

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



TESIS

“AUTOPERCEPCIÓN DEL DOLOR ASOCIADO A CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES ATENDIDOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN
LA CIUDAD DE TACNA EN ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2023”

Para optar por el Título de:

Licenciada en Tecnología Médica con mención en Terapia Física y Rehabilitación

AUTOR:

Bach. Annel Carolina Tellez Mamani

ASESOR:

Mg. Andrea Jennifer Schiaffino Miovich

Tacna - 2024

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a:

A mi padre, por su amor infinito, su paciencia y comprensión, por su compañía en los momentos más extenuantes, por su apoyo incondicional y por todos sus esfuerzos por verme y hacerme feliz.

A mi madre, por su preocupación, apoyo y paciencia, por su motivación para ser mejor cada día.

A mi hermano, por ser mi ejemplo de fortaleza, mi cómplice y mi soporte para perseguir mis sueños.

A Tomlinson y Buchanan por su compañía constante y su amor incondicional. Me quisieron por toda su vida y yo los extrañaré el resto de la mía. A Loki, por acompañarme en la etapa final de este proceso y apoyarme con su personalidad única.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por guiarme y rodearme de las personas correctas.

A mi familia, por su constante motivación y palabras de ánimo.

A mi asesora de Tesis, Mg. Andrea Jennifer Schiaffino Miovich, por su dedicación y tiempo, por su paciencia y disposición para compartir sus conocimientos para realizar esta investigación.

A mis amigos, por su apoyo y motivación en los momentos más difíciles, por sus palabras de ánimo y sus buenos deseos.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Annel Carolina Tellez Mamani, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 71221320, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

" Autopercepción del dolor asociado a calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en Abril y Mayo del año 2023 "

Asesorada por Mg. Andrea Jennifer Schiaffino Miovich, la cual presente para optar el: Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica con mención en:

Terapia Física y Rehabilitación

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

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

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

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

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

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

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



DNI: 71221320

Fecha: 30 - 05 - 24

RESUMEN

La presencia de dolor no solo supone una alteración a nivel físico, sino a un nivel psicológico y social, afectando de esta manera la Calidad de Vida de las personas. Por ello, el objetivo de la presente investigación fue determinar la asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023. La metodología aplicada para el desarrollo de la investigación fue de tipo analítico, de alcance correlacional, de tipo observacional y prospectivo de corte transversal. Se aplicó una ficha de recolección de datos sociodemográficos, el Inventario Breve de Dolor y el Cuestionario de salud SF-36 en una muestra poblacional de 92 pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna. Para realizar el análisis estadístico se utilizaron análisis descriptivos de los datos, también se desarrolló la prueba estadística Rho de Spearman con nivel de significancia de 5%. Los resultados demostraron que, la mayoría de los participantes fueron adultos de 27 a 59 años (54,3%), el segmento que tuvo mayor presencia de dolor fue la rodilla (21,7%), seguido de la columna lumbar y cadera (12%), el puntaje de dolor autopercebido fue de 8,00 en la intensidad máxima, 4,00 en la intensidad media, 2,00 en la intensidad mínima y 3,00 en la intensidad actual; el 100% de los pacientes encuestados cuentan con un nivel medio de calidad de vida. Concluyendo que existe una asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

Palabras clave: Calidad de vida, Autopercepción del Dolor, Dolor, Terapia Física.

ABSTRACT

The presence of pain not only represents an alteration on a physical level, but also on a psychological and social level, thus affecting people's Quality of Life. Therefore, the objective of the present investigation was to determine the association between self-perception of pain and quality of life in patients treated at a physical rehabilitation center in the city of Tacna in April and May 2023. The methodology applied for the development of the research was analytical, correlational in scope, observational and prospective cross-sectional. A sociodemographic data collection form, the Brief Pain Inventory and the SF-36 health questionnaire were applied to a population sample of 92 patients treated at a physical rehabilitation center in the city of Tacna. To carry out the statistical analysis, descriptive analyzes of the data were used. Spearman's Rho statistical test was also developed with a 5% significance level. The results showed that the majority of participants were adults between 27 and 59 years old (54.3%), the segment that had the greatest presence of pain was the knee (21.7%), followed by the lumbar spine and hip (12%), the self-perceived pain score was 8.00 at maximum intensity, 4.00 at average intensity, 2.00 at minimum intensity, and 3.00 at current intensity; 100% of the patients surveyed have a medium level of quality of life. Concluding that there is an association between self-perception of pain and quality of life in patients treated at a physical rehabilitation center in the city of Tacna in April and May 2023.

Keywords: Quality of life, Self-perception of Pain, Pain, Physical Therapy.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I	13
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.2.1 PROBLEMA GENERAL.....	15
1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO	15
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4 JUSTIFICACIÓN	16
1.5 PALABRAS CLAVE	17
CAPÍTULO II	19
REVISIÓN DE LA LITERATURA	19
<u>2.1</u> ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	20
2.1.1 A nivel Internacional	20
2.2 MARCO TEÓRICO	27
2.2.1 Calidad de vida	27
2.2.2 Calidad de vida relacionada con la salud.....	28
2.2.3 Instrumentos para medir la calidad de vida	28
2.2.4 Definición de dolor	29
2.2