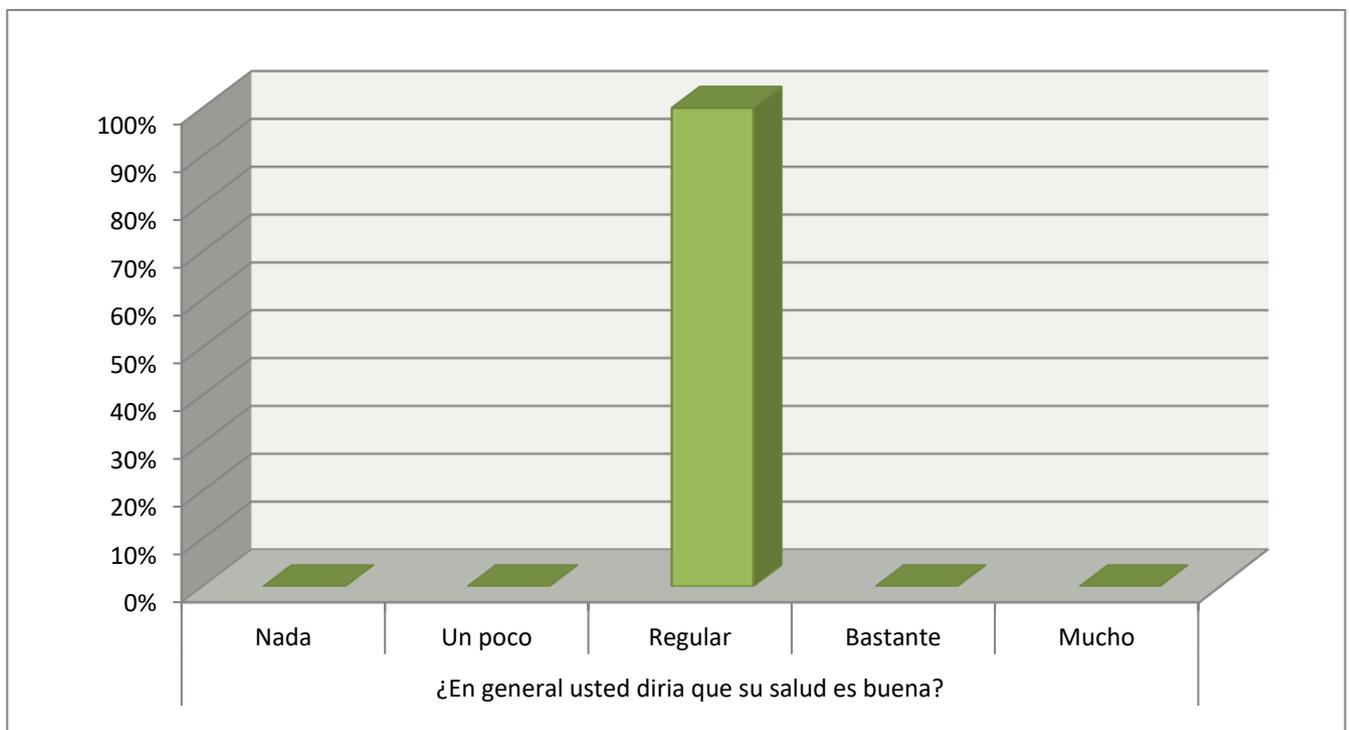
Respecto a la salud de los participantes el 100 % (30) respondió regular (ver tabla y gráfico 8).

Tabla y gráfica 8

Salud de los participantes	f	%
Nada	0	0
Un poco	0	0
Regular	30	100
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



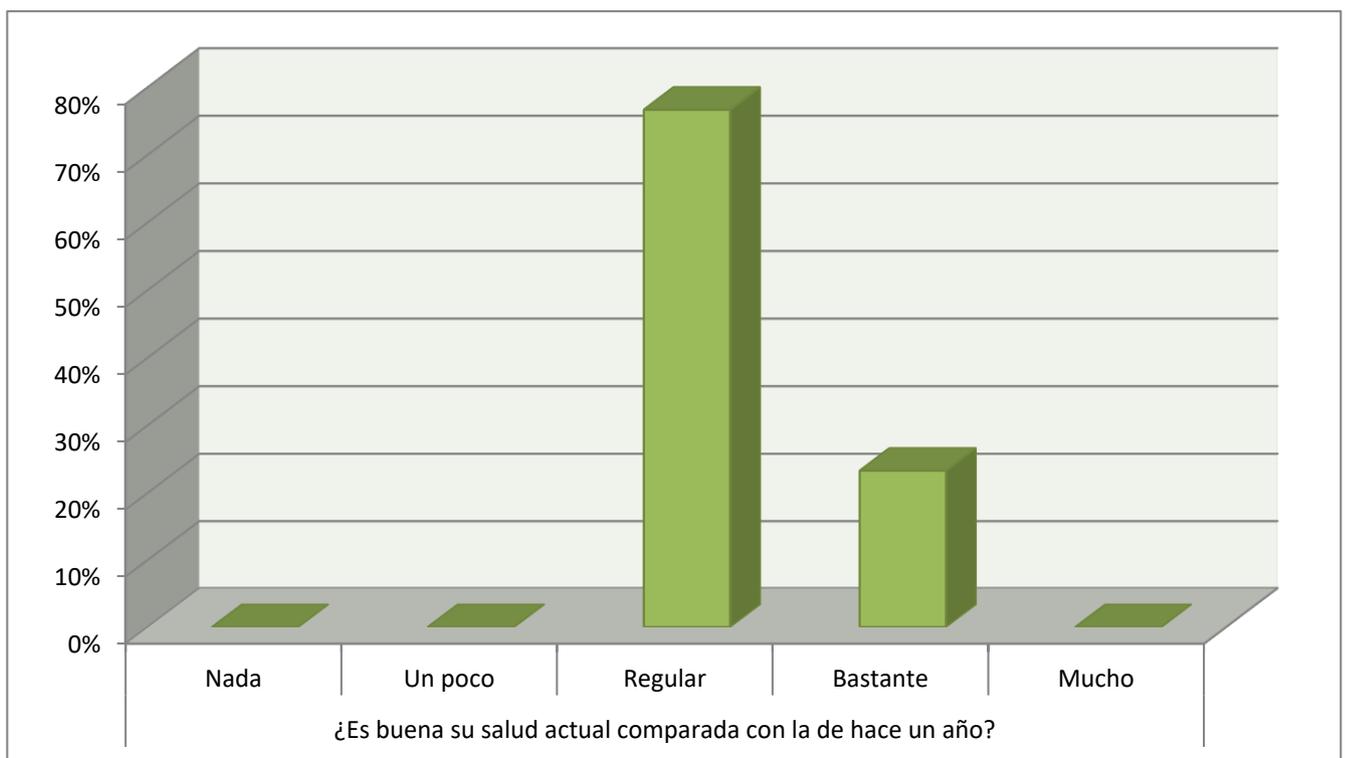
Referente a la salud de los participantes relacionado a como se sienten en relación al año anterior el 76.7 %(23) mencionó regular y el 23.3% comento bastante (ver tabla y gráfico 9).

Tabla y gráfico 9

Salud actual de los participantes en relación al año anterior	f	%
Nada	0	0
Un poco	0	0
Regular	23	76.7
Bastante	7	23.3
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



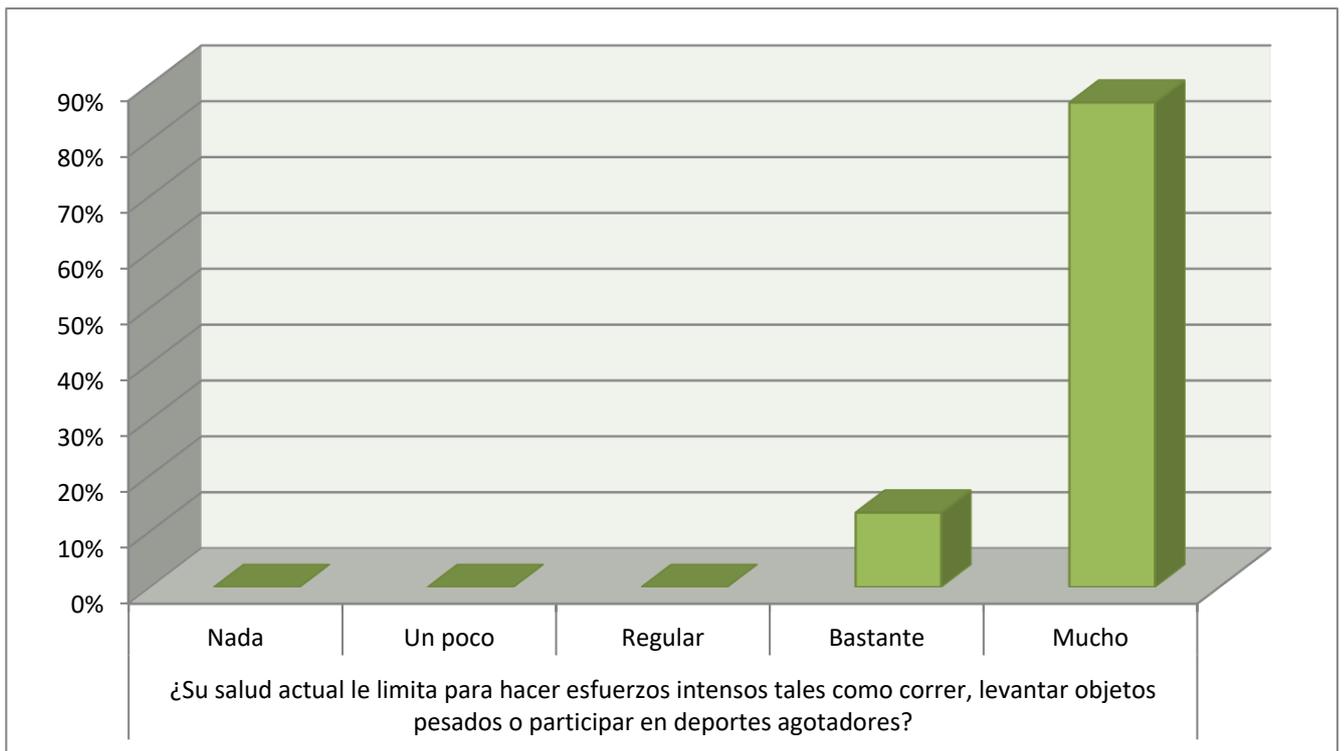
En relación a la salud actual de los participantes y las limitaciones para realizar esfuerzo intenso (correr, cargar objetos pesados) se observa que el 86.7% (26) mencionó que tiene muchas limitaciones y el 13.3% (4) comento bastante (ver tabla y gráfica 10).

Tabla y gráfica 10

Salud actual y limitaciones para realizar esfuerzo intenso	f	%
Nada	0	0
Un poco	0	0
Regular	0	0
Bastante	4	13.3
Mucho	26	86.7

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



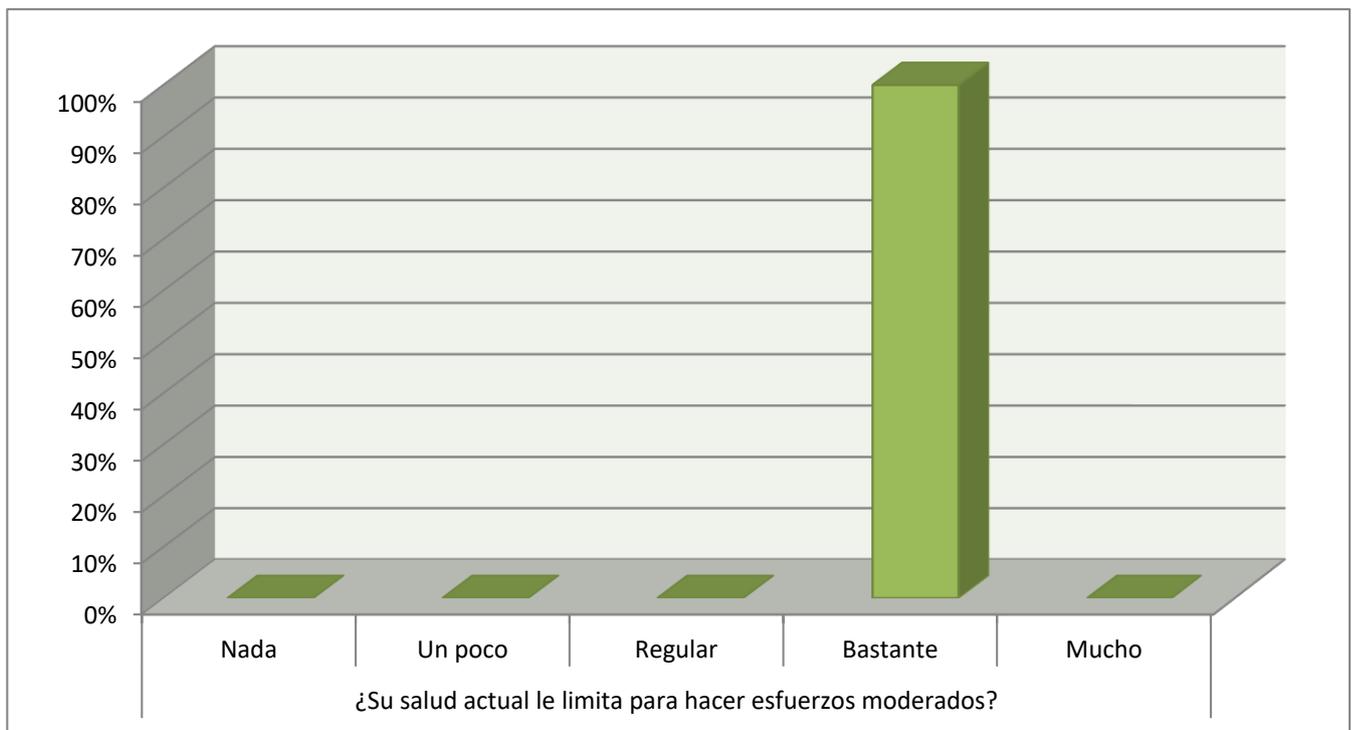
Con base a la salud actual de los participantes se observa que el 100% (30) de ellos tiene bastante limitación para hacer esfuerzos moderados (ver tabla y gráfica 11).

Tabla y gráfica 11

Limitación para hacer esfuerzos moderados y la salud actual	f	%
Nada	0	0
Un poco	0	0
Regular	0	0
Bastante	30	100
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



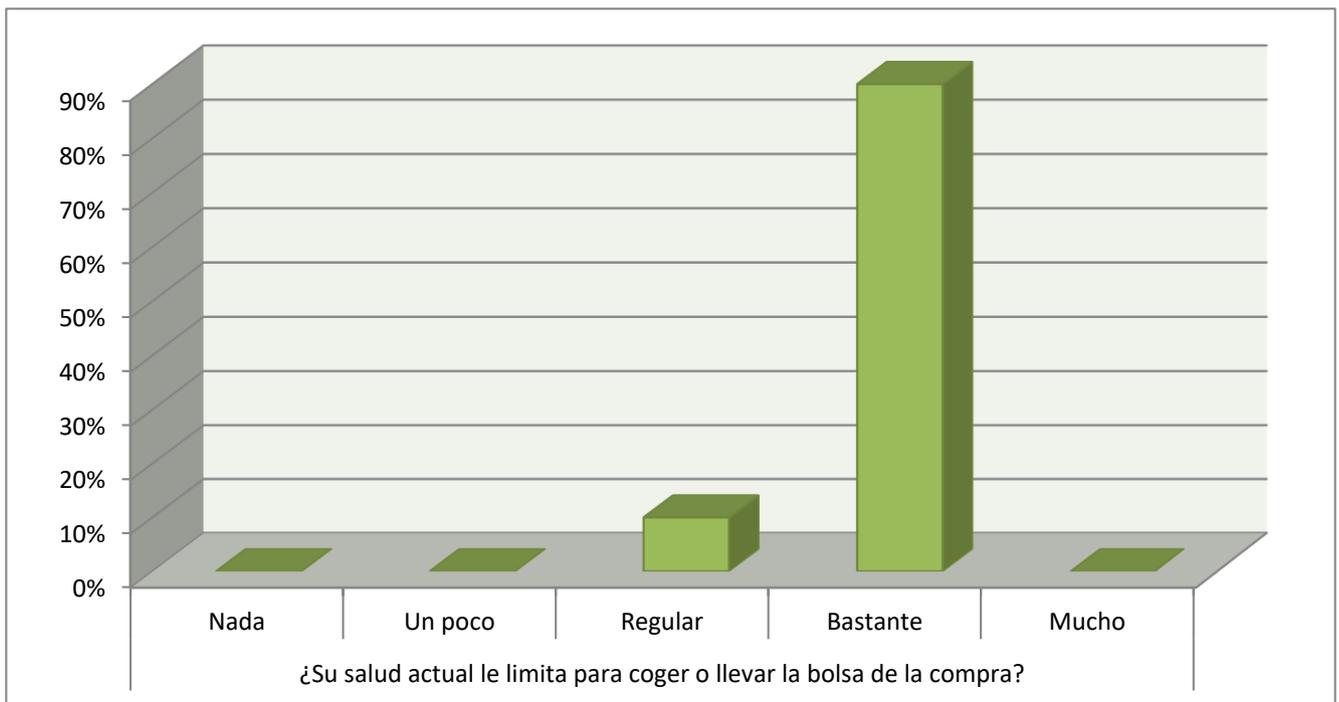
En relación con la salud actual de los participantes se puede observar que el 90% (27) tiene bastante limitación para cargar las bolsas de la despensa y el 10% (3) mencionó tener limitación regular (ver tabla y gráfica 12).

Tabla y gráfica 12

Salud actual y limitación para cargar las bolsas de la despensa	f	%
Nada	0	0
Un poco	0	0
Regular	3	10
Bastante	27	90
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



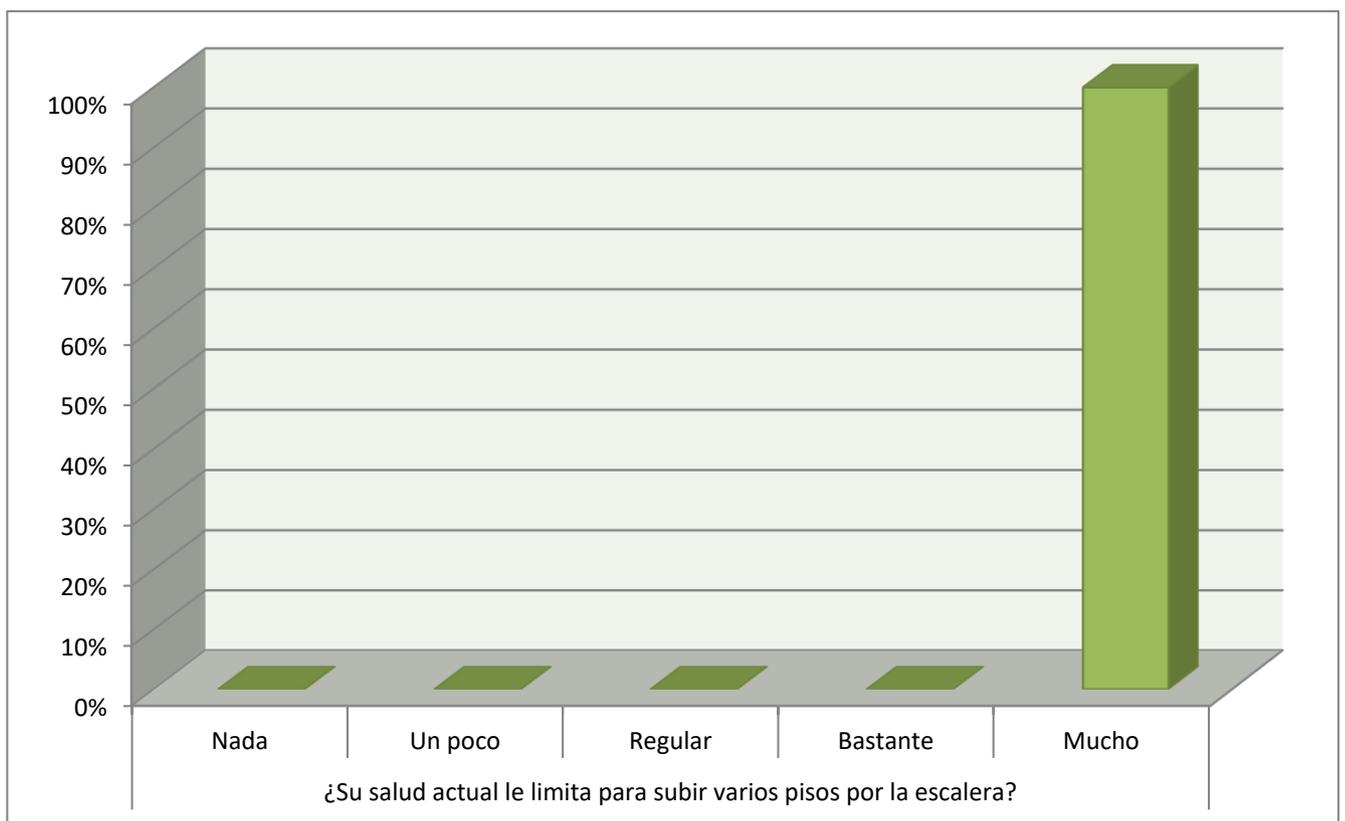
De acuerdo con la salud actual de los participantes, se observa que el 100% (30) de ellos tiene mucha limitación para subir por las escaleras (ver tabla y gráfica 13).

Tabla y gráfica 13

Limitación para subir por escaleras relacionado a la salud actual	f	%
Nada	0	0
Un poco	0	0
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	30	100

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



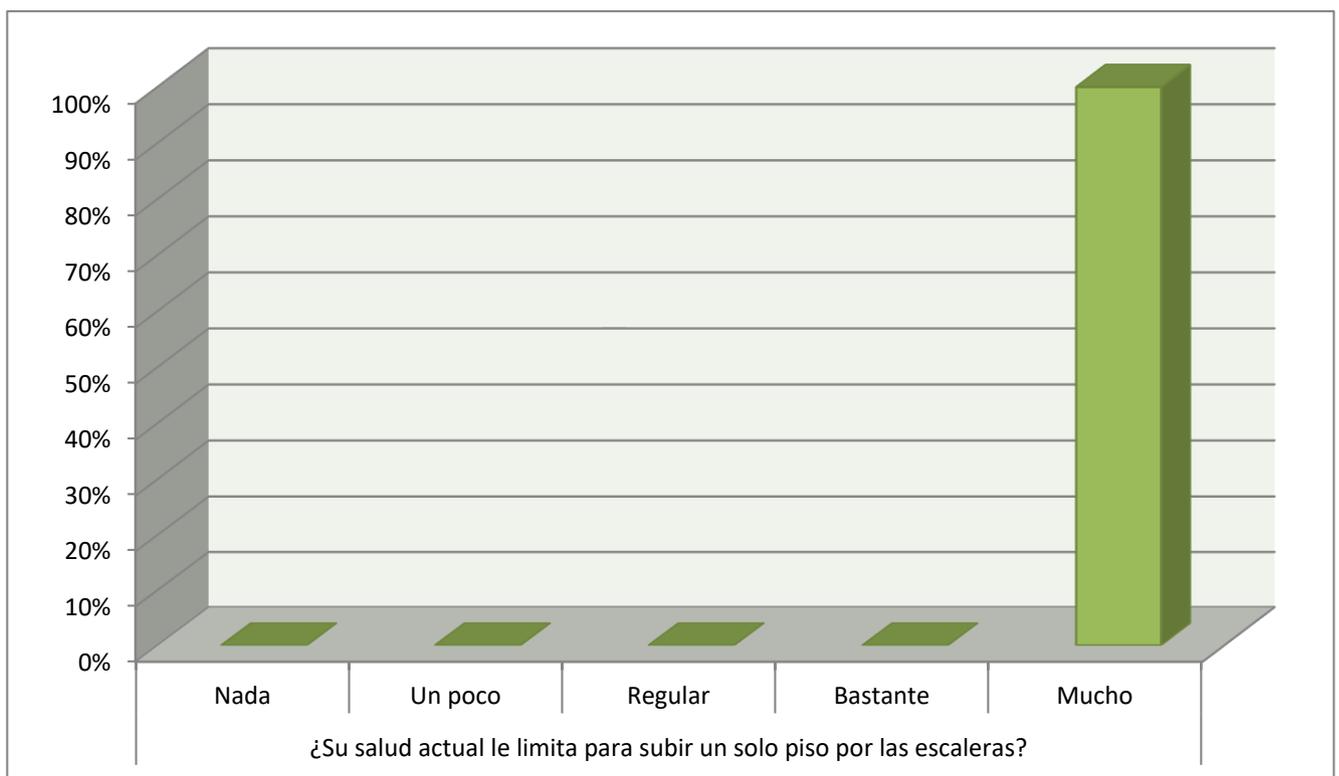
Referente a la salud de los participantes el 100% (30) de ellos mencionó tener mucha limitación para subir un piso por las escaleras (ver tabla y gráfica 14).

Tabla y gráfica 14.

Salud actual y la limitación para subir un solo piso por las escaleras.	f	%
Nada	0	0
Un poco	0	0
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	30	100

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



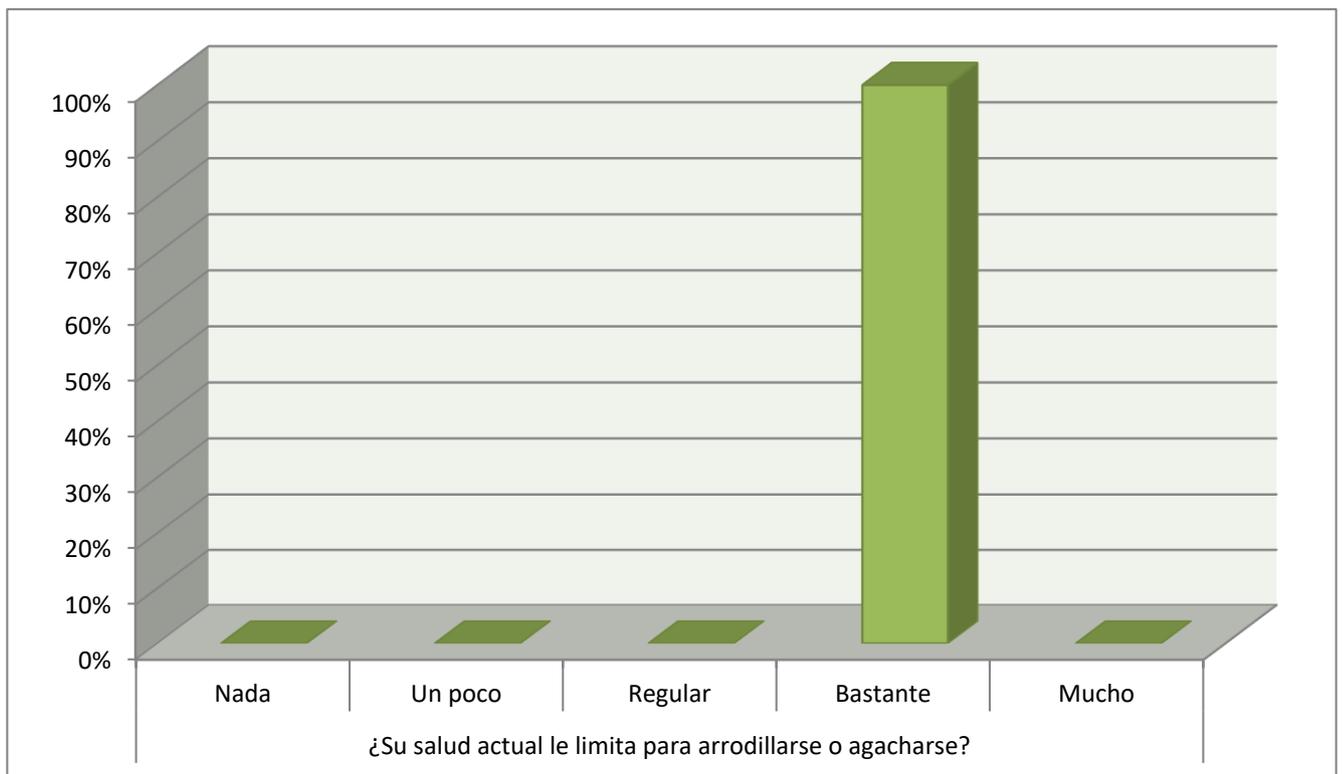
Con base a la salud actual de los participantes el 100% (30) dijo a ver tenido bastante limitación para arrodillarse o inclinarse (ver tabla y gráfica 15).

Tabla y gráfica 15

Limitación para arrodillarse o inclinarse relacionado con la salud actual	f	%
Nada	0	0
Un poco	0	0
Regular	0	0
Bastante	30	100
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



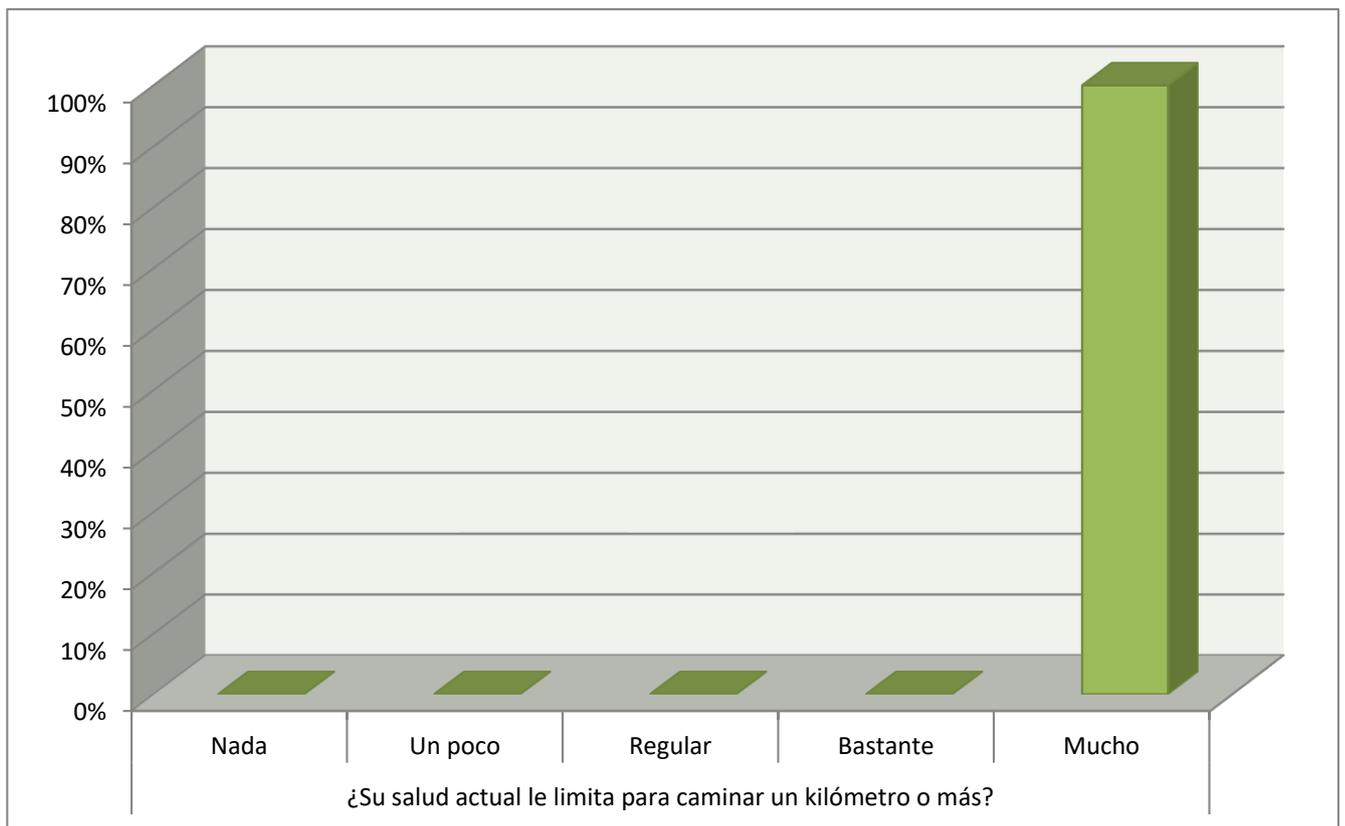
En relación con la salud actual de los participantes el 100% (30) mencionó a ver tenido mucha dificultad para caminar un kilómetro o más (ver tabla y gráfica 16).

Tabla y gráfica 16

Limitación para caminar un kilómetro o más y la salud actual	f	%
Nada	0	0
Un poco	0	0
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	30	100

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



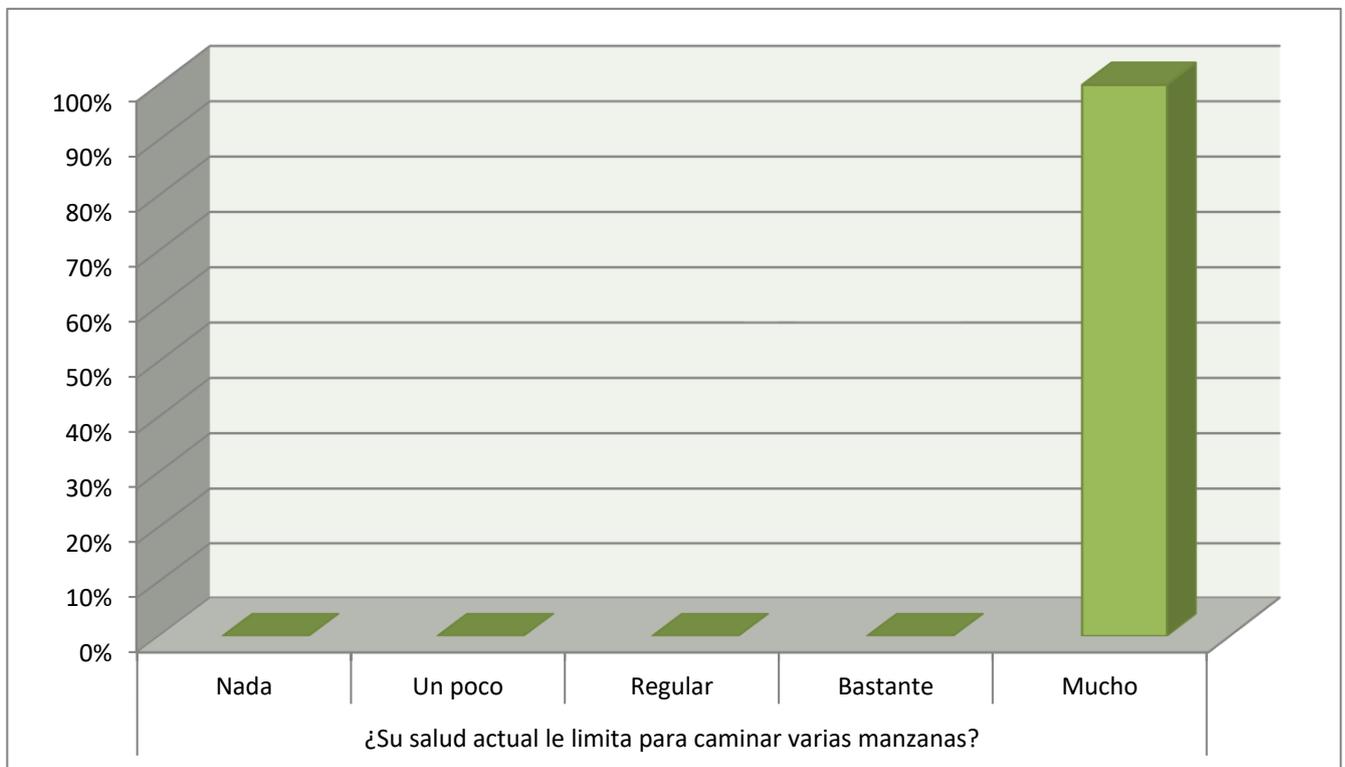
Referente a la salud actual de los participantes se observa que el 100% (30) de ellos tiene mucha limitación para caminar varias manzanas (ver tabla y gráfica 17).

Tabla 17

Salud actual y limitación para caminar varias manzanas	f	%
Nada	0	0
Un poco	0	0
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	30	100

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



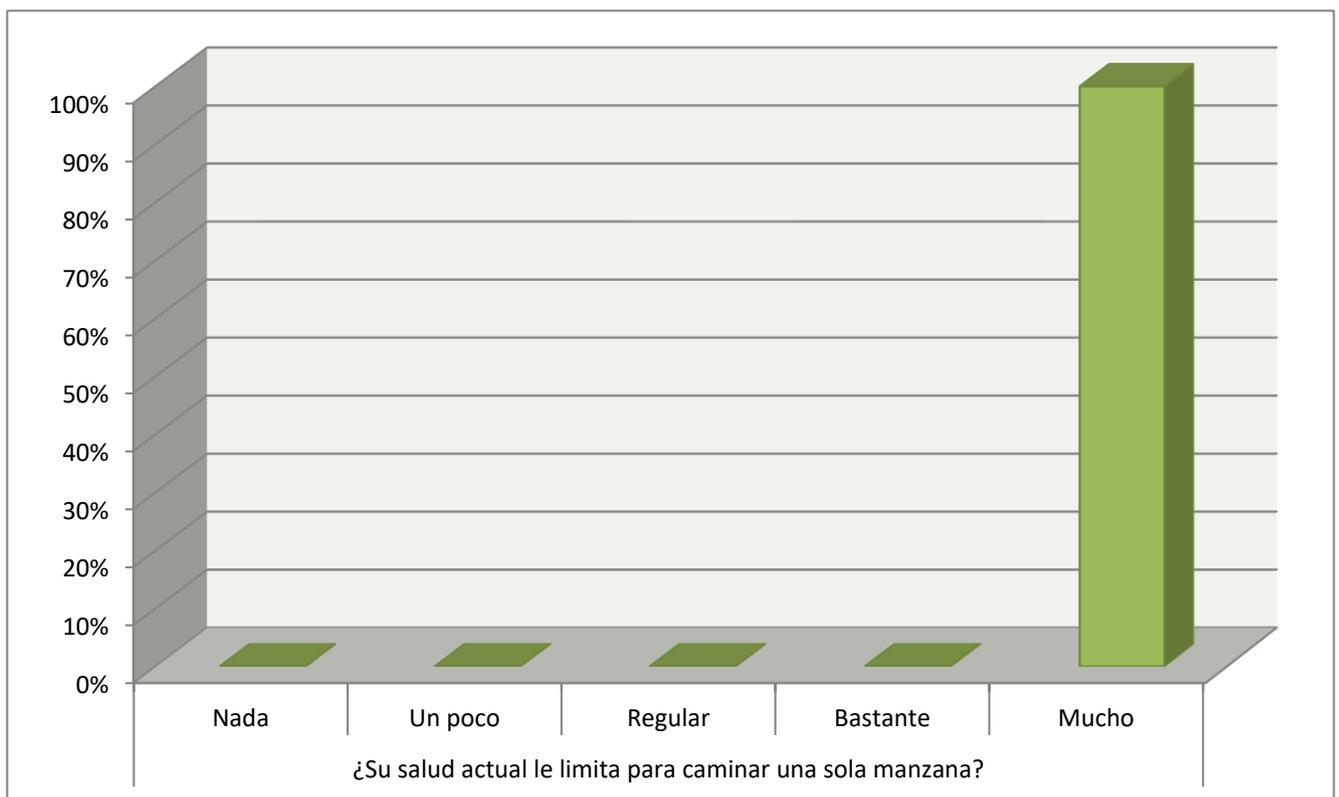
De acuerdo con la salud actual de los participantes se observa que el 100% (30) de ellos menciono a ver tenido mucha limitación para caminar una sola manzana (ver tabla y gráfica 18).

Tabla 18

Limitación para caminar una sola manzana con relación a la salud actual	f	%
Nada	0	0
Un poco	0	0
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	30	100

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



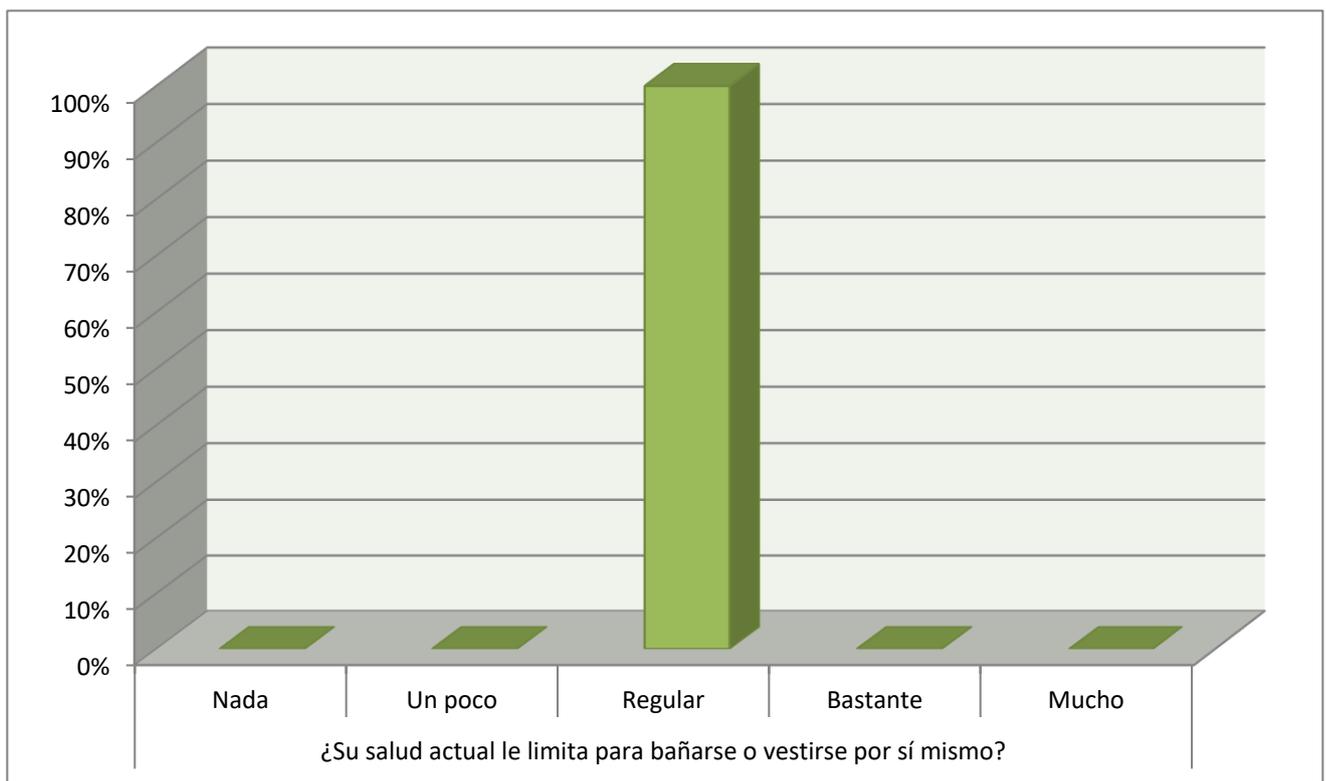
Con base a la salud actual de los participantes se puede observar que el 100% (30) refiere que tiene limitación regular para bañarse y vestirse por sí mismos (ver tabla y gráfica 19).

Tabla y gráfica 19

Limitación para asearse y vestirse por sí mismo relacionado con la salud actual	f	%
Nada	0	0
Un poco	0	0
Regular	30	100
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



Referente a la salud física de los participantes el 73.3% (22) refirieron no a ver reducido nada el tiempo dedicado al trabajo y otras actividades, mientras que el 26.7 % (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 20).

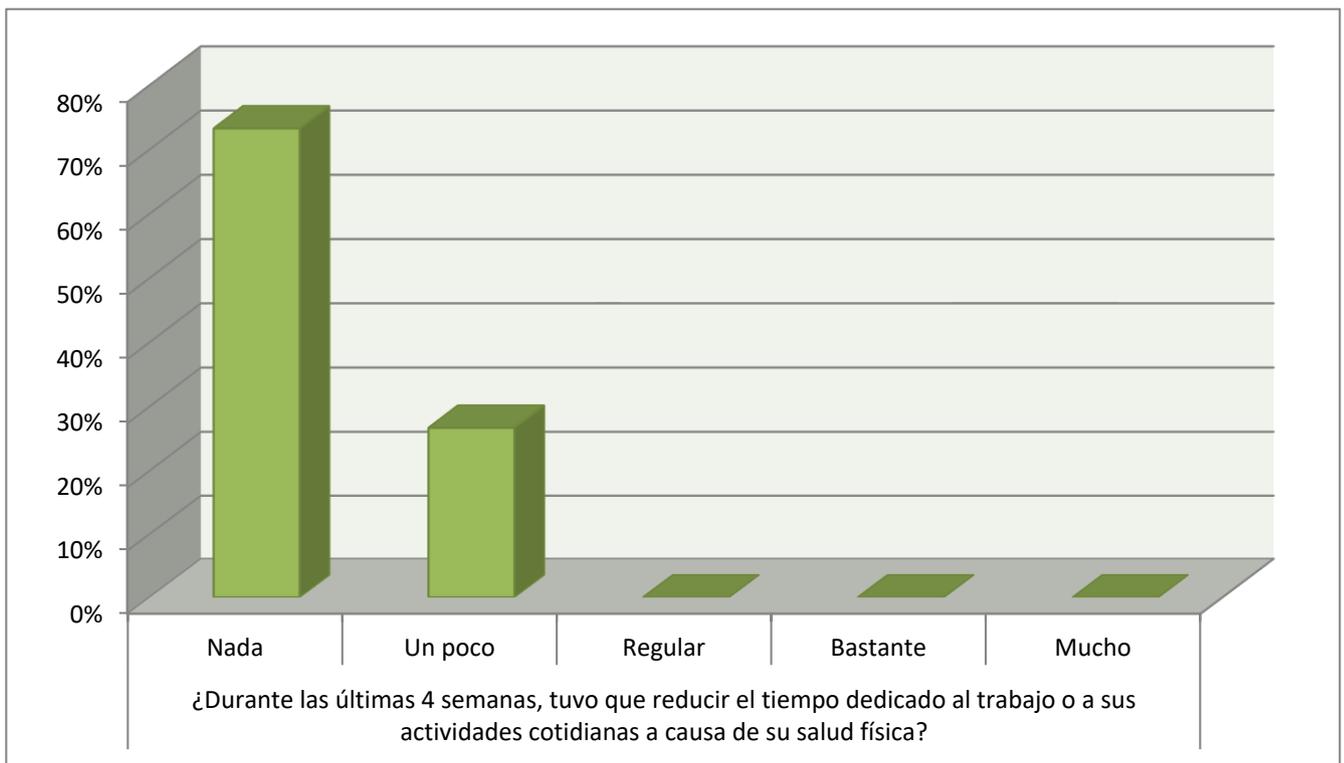
Tabla y gráfica 20

Reducción de tiempo
dedicado al trabajo y otras
actividades durante las
últimas cuatro semanas
relacionado con la salud
física

	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



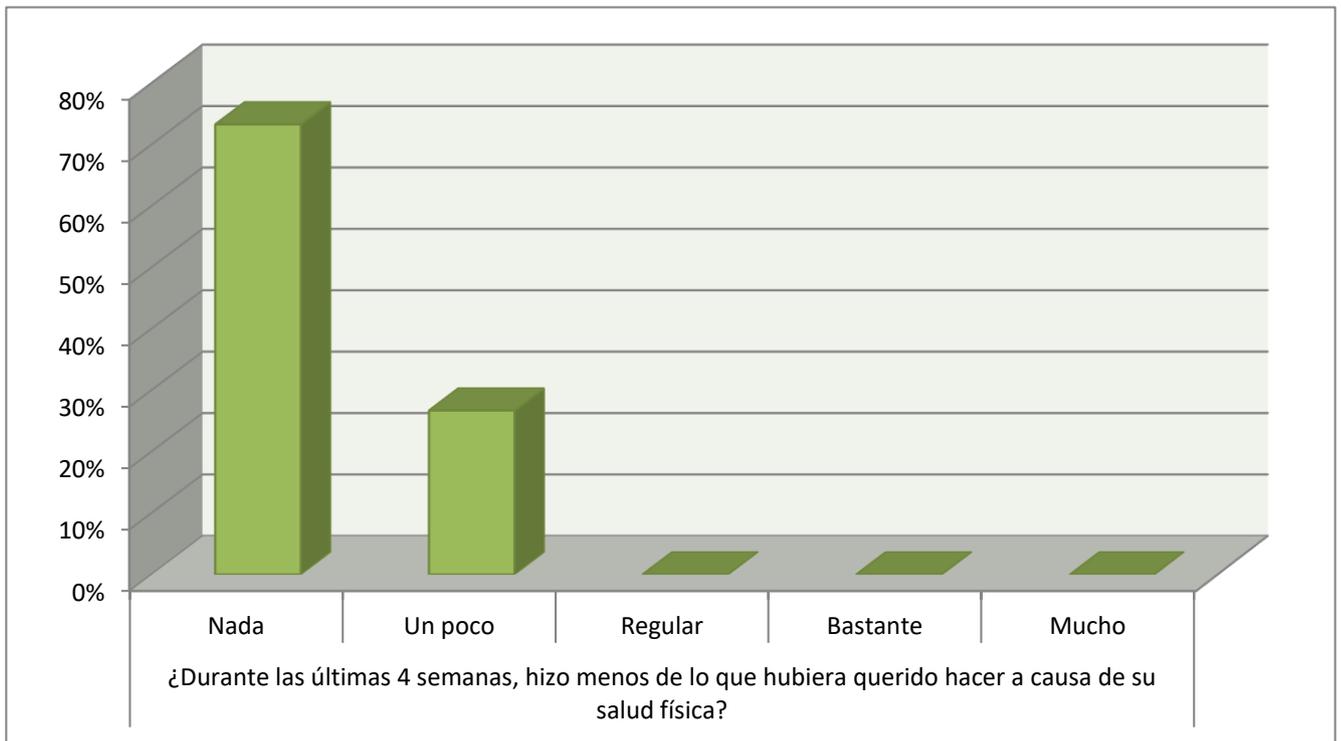
En relación con la salud física de los participantes el 73.3% (22) refiere no a ver hecho menos de lo que hubiera querido hacer durante las últimas cuatro semanas y el 26.7% (8) mencionó solo un poco (ver tabla y gráfica 21).

Tabla y gráfica 21

Hacer menos de lo hubiese querido hacer durante las últimas cuatro semanas en relación con la salud física	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



De acuerdo con la salud física de los participantes se observa que el 73.3% (22) no dejó de hacer actividades cotidianas en las últimas cuatro semanas, mientras que el 26.7% (8) mencionó un poco (ver tabla y gráfica 22).

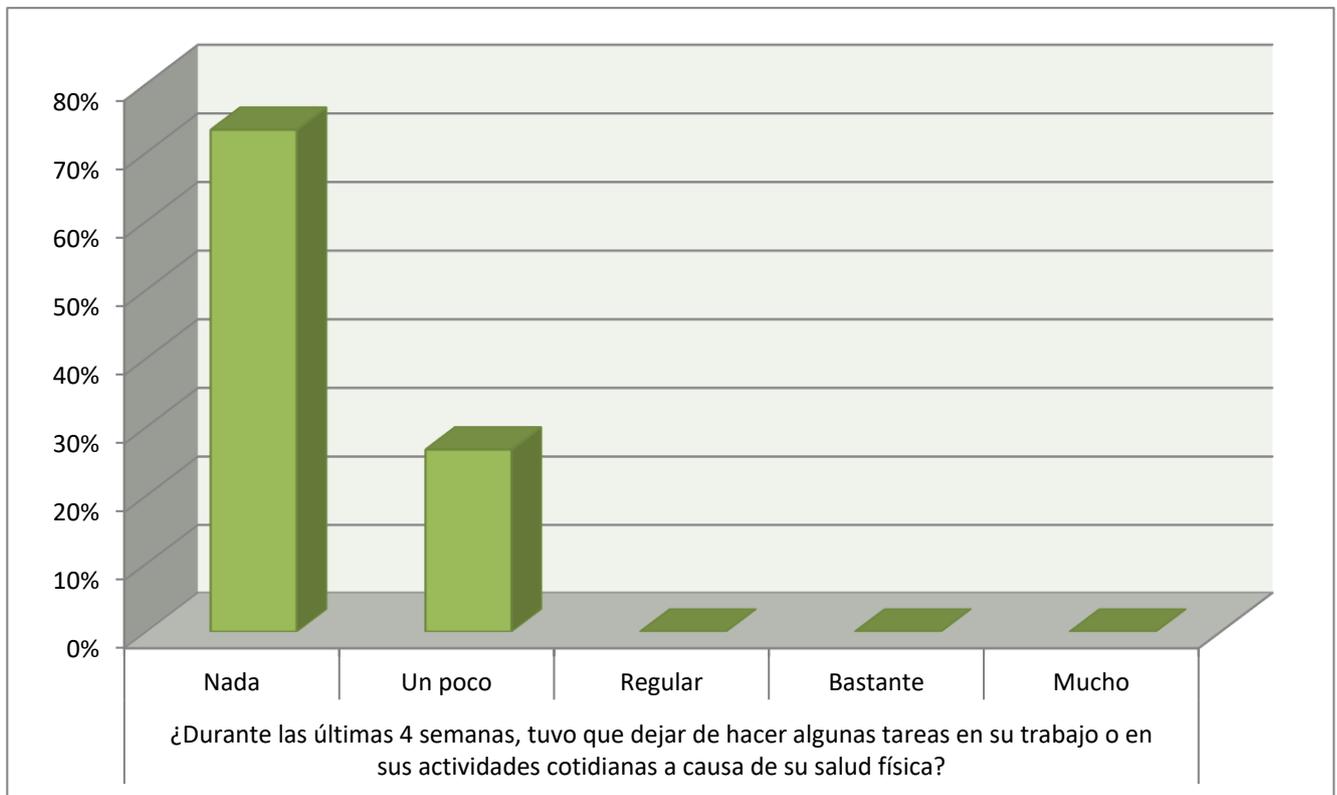
Tabla y gráfica 22

Dejar de hacer actividades
cotidianas durante las
últimas cuatro semanas a
causa de la salud física

	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



Con base a la tabla y gráfica 23 se observa que el 73.3% (22) de los participantes no redujo el tiempo dedicado al trabajo y actividades cotidianas durante las últimas cuatro semanas y el 26.7% (8) mencionó un poco (ver tabla y gráfica 23).

Tabla y gráfica 23

Reducción de tiempo

dedicado al trabajo o

actividades cotidianas

f

%

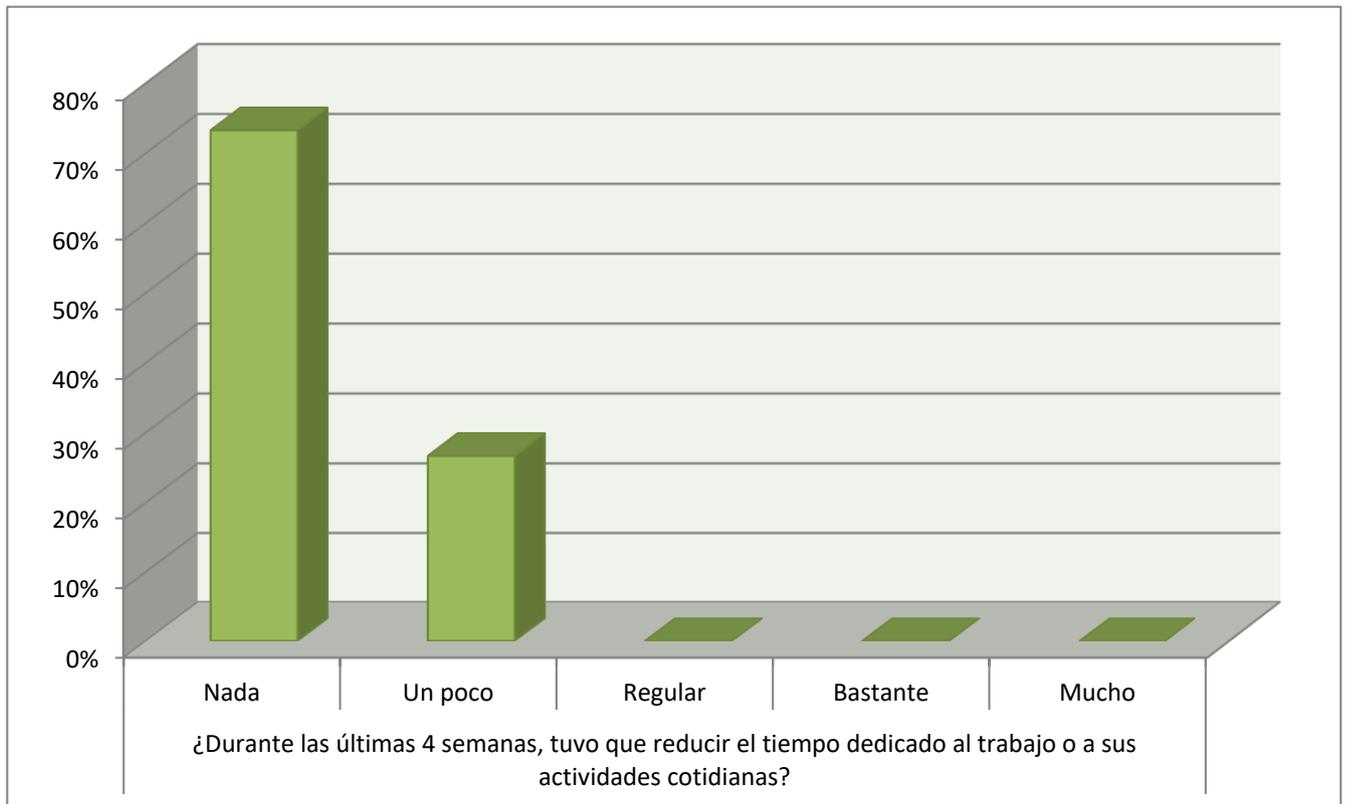
durante las últimas cuatro

semanas

Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



Con base a la tabla y gráfica 24 se observa que 73.3% (22) de los participantes no redujo el tiempo dedicado al trabajo ni a las actividades cotidianas debido a algún problema emocional durante las últimas cuatro semanas, mientras que el 26.7% (8) mencionó un poco (ver tabla y gráfica 24).

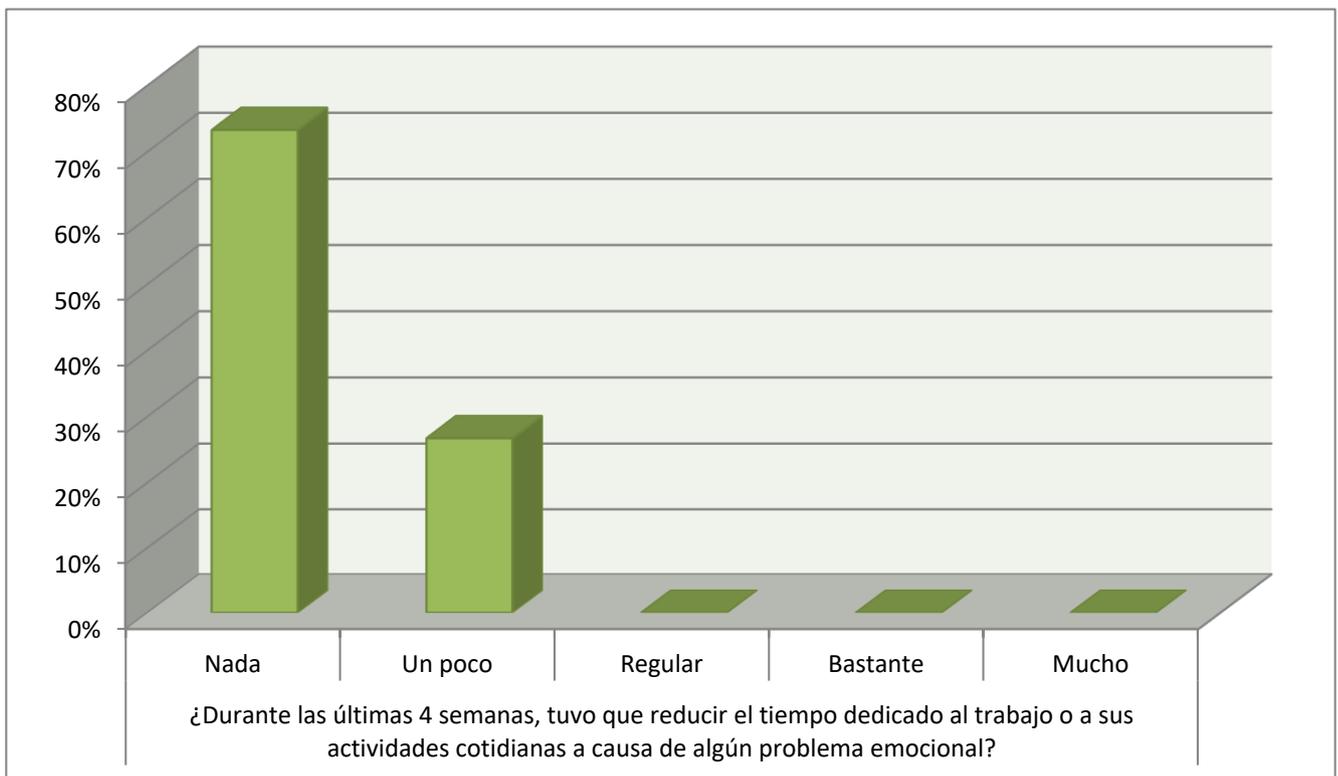
Tabla y gráfica 24

Reducción del tiempo dedicado al trabajo y actividades cotidianas durante las últimas cuatro semanas relacionado con algún problema emocional

	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



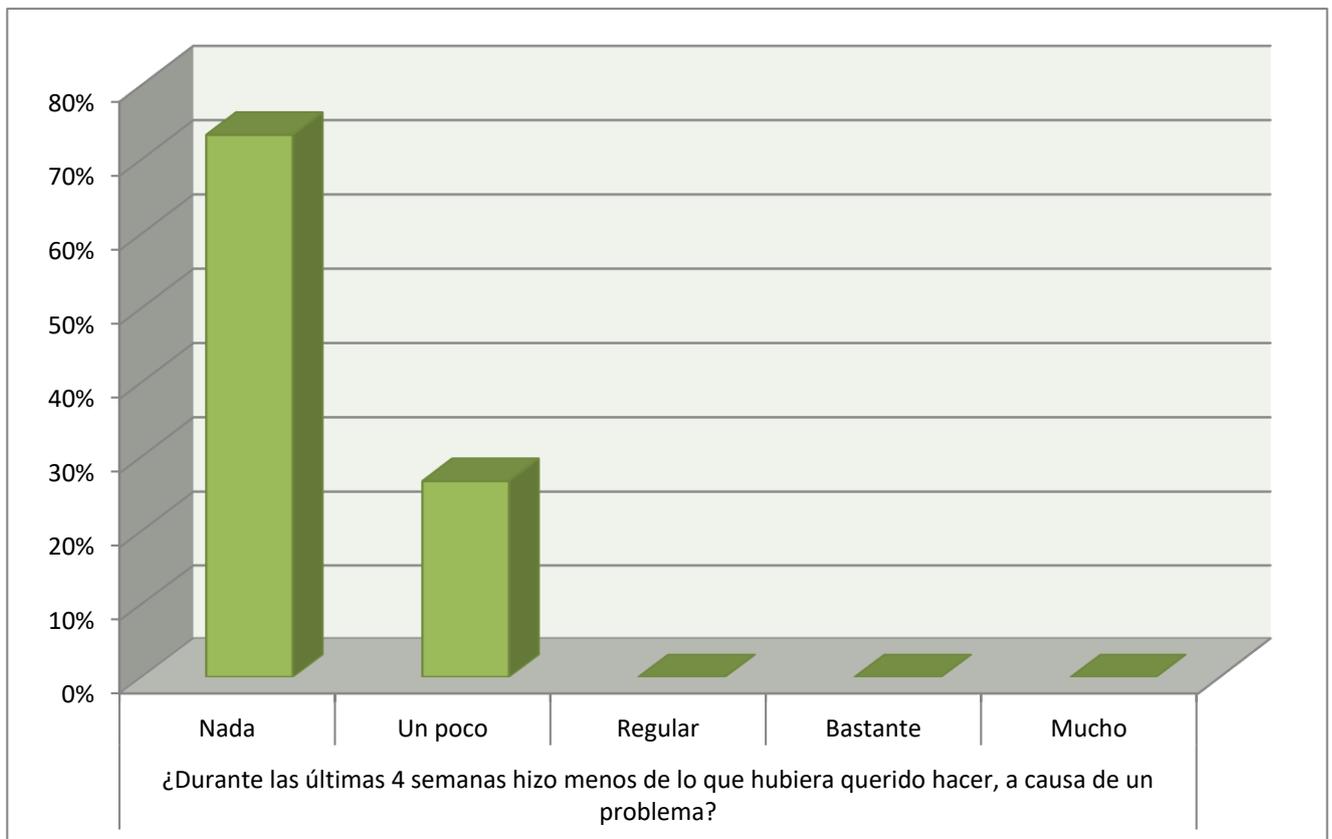
De acuerdo con la tabla y gráfica 25 se observa que durante las últimas cuatro semanas el 73.3% (22) de los participantes no hizo menos de lo que hubiese querido a causa de algún problema, mientras que el 26.7% (8) mencionó un poco (ver tabla y gráfica 25).

Tabla y gráfica 25

Hacer menos de lo esperado a causa de un problema, durante las últimas cuatro semanas	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



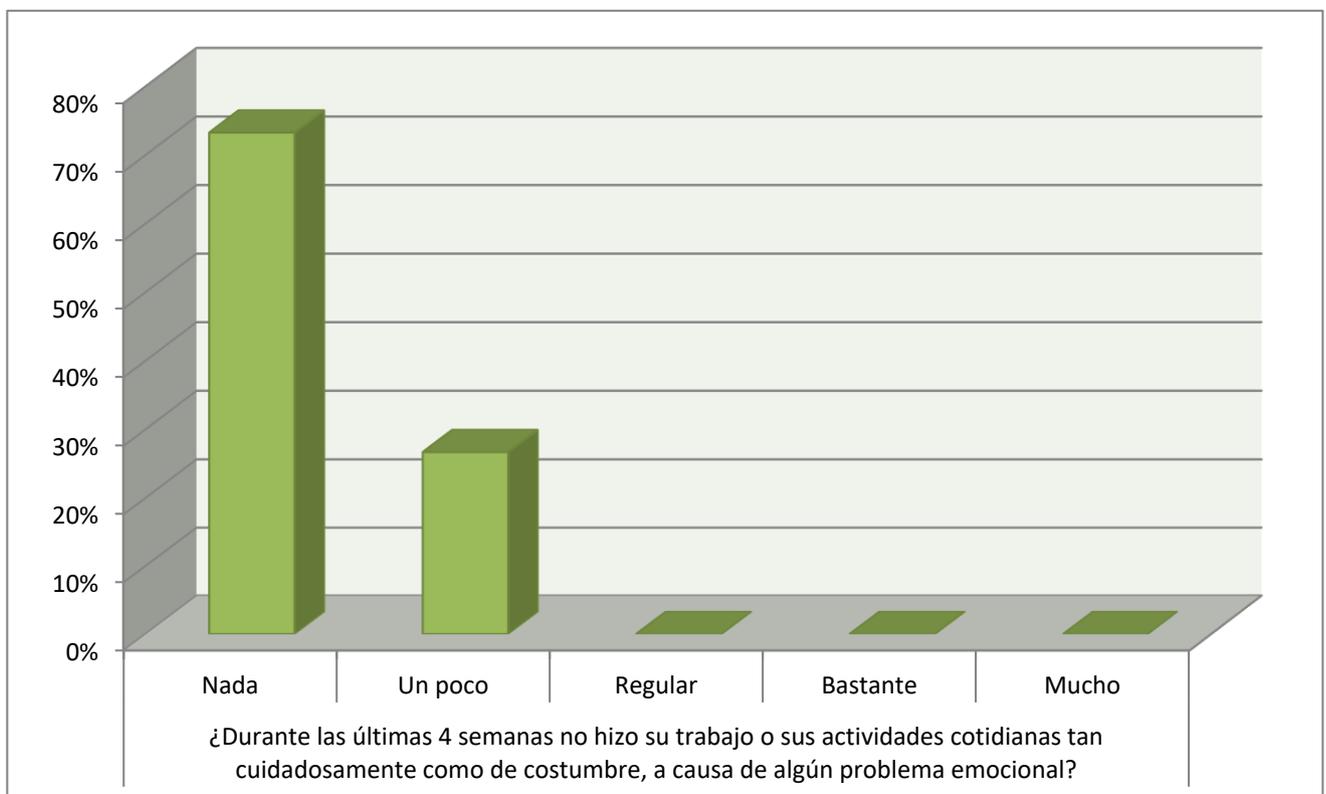
Con base a la tabla y gráfica 26 se observa que durante las últimas cuatro semanas el 73.3% (22) de los participantes no tuvo inconveniente para realizar sus actividades cotidianas de manera cuidadosa a causa de algún problema emocional y 26.7% (8) mencionó un poco (ver tabla y gráfica 26).

Tabla y gráfica 26

Realizar actividades cotidianas de manera cuidadosa como de costumbre durante las últimas cuatro semanas relacionado a algún problema emocional	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



Referente a la salud física y al estado emocional de los participantes se puede observar que el 73.3% (22) durante las últimas cuatro semanas no han presentado dificultad para mantener vínculos sociales habituales con la familia y amigos mientras que el 26.7% (8) mencionó un poco (ver tabla y gráfica 27).

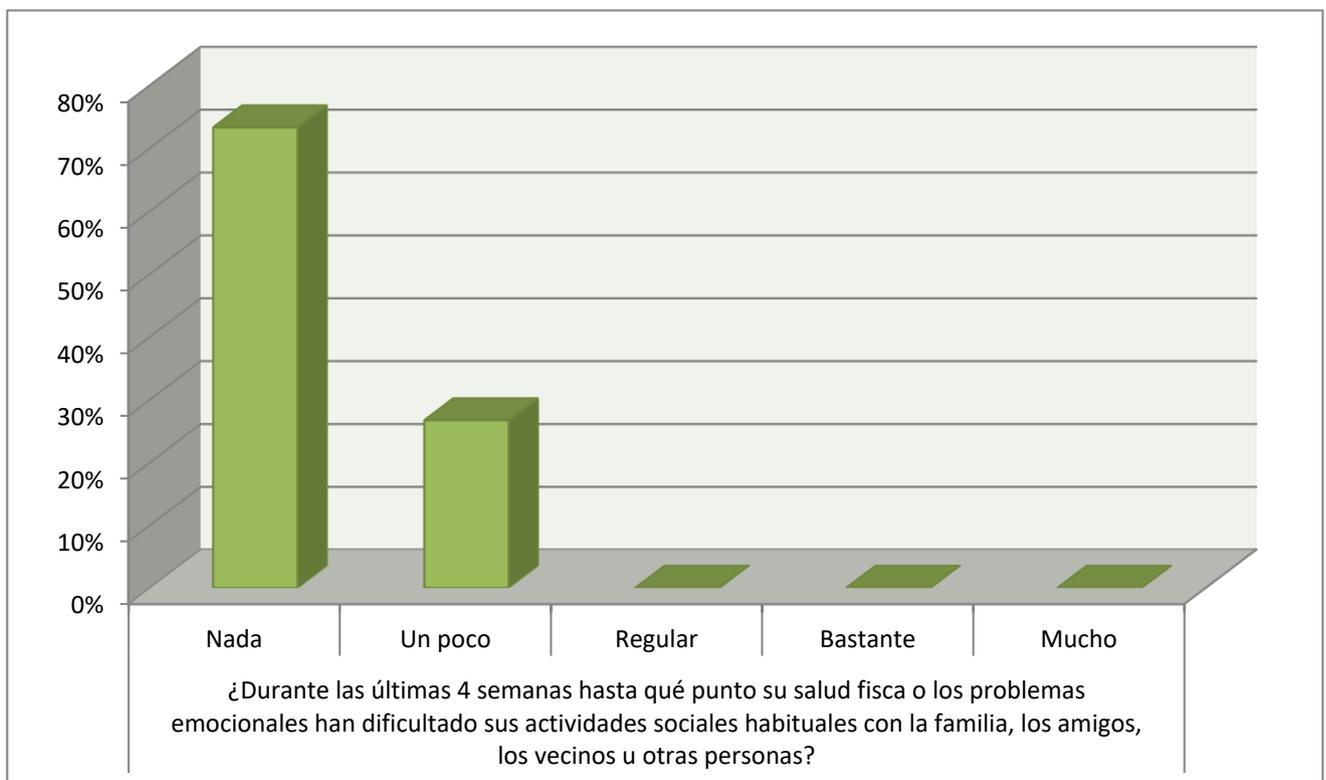
Tabla y gráfica 27

Salud física y problemas
emocionales en relación con
dificultad para mantener
vínculos sociales habituales
con la familia y amigos,
durante las últimas cuatro
semanas

	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



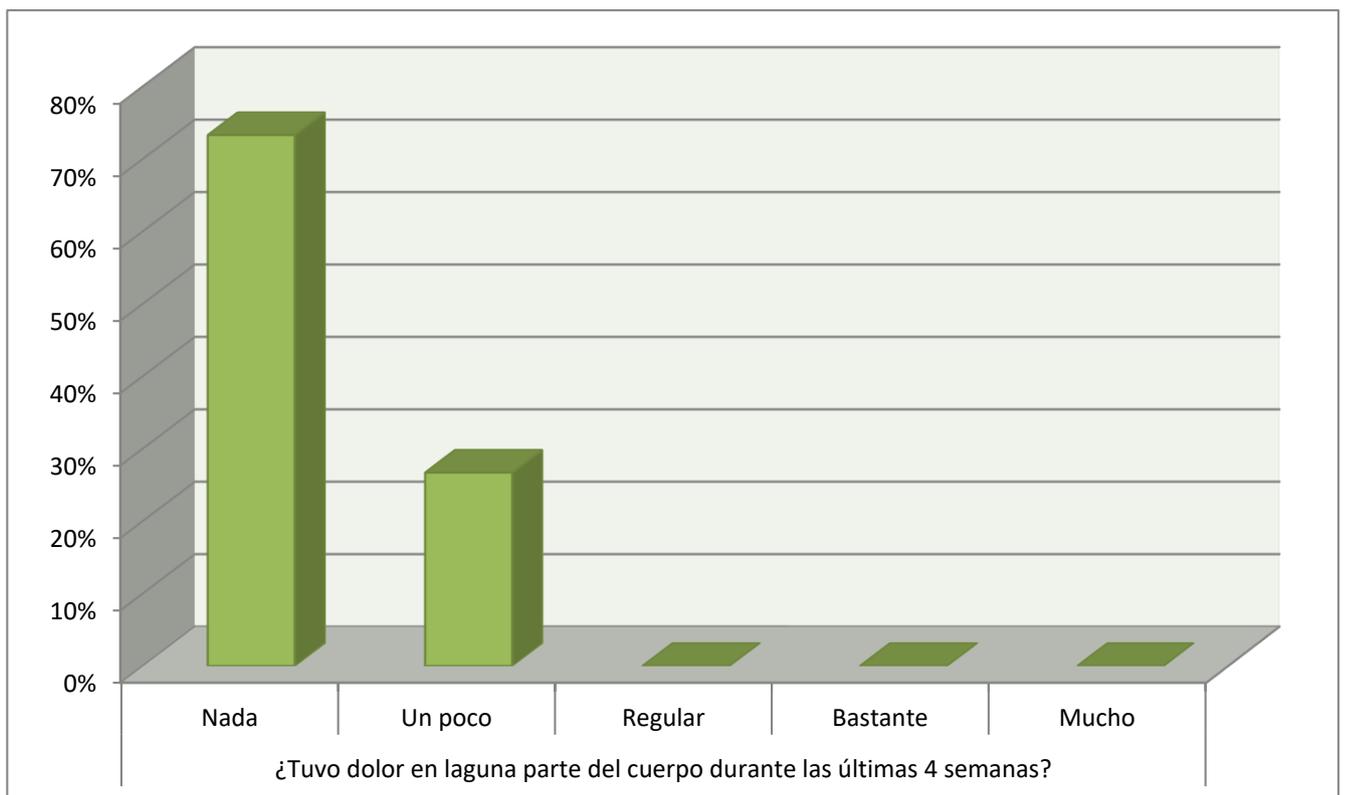
De acuerdo con la tabla y gráfica 28 se observa que durante las últimas cuatro semanas el 73.3% (22) de los participantes no presento dolor, mientras que el 26.7% (8) refirió un poco (ver tabla y gráfica 28).

Tabla y gráfica 28

Dolor físico durante las últimas cuatro semanas	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



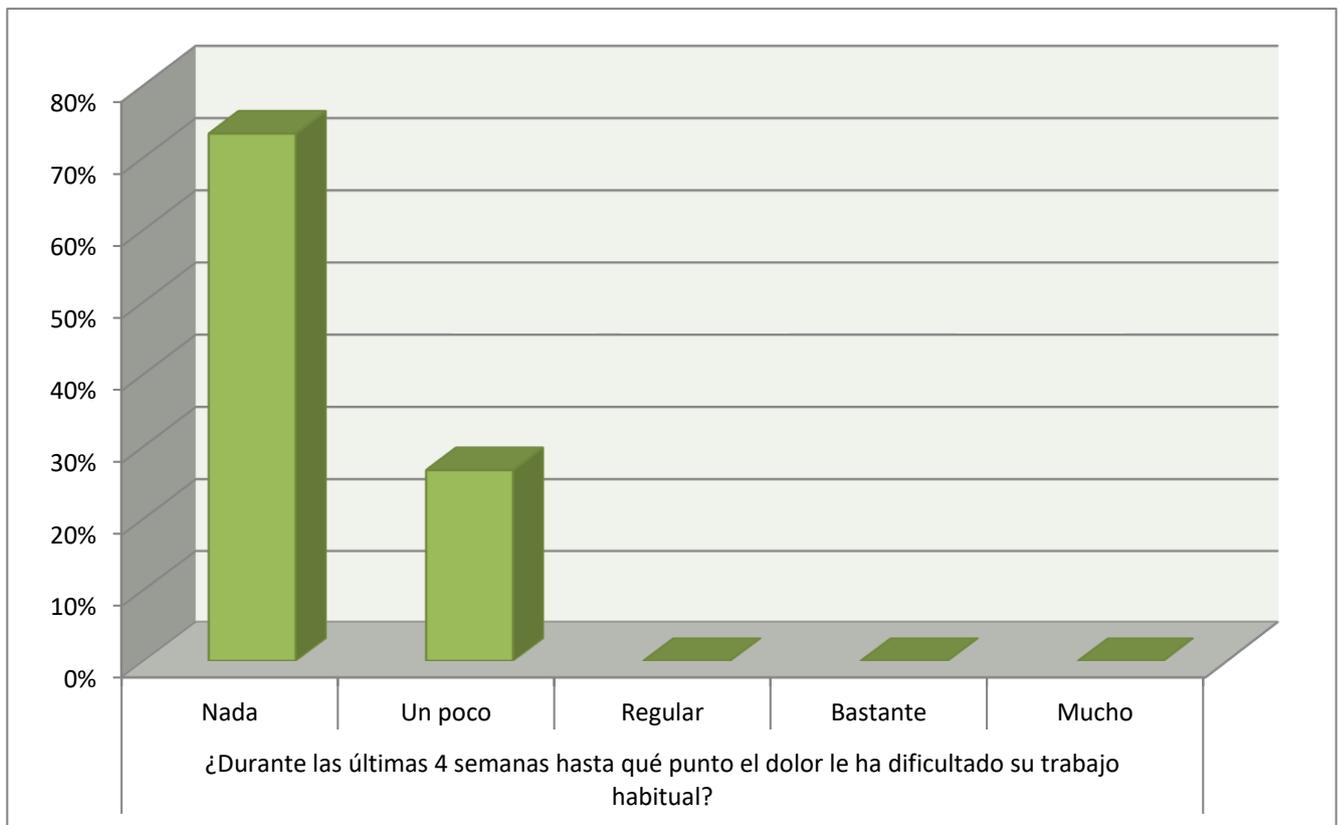
En relación con la tabla y gráfica 29 se muestra que durante las últimas cuatro semanas el 73.3% (22) de los participantes no refirió dificultad para trabajar de manera habitual con relación al dolor físico, mientras que el 26.7% (8) refirió un poco (ver tabla y gráfica 29).

Tabla y gráfica 29

Dificultad para trabajar de manera habitual durante las últimas cuatro semanas relacionado con dolor físico	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



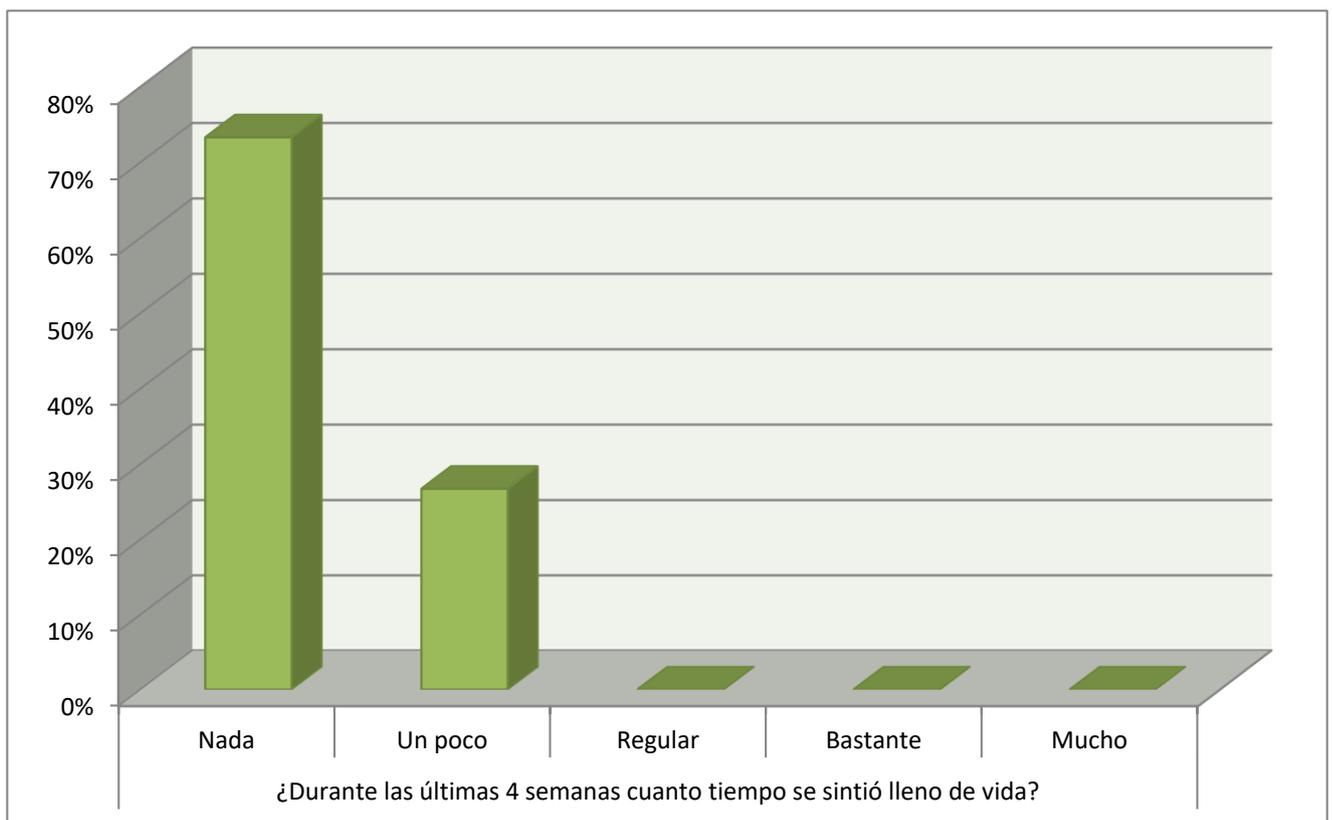
Con base a la tabla y gráfica 30 se muestra que durante las últimas cuatro semanas el 73.3% (22) de los participantes no se sintieron llenos de vida, mientras que el 26.7% (8) refirió un poco (ver tabla y gráfica 30).

Tabla y gráfica 30

Sentimiento de plenitud durante las últimas cuatro semanas	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



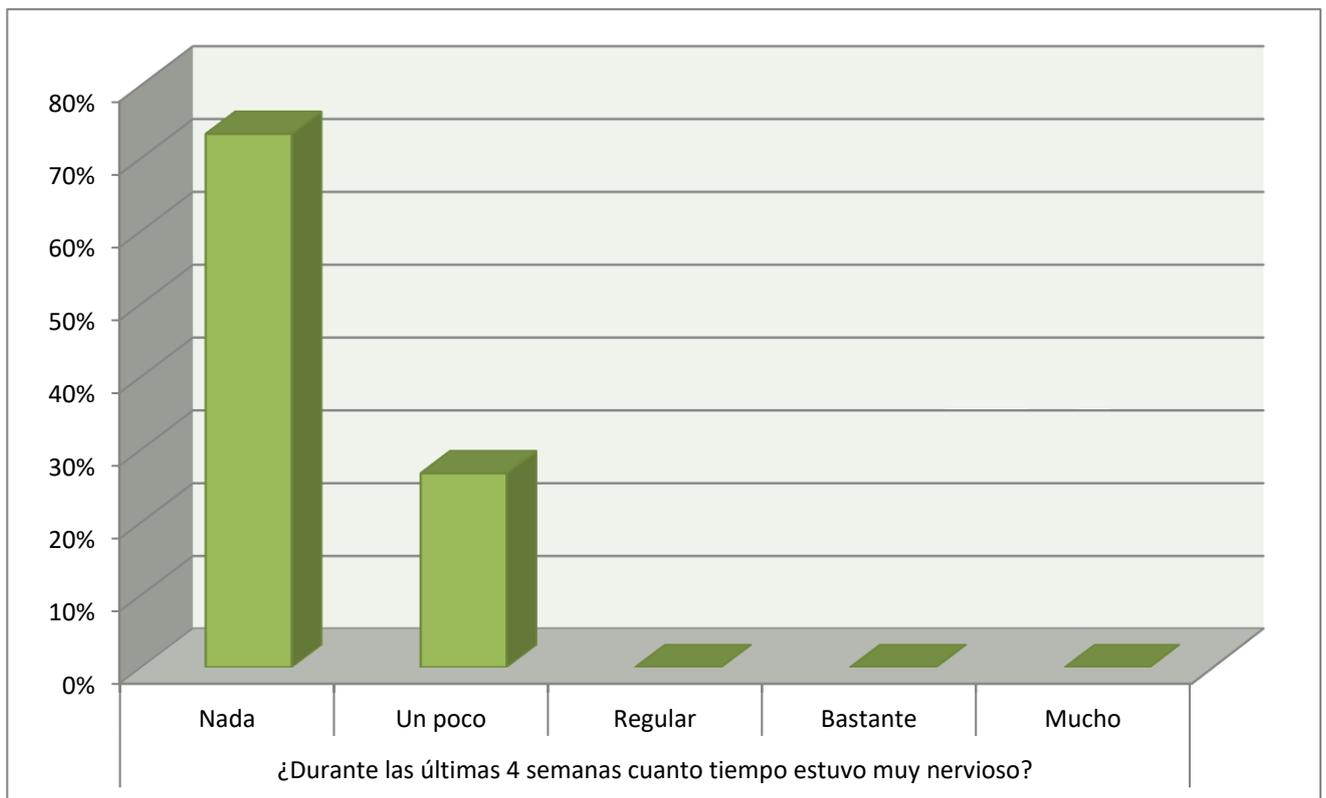
De acuerdo a la tabla y gráfica 31 se observa que durante las últimas cuatro semanas el 73.3% (22) de los participantes no estuvieron nada nerviosos, mientras que el 26.7% (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 31).

Tabla y gráfica 31

Estado de ansiedad durante las últimas cuatro semanas	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



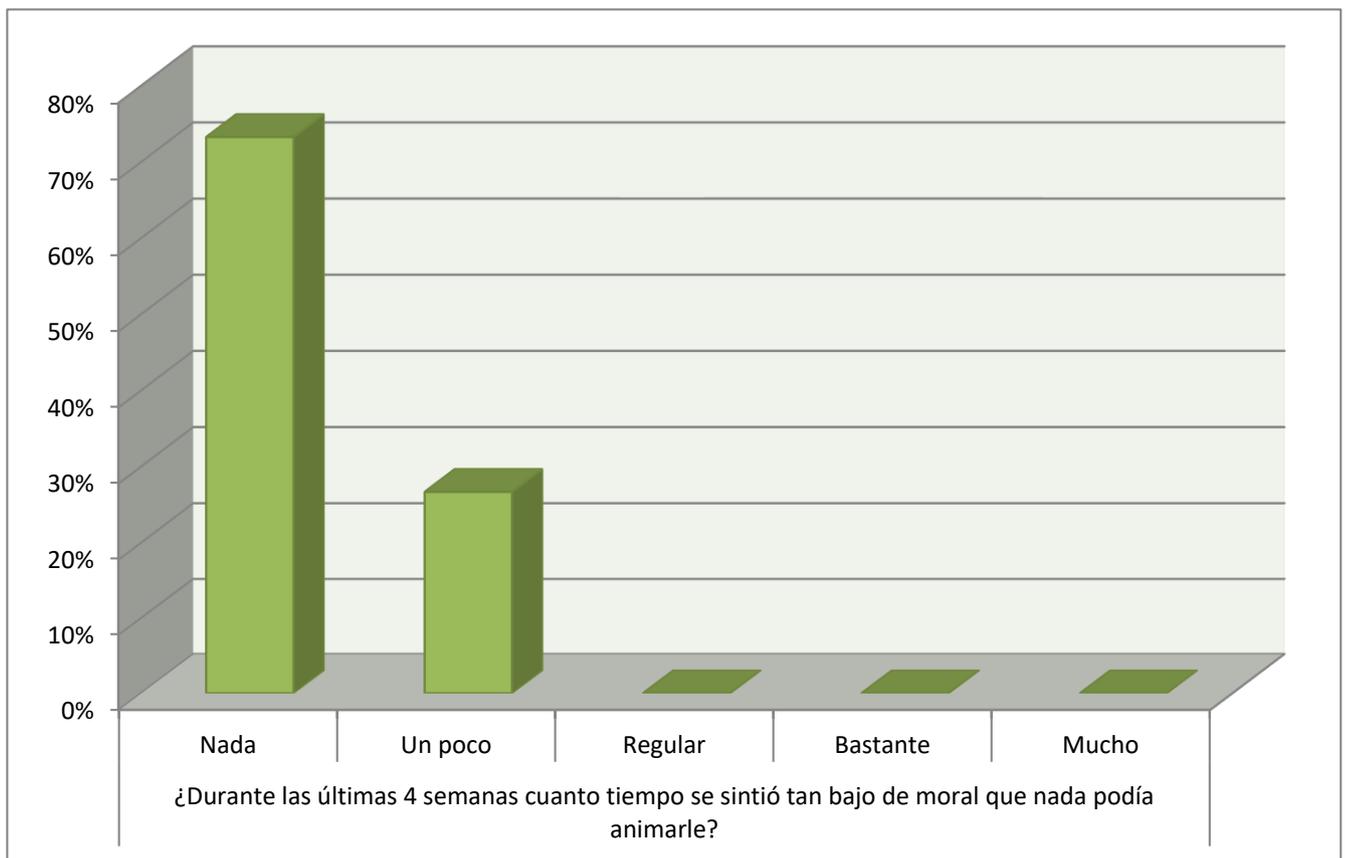
Con relación a la tabla y gráfica 32 se observa que durante las últimas cuatro semanas el 73.3% (22) de los participantes no sintieron baja autoestima, pero el 26.7% (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 32).

Tabla y gráfica 32

<i>Baja autoestima durante las últimas cuatro semanas</i>	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



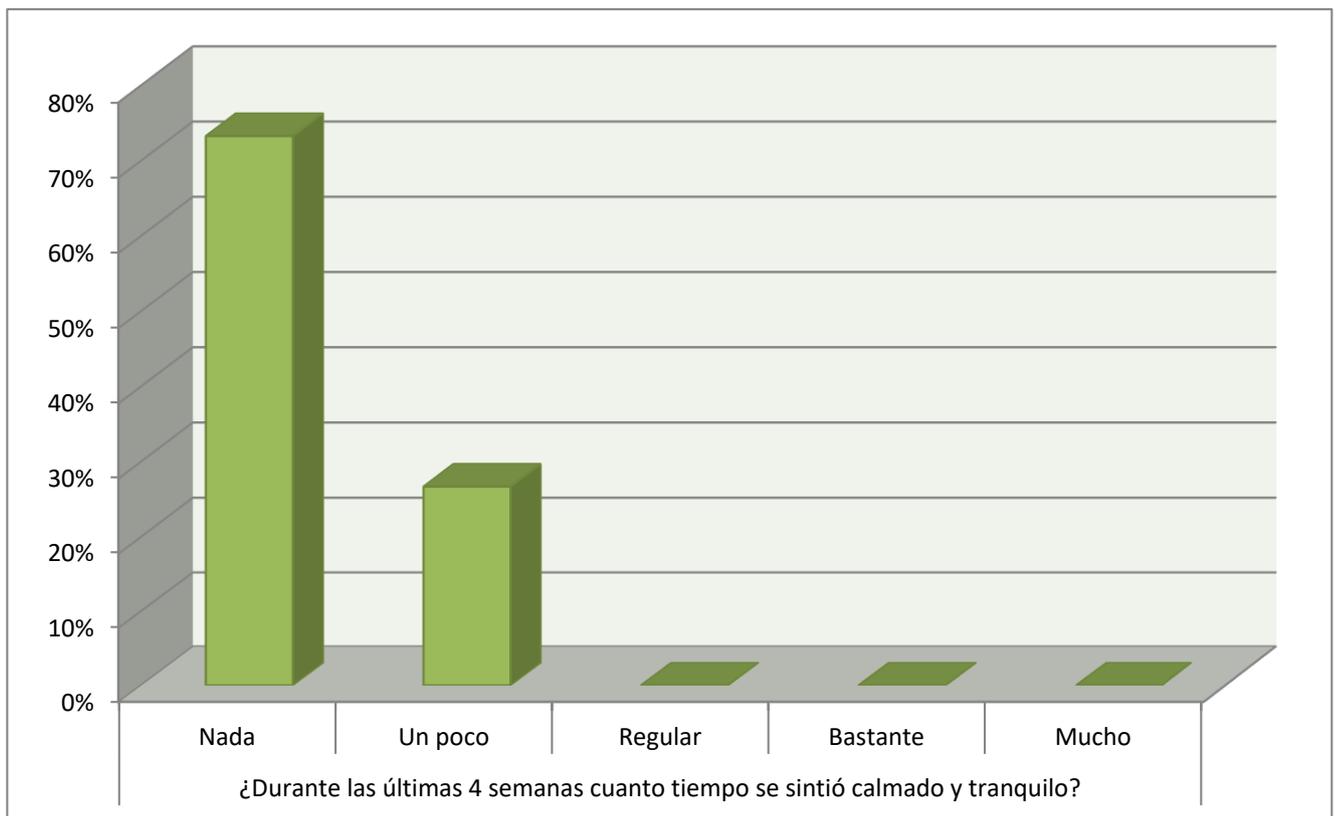
En base a la tabla y gráfica 33 se observa que durante las últimas cuatro semanas el 73.3% (22) de los participantes refirieron no estar calmados ni tranquilos y el 26.7% (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 33).

Tabla y gráfica 33

Calma y tranquilidad durante las últimas cuatro semanas	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



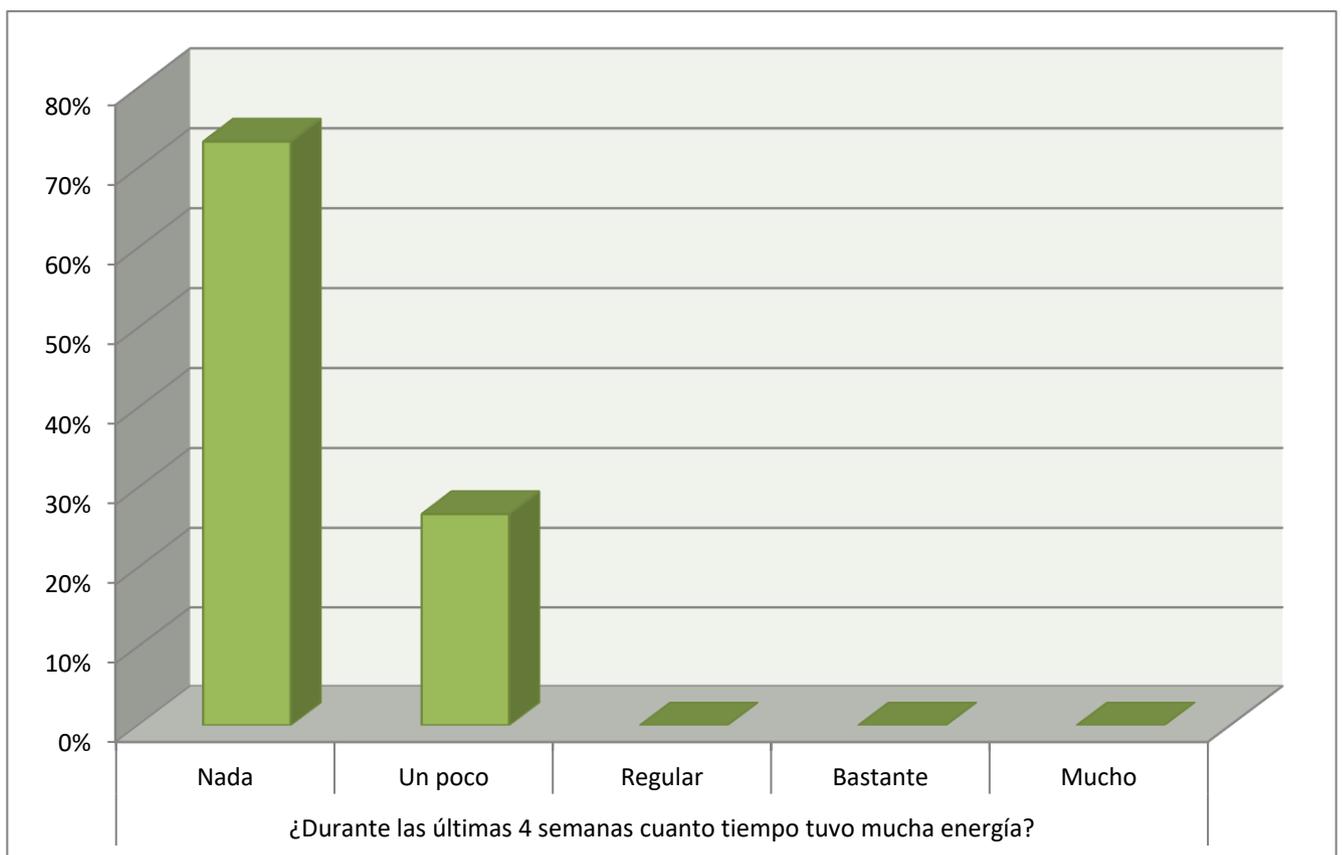
Con base a la tabla y gráfica 34 se analizó que durante las últimas cuatro semanas el 73.3% (22) de los participantes mencionaron no a ver tenido nada de energía y el 26.7% (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 34).

Tabla y gráfica 34

Vitalidad durante las últimas cuatro semanas	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



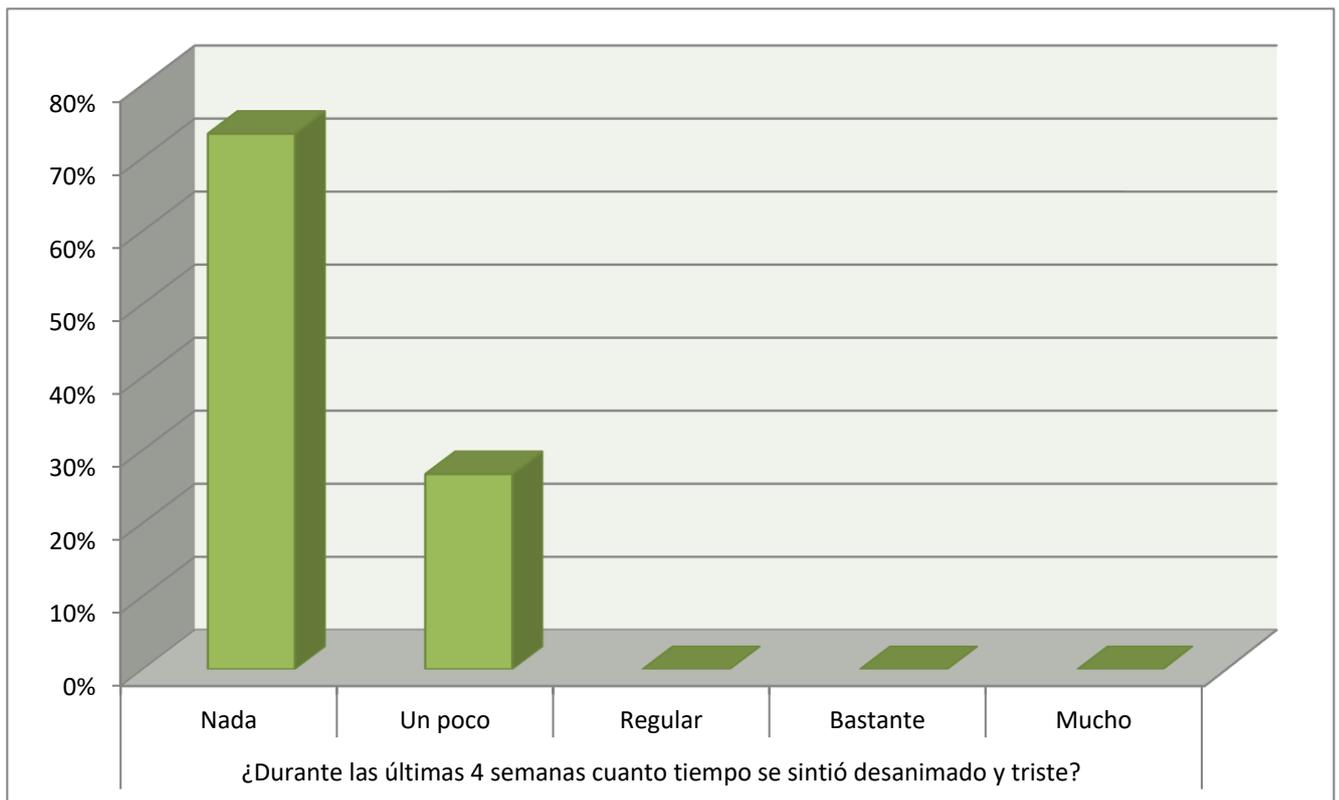
Referente a la tabla y gráfica 35 se observa que durante las últimas cuatro semanas el 73.3% (22) de los participantes no se sintieron desanimados ni tristes, mientras que el 26.7% (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 35).

Tabla y gráfica 35

Sentimiento de tristeza durante las últimas cuatro semanas	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



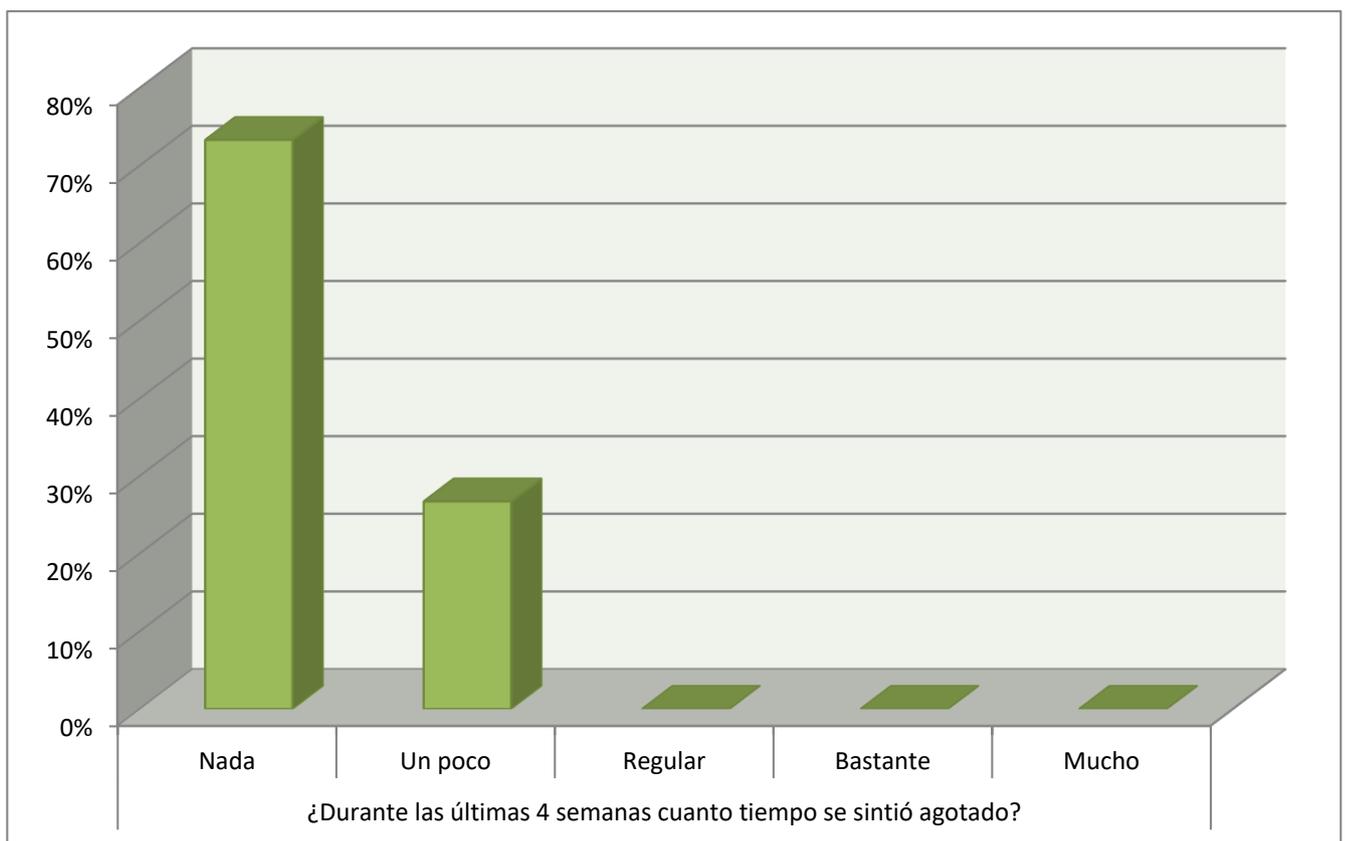
De acuerdo con la tabla y gráfica 36 se muestra que durante las últimas cuatro semanas el 73.3% (22) de los participantes no refirieron nada de agotamiento y el 26.7% (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 36).

Tabla y gráfica 36

Cansancio durante las últimas cuatro semanas	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



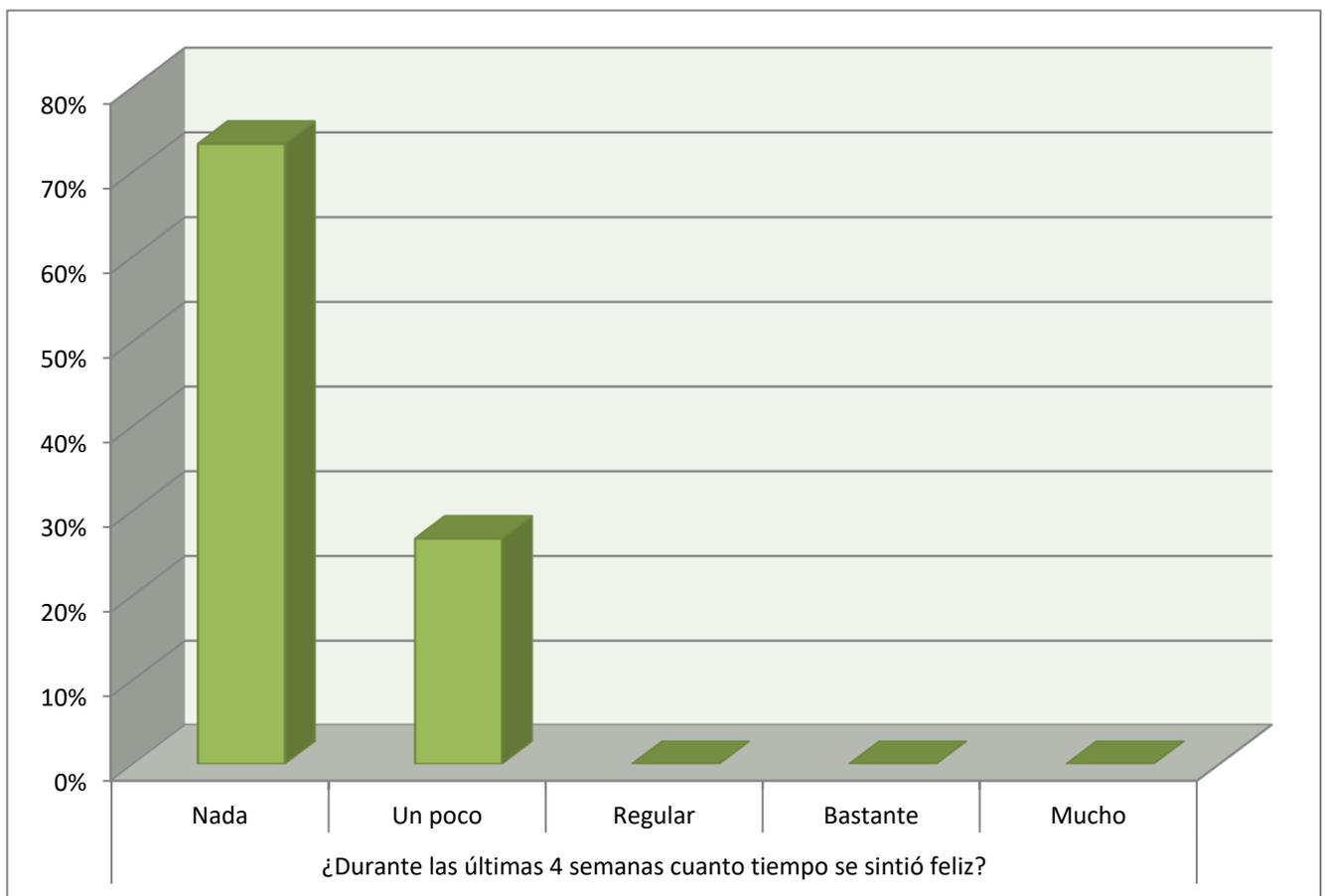
Con base a la tabla y gráfica 37 se observa que durante las últimas cuatro semanas el 73.3% (22) de los participantes mencionaron no sentir nada de felicidad, mientras que el 26.7% (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 37).

Tabla y gráfica 37

Sentimiento de felicidad durante las últimas cuatro semanas	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



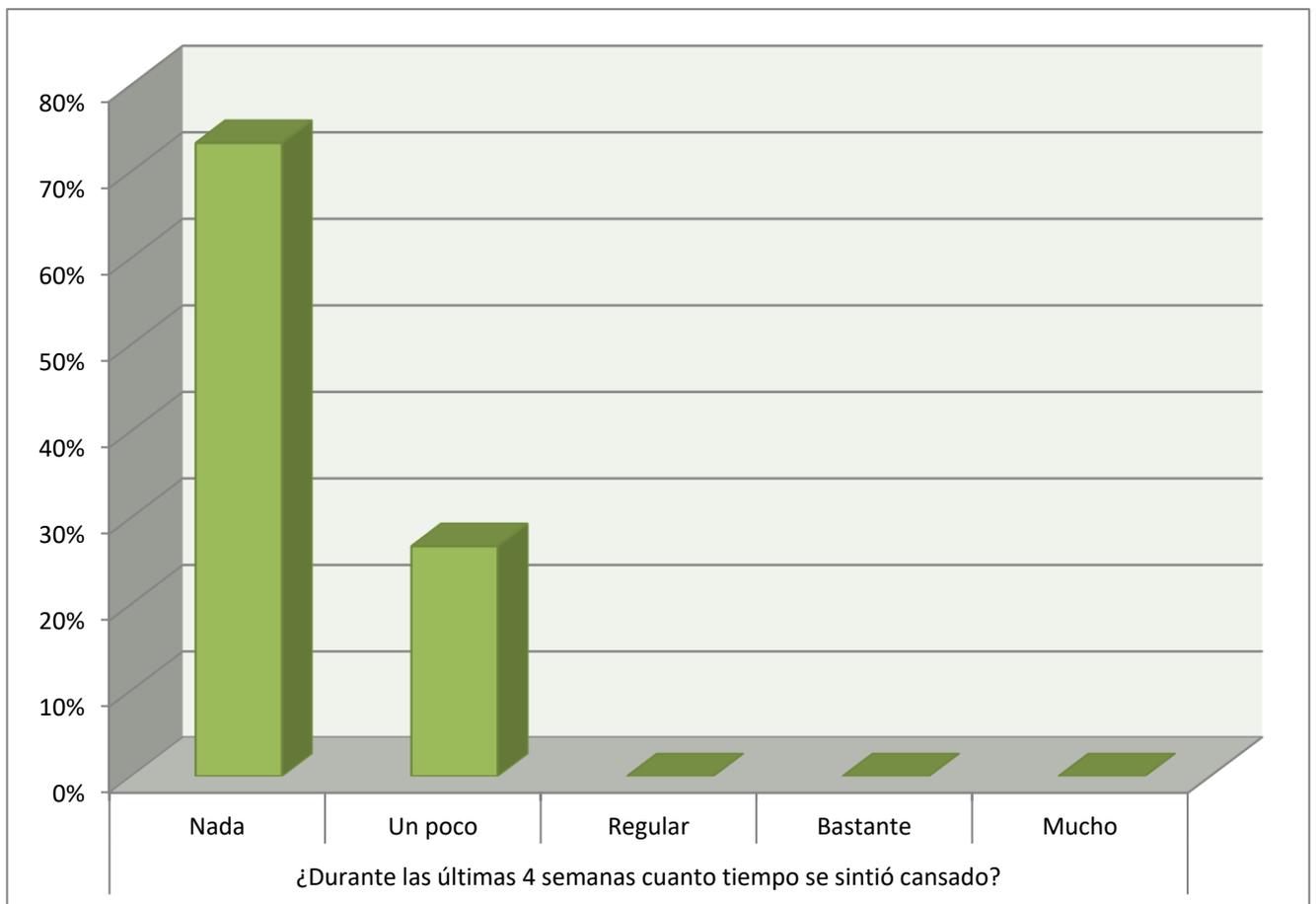
Referente a la tabla y gráfica 38 se analiza que durante las últimas cuatro semanas el 73.3% (22) de los participantes menciono no a ver sentido nada de cansancio y el 26.7% (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 38).

Tabla y gráfica 38

Cansancio durante las últimas cuatro semanas	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



De acuerdo con la salud de los participantes se observó que el 73.3% (22) mencionaron no a ver tenido dificultad para realizar actividades sociales, mientras que el 26.7% (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 39).

Tabla y gráfica 39

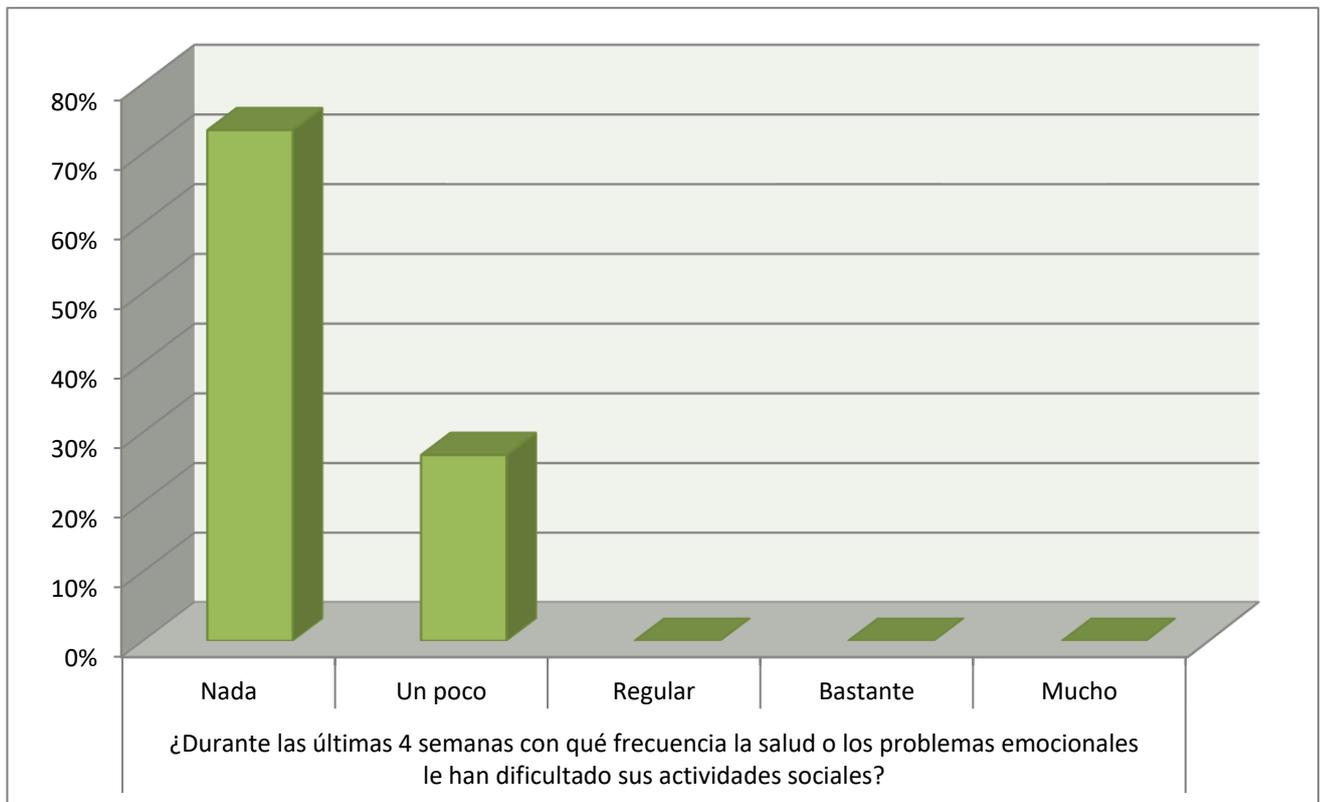
Problemas emocionales

relacionado con actividades
sociales durante las últimas
cuatro semanas

	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



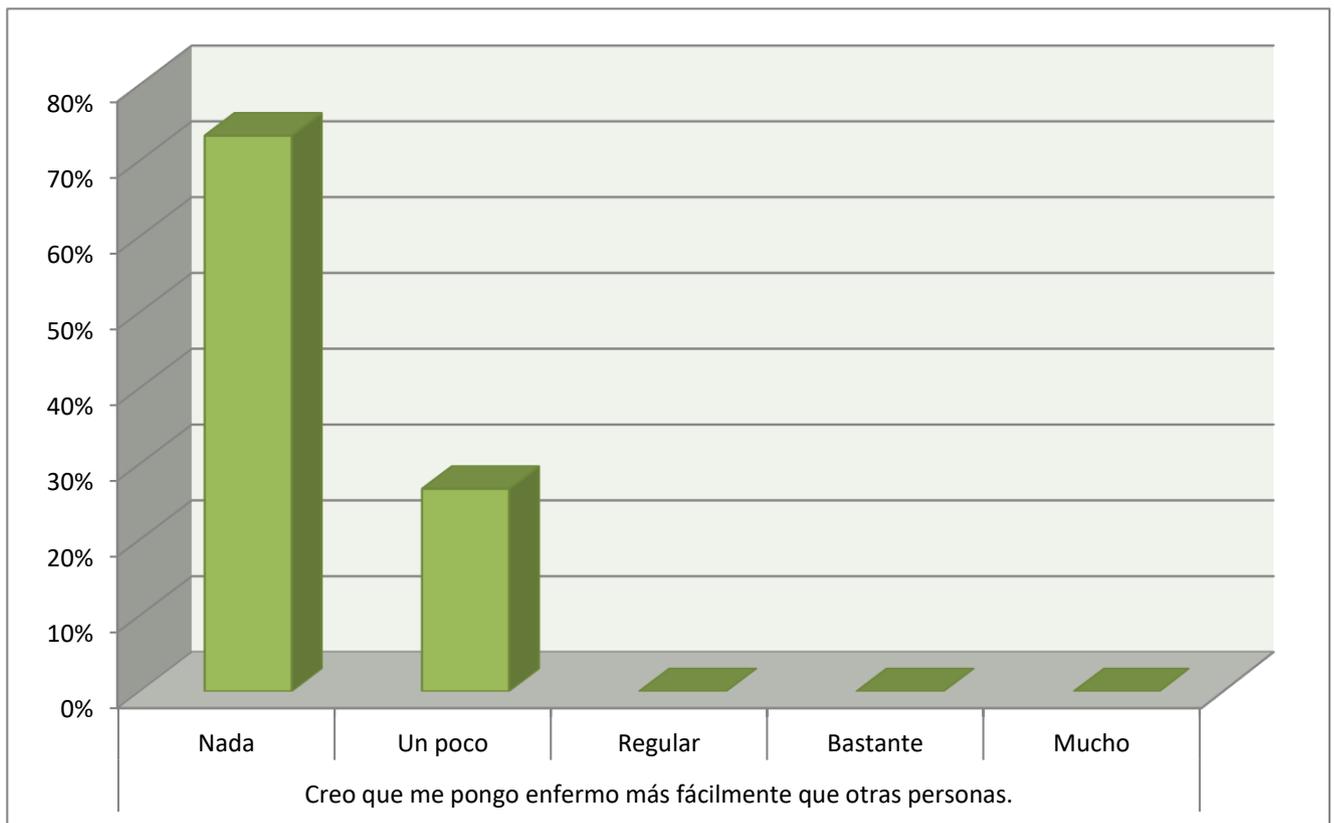
Con base a la tabla y gráfica 40 se observa que el 73.3% (22) de los participantes no creen enfermarse más fácilmente que otras personas mientras que el 26.7% (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 40).

Tabla y gráfica 40

Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



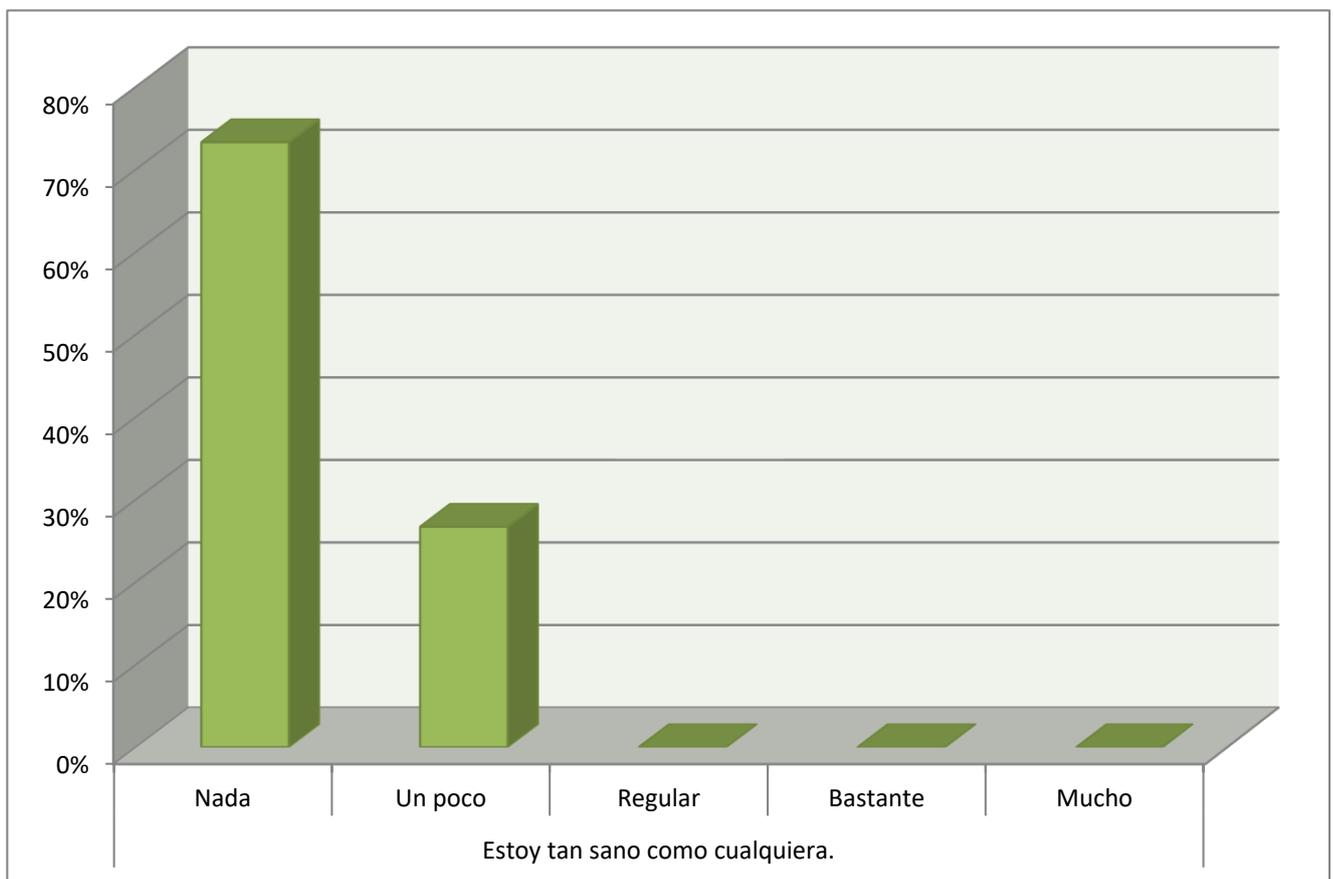
De acuerdo a la tabla y gráfica 41 se observó que el 73.3% (22) de los participantes mencionaron no sentirse tan sanos como cualquiera y el 26.7% (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 41).

Tabla y gráfica 41

Estoy tan sano como cualquiera	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



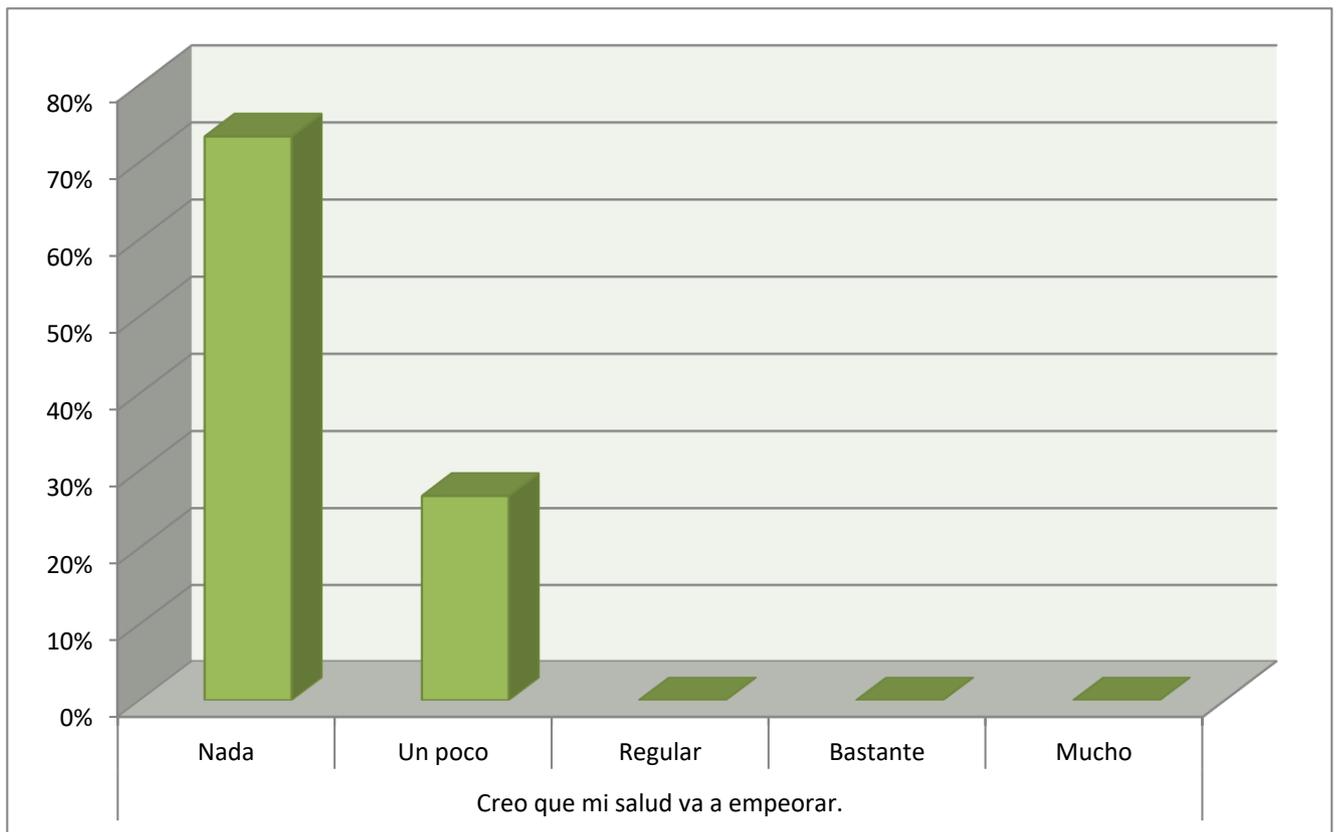
De acuerdo con la tabla y gráfica 42 se analizó que el 73.3% (22) de los participantes no creen que su salud vaya a empeorar mientras que el 26.7% (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 42).

Tabla y gráfica 42

Creo que mi salud va a empeorar	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.



Con base en la tabla y gráfica 43 se observó que el 73.3% (22) de los participantes mencionaron que su salud no es excelente y el 26.7% (8) mencionaron un poco (ver tabla y gráfica 43).

Tabla y gráfica 43

Mi salud es excelente	f	%
Nada	22	73.3
Un poco	8	26.7
Regular	0	0
Bastante	0	0
Mucho	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento. Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje.

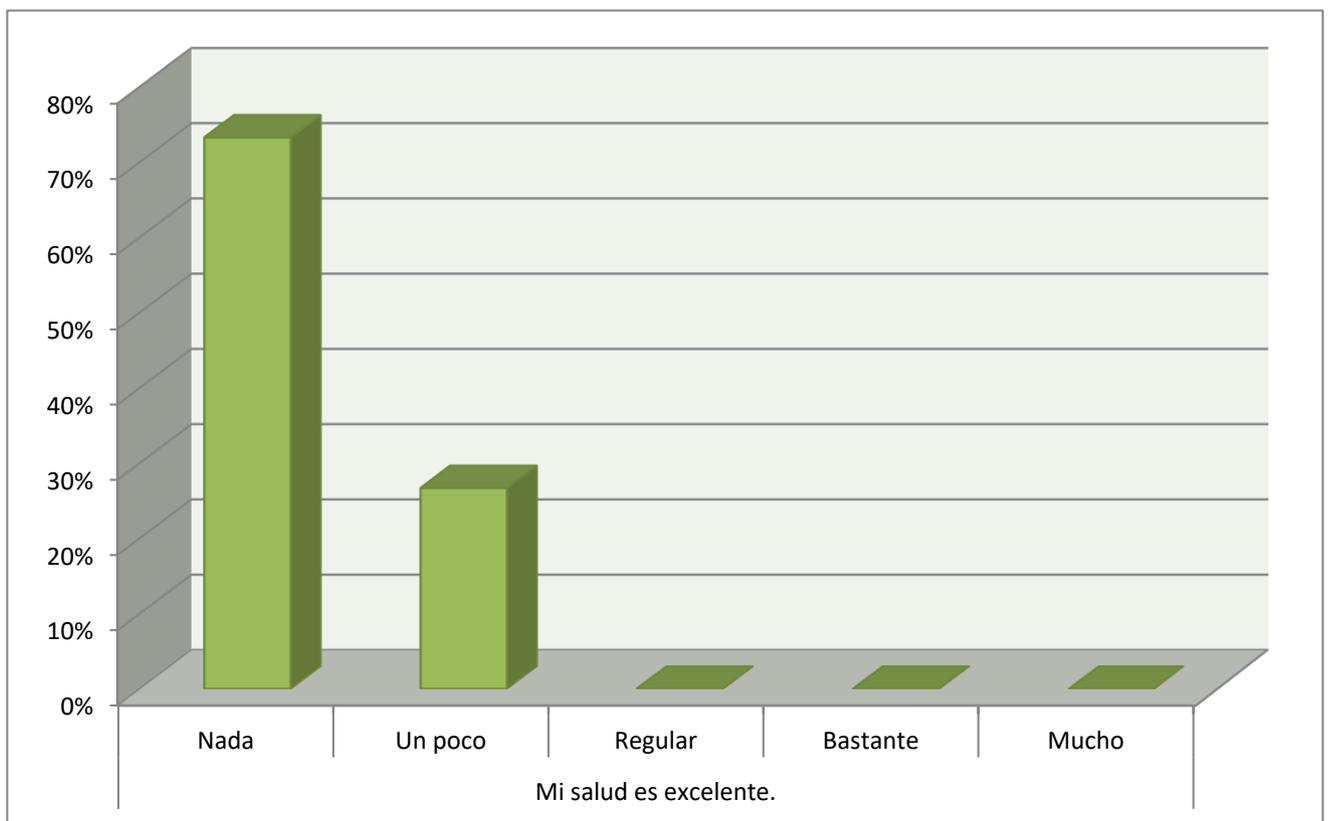


Tabla 44.

Calidad de vida

Variable	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Calidad de vida	74.67	74.00	73	72	80	2.397

Nota: resultados obtenidos del instrumento Cuestionario de salud SF36.

*DE= desviación estándar

La media de calidad de vida fue de 74.67 (DE=2.397)

Tabla 45.

Dimensión función física

Dimensión	Media	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo	DE
Función física	21.83	22.00	22	24	20	.913

Nota: resultados obtenidos del instrumento Cuestionario de salud SF36.

*DE= desviación estándar.

La media de calidad de vida en la dimensión física fue de 21.83 (DE=.913).

Tabla 46.

Dimensión rol físico

Dimensión	Media	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo	DE
Rol físico	9.73	10.00	10	11	8	.583

Nota: resultados obtenidos del instrumento Cuestionario de salud SF36.

**DE*= desviación estándar.

La media de calidad de vida en la dimensión rol físico fue de 9.73 (*DE*=.583).

Tabla 47.

Dimensión rol emocional

Dimensión	Media	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo	<i>DE</i>
Rol emocional	4.07	4.00	4	6	2	1.311

Nota: resultados obtenidos del instrumento Cuestionario de salud SF36.

**DE*= desviación estándar.

La media de calidad de vida en la dimensión rol emocional fue de 4.07 (*DE*= 1.311).

Tabla 48.

Dimensión función social

Dimensión	Media	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo	<i>DE</i>
Función social	7.47	7.00	7	9	6	.860

Nota: resultados obtenidos del instrumento Cuestionario de salud SF36.

**DE*= desviación estándar.

La media de calidad de vida en la dimensión función social fue de 7.47 (*DE*= .860).

Tabla 49.

Dimensión salud mental

Dimensión	Media	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo	<i>DE</i>
Salud mental	6.73	7.00	7	8	6	.691

Nota: resultados obtenidos del instrumento Cuestionario de salud SF36.

**DE*= desviación estándar.

La media de calidad de vida en la dimensión salud mental fue de 6.73 ($DE=.691$).

Tabla 50.

Dimensión salud general

Dimensión	Media	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo	DE
Salud general	6.50	6.00	6	8	6	.777

Nota: resultados obtenidos del instrumento Cuestionario de salud SF36.

* DE = desviación estándar.

La media de calidad de vida en la dimensión salud general fue de 6.50 ($DE=.777$).

Tabla 51.

Dimensión dolor corporal

Dimensión	Media	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo	DE
Dolor corporal	6.50	7.00	7	7	5	.731

Nota: resultados obtenidos del instrumento Cuestionario de salud SF36.

* DE = desviación estándar.

La media de calidad de vida en la dimensión dolor corporal fue de 6.50 ($DE= .731$).

Tabla 51.

Dimensión vitalidad

Dimensión	Media	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo	DE
Vitalidad	11.83	12.00	11	14	9	1.262

Nota: resultados obtenidos del instrumento Cuestionario de salud SF36.

* DE = desviación estándar.

La media de calidad de vida en la dimensión vitalidad fue de 11.83 ($DE= 1.262$).

Tabla 52.

Calidad de vida, escala total y dimensiones

Calidad de vida	f	%
Escala total		
Mala	0	0
Regular	0	0
Buena	0	0
Muy buena	19	63.3
Excelente	11	36.7
Dimensión: función física		
Mala	0	0
Regular	30	100.0
Buena	0	0
Muy buena	0	0
Excelente	0	0
Dimensión: rol físico		
Mala	30	100.0
Regular	0	0
Buena	0	0
Muy buena	0	0
Excelente	0	0
Dimensión: rol emocional		

Mala	30	100.0
Regular	0	0
Buena	0	0
Muy buena	0	0
Excelente	0	0

Dimensión: función social

Mala	30	100.0
Regular	0	0
Buena	0	0
Muy buena	0	0
Excelente	0	0

Dimensión: salud mental

Mala	30	100.0
Regular	0	0
Buena	0	0
Muy buena	0	0
Excelente	0	0

Dimensión: salud general

Mala	30	100.0
Regular	0	0
Buena	0	0
Muy buena	0	0

	Excelente	0	0
Dimensión: dolor corporal			
Mala		30	100.0
Regular		0	0
Buena		0	0
Muy buena		0	0
Excelente		0	0
Dimensión: vitalidad			
	Mala	30	100.0
	Regular	0	0
	Buena	0	0
	Muy buena	0	0
	Excelente	0	0

Nota: resultados obtenidos del instrumento Cuestionario de salud SF36.

*f= frecuencia y %= porcentaje

4.2 Asociación de variables sociodemográficas con Ítems

De las 30 personas encuestadas el 66.7% (20) vive con familia, el 23.3% (7) vive con amigos y el 10.0% (3) vive con vecinos presentaron durante las últimas cuatro semanas que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas $P = .088$.

Considerando a los participantes el 50% (15) son casados, el 40.0% (12) soltero, el 6.7% (3) viudo y el 3.3% (1) divorciado, creen que su salud va a empeorar $P = .321$.

De la enfermedad o lesión que les provocó la discapacidad el 33.3 (10) accidente automovilístico, accidente hogar 23.3% (7), accidentes laborales 20.0% (6), enfermedad crónica degenerativa 13.3% (4) y cerebrovasculares 10.0% (3) mencionan que su salud es excelente $P = .183$.

De la parte anatómica lesionada, Miembros superiores 20.0% (6), Miembros inferiores 36.7% (11), Cuello 16.7% (5), Tórax 10.0% (3) y Columna vertebral 16.7% (5) mencionan que durante las últimas 4 semanas hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física $P = .096$.

De los 30 participantes según su edad con una media de 38 años, en las edades de 27 y 34 años refieren que durante las últimas 4 semanas se han sentido tristes y desanimados $P = .090$.

Discusión

Flores y colaboradores (2010), en su investigación que lleva por nombre Calidad de vida en personas adultas con discapacidad física, midieron la calidad de vida observando que un 22% de las personas con discapacidad presentan un elevado agotamiento, el 82.1% son hombres, con edades de entre 31 y 40 años (32.1%), comparado con el nivel de calidad de vida en personas con discapacidad física que reciben tratamiento en un hospital público. Se encontró que de acuerdo a las características presentadas por los participantes el 63.3% tiene una muy buena calidad de vida.

Referente a la función física se observó que el 100% (30) de los participantes tienen una función física regular.

Con respecto al rol físico, el rol emocional, la función social, la salud mental, la salud general, el dolor corporal y la vitalidad muestran un gran compromiso con la calidad de vida al referir una mala calidad de vida con un 100% (30).

El nivel de calidad de vida se ve alterado en la mayoría de sus aspectos o bien componentes ya que cada uno de ellos influencia sobre la persona para determinar si tiene un nivel de calidad de vida adecuado o no cuenta con ello.

Conclusión

Respecto al objetivo general que fue analizar el nivel de la calidad de vida en personas con discapacidad física que reciben tratamiento en un hospital público de Morelia, Michoacán. Se encontró que en la escala total existe Muy buena calidad de vida correspondiente a poco más de la mitad.

Para los objetivos específicos, considerando al primero que fue describir las características de la población de estudio con base en las variables sociodemográficas, se encontró que la media de edad fue de 38 años, más de la mitad de los participantes fueron del sexo masculino, la mitad de la población corresponde a un estado civil de casados, mientras que la mayoría viven con familiares, con poco menos de la mitad en la enfermedad o accidente que provoco la discapacidad física se encuentra accidente automovilístico y más de la mitad de la población acude de 3 a 4 sesiones de rehabilitación.

El objetivo específico dos fue determinar la calidad de vida en personas con discapacidad física, considerando que en la escala total se encontró una Muy buena calidad de vida, mientras que para la dimensión Función social, una calidad de vida regular, en la dimensión Rol físico, una mala calidad de vida, en la dimensión Rol emocional, mala calidad de vida, en la dimensión Función social, mala calidad de vida, en la dimensión Salud mental, mala calidad de vida, en la dimensión Salud general, mala calidad de vida y en la dimensión Vitalidad, mala calidad de vida.

Mientras que el objetivo tres fue determinar la relación de la variable calidad de vida en personas con discapacidad física con las variables sociodemográficas de los usuarios que acuden al servicio de rehabilitación de un hospital público de Morelia, Michoacán. Sin encontrar significancia alguna en la relación de ambas variables.

Sugerencias.

Derivado de los resultados obtenidos, se sugiere lo siguiente.

Para instituciones de salud

- Promover las sesiones de rehabilitación de manera adecuada en la que se difunda a toda la población en general y con mayor atención a las personas con discapacidad física.
- Crear talleres teórico/práctico gratuitos para personas con discapacidad física incluyendo a familiares o cuidadores principales, tanto de manera presencial como a distancia (en este caso, se deberá proporcionar el material necesario para el desarrollo del taller.).
- Proporcionar adecuada accesibilidad a las personas con discapacidad física para que les sea posible obtener la atención requerida y necesaria que la institución de salud oferta.
- Capacitar al personal de salud en áreas y aspectos básicos respecto a fisioterapia y rehabilitación para difundir de manera apropiada hacia la población con discapacidad física.
- Crear un programa de rehabilitación y/o fisioterapia a domicilio para las personas con discapacidad física que les es casi imposible trasladarse a la institución de salud o que no cuentan con familia/cuidador.
- Realizar una programación obligatoria para todas aquellas personas con discapacidad física que van a ser dadas de alta en la institución de salud o bien aquellas que acuden a consulta, llevando un control y seguimiento de forma estricta.

Para personas con discapacidad física

- Tener o contar con un lugar lo más adecuado para la realización de su rehabilitación/fisioterapia dentro de su hogar y lograr cumplir con las sesiones indicadas por el profesional de salud.
- Formar un vínculo entre la rehabilitación y la salud mental (psicología) para que el proceso sea de lo más gratificante y prosiga o culmine de manera adecuada.
- Crear un apego rígido para seguir firme con las sesiones establecidas a cumplir.
- Proporcionar/pedir información actualizada e innovadora hacia las personas con discapacidad física, sobre su padecimiento y como será posible su mejoría si se continua con las sesiones de rehabilitación.

Referencias Bibliográficas

Cordoba, A., L., Gómez, B., J. y Verdugo, A., M. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. Revista de Psicología V.7. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n2/v7n2a06.pdf>

Gómez, L., E., Verdugo, M., A. y Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. Universidad de Salamanca, España. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/236117332>

Gonzales, S., Tello, J., Silva, P., Lüders, C., Butelmann, S., Fristch, R., Solar, F., Rigo, C. y David, P. (2012). Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. Psiquiatría Universidad de los Andes. Recuperado de: <https://www.sonepsyn.cl/web/>

Hernández, P., A. (2004). Las personas con discapacidad de vida. Su calidad de vida y la de su entorno. Universidad de la Sabana Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v4n1/v4n1a08.pdf>

Hernández, P., A. (2004). Las personas con discapacidad: su calidad de vida y la de su entorno. Universidad de la Sabana. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74140408>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). La discapacidad en México, datos al 2014. Recuperado de: <http://coespo.groo.gob.mx/Descargas/doc/DISCAPACITADOS/ENADID%202014.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). Clasificación de tipo de Discapacidad-Histórica. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf

Lema, H., Gil, O., P. y Lida, M. (2009). Calidad de vida y situación de discapacidad. Revista hacia la promoción de la salud. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126692005>

Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad. Recuperado de: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1

Padilla, M., A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. Revista colombiana de derecho internacional. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82420041012>

Padilla, M., A. (2011). Inclusión educativa de personas con discapacidad. Revista colombiana de Psiquiatría. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622345006>

Pimienta, O., J., Cavallaro, R., Frank, S., Redruello, E., Vila, L., F., Torre, R. y Sánchez, S. (2019). Calidad de vida de pacientes con discapacidad transitoria o permanente en ortopedia y traumatología. Hospital Interzonal General "Dr. José Peña". Servicio de Ortopedia y Traumatología. Bahía Blanca. Argentina. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024998>

Rodríguez, A., Aguado, D., M., Arias, M., A., Gonzales, G., B. y Rozada, R., C. (2008). Escala de calidad de vida para personas con discapacidad que envejecen: estudio preliminar. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid España. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814018005>

Rodríguez, C., P. (2000). Discapacidad y calidad de vida. Revista Multidisciplinar de Gerontología. Recuperado de: <http://www.ardilladigital.com/DOCUMENTOS/CALIDAD%20DE%20VIDA/CALIDAD%20DE%20VIDA%20Y%20BUENA%20PRACTICA/Discapacidad%20y%20calidad%20de%20vida%20-%20Rodriguez%20Parrera%20-%20articulo.pdf>

Anexos.

Anexo 1 Cuestionario de salud SF-36

Opciones de respuesta

- Nada (1)
 - Un poco (2)
 - Regular (3)
 - Bastante (4)
 - Mucho (5)
1. En general usted diría que su salud es buena
 2. Es buena su salud actual comparada con la de hace un año
 3. Su salud actual le limita para hacer esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores
 4. Su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados
 5. Su salud actual le limita para coger o llevar la bolsa de la compra
 6. Su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera
 7. Su salud actual le limita para subir un solo piso por la escalera
 8. Su salud actual le limita para agacharse o arrodillarse
 9. Su salud actual le limita para caminar un kilómetro o mas
 10. su salud actual le limita para caminar varias manzanas
 11. Su salud actual le limita para caminar una sola manzana
 12. su salud actual le limita para bañarse o vestirse por sí mismo
 13. Durante las 4 últimas semanas, tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física
 14. durante las últimas 4 semanas hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física
 15. Durante las últimas 4 semanas tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física
 16. Durante las últimas 4 semanas, tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas
 17. Durante las últimas 4 semanas tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional

18. Durante las últimas 4 semanas hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de un problema emocional
19. Durante las últimas 4 semanas no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional
20. Durante las últimas 4 semanas hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos los vecinos u otras personas
21. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas
22. Durante las últimas 4 semanas hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual
23. Durante las últimas 4 semanas cuanto tiempo se sintió lleno de vida
24. Durante las últimas 4 semanas cuanto tiempo estuvo muy nervioso
25. Durante las últimas 4 semanas cuanto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle
26. Durante las últimas 4 semanas cuanto tiempo se sintió calmado y tranquilo
27. Durante las últimas semanas cuanto tiempo tuvo mucha energía
28. Durante las últimas 4 semanas cuanto tiempo se sintió desanimado y triste
29. Durante las últimas 4 semanas cuanto tiempo se sintió agotado
30. Durante las últimas 4 semanas cuanto tiempo se sintió feliz
31. Durante las últimas 4 semanas cuanto tiempo se sintió cansado
32. Durante las últimas 4 semanas con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales se han dificultado sus actividades sociales
33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas
34. Estoy tan sano como cualquiera
35. Creo que mi salud va a empeorar
36. Mi salud es excelente.

Apéndices

Apéndice 1 Operacionalización de variable

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores (Ítems)	Medición/Clasificación
<p>Calidad de vida, es definida de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas e inquietudes” (OMS, 2018).</p> <p>Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que</p>	<p>La calidad de vida esta medida por 8 dimensiones de la vida de las personas con insuficiencia renal crónica, Función física, Rol físico, Rol emocional, Función social, Salud mental, Salud general, Dolor corporal y Vitalidad.</p>	Función física	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10.	<p>El instrumento debe ser convertido a una escala de 0-100 para realizar la interpretación, donde a mayor puntaje es mejor la calidad de vida.</p> <p>La clasificación de calidad de vida será:</p> <p>De buena con una puntuación de 0 a 30</p> <p>De regular con una puntuación de 31-60</p> <p>De mala con una puntuación de 61-99</p>
		Rol físico	11, 12, 13 y 14.	
		Rol emocional	15 y 16.	
		Función social	17, 18, 19, 20 y 21.	
		Salud mental	22, 23, 24 y 25.	
		Salud general	26 y 27.	
		Dolor corporal	28, 29 y 30.	
		Vitalidad	31, 32, 33, 34 35.	

refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS, 2020).				
---	--	--	--	--

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

Facultad de Enfermería

Calidad de vida en personas con discapacidad física que reciben tratamiento en un hospital público.

Este es un proyecto de investigación que realizo José Rodolfo Acosta Barriga, que busca medir la calidad de vida en personas con discapacidad física que reciben tratamiento en un hospital público. Para que usted pueda decidir si participará en este proyecto le informo que aplicare un cuestionario con el propósito de determinar la calidad de vida en ocho dimensiones, debido al estado de salud actual en el que se encuentra y así identificar las principales problemáticas para poder implementar una mejora en la calidad de vida.

Su participación en esta investigación no supondrá ningún riesgo de salud para los participantes por lo cual se considera segura y sin generación de costo alguno; y se le pedirá que firme esta hoja, entregándole a usted una copia para que la conserve.

Participar en este estudio de investigación es decisión de usted. Usted puede decidir no participar o cambiar de opinión y después retirarse o dejar el cuestionario inconcluso. No habrá ninguna penalidad.

La participación tendrá una duración aproximado de 30 min, en los que el participante dará respuesta al instrumento; sí durante el transcurso de la entrevista se llegará a presentar dudas, incomodidad o exista alguna ofensa a su integridad, favor de manifestarla al investigador.

Los datos que usted proporcione no serán conocidos por nadie más que por el investigador y solo se utilizarán con fines académicos. Los resultados finales pueden ser publicados en alguna revista, presentados en carteles o eventos académicos, pero su identidad no será revelada. Las encuestas se guardarán en una base de datos electrónica a la que solo tendrá acceso el investigador.

Si usted tiene preguntas acerca de la investigación puede hacerlas directamente al personal del estudio quienes le ayudarán a resolver cualquier inquietud o llamar al siguiente número telefónico José Rodolfo Acosta Barriga o con la asesora de la investigación la Dra. Ma. Martha Marín Laredo o al celular 425 112 96 70.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea; por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Apéndice 3 Cedula de recolección de datos



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería
Cuestionario



Calidad de vida en personas con discapacidad física que reciben tratamiento en un hospital público.

Folio _____

Objetivo.

Con la finalidad de analizar el nivel de la calidad de vida en personas con discapacidad física que reciben tratamiento en un hospital público de Morelia, Michoacán le pido de su apoyo para contestar el siguiente cuestionario que será confidencial y únicamente de uso académico.

Indicaciones: conteste lo que se le solicita en cada apartado

Parte I Datos sociodemográficos

1. Edad _____ años cumplidos
2. Sexo Masculino _____ Femenino _____
3. Lugar de nacimiento
Localidad _____ Municipio _____ Estado _____

4. Lugar de residencia
Localidad _____ Municipio _____ Estado _____
5. ¿Cuentas con algún tipo de seguro? Sí ___ No ___ ¿Cuál?
IMSS _____ ISSTE _____ Privado _____
6. ¿Con quién vive? Familia _____ Amigos _____ Vecinos _____
7. Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Unión libre _____ Divorciado _____
Viudo _____

Parte II Datos clínicos

8. Enfermedad o lesión que provoco la discapacidad:

Accidente automovilístico_____

Accidentes en hogar_____

Accidentes laborales_____

Enfermedad:

Crónico-degenerativa_____

Cerebrovasculares_____

Autoinmunes_____

Otra_____ (especifique)_____

9. Parte anatómica con discapacidad como:

Miembros superiores_____

Miembros inferiores_____

Cuello_____

Tórax_____

Columna vertebral_____

10. Numero de sesiones de rehabilitación_____

11. Enfermedades secundarias _____

Diabetes_____

Hipertensión_____

Otra_____ (especifique)

12. ¿Qué tipo de dispositivo utiliza para su discapacidad física?

Muletas_____

Andadera_____

Silla de ruedas_____

Bastón_____

Otra (especificar)_____

Gracias

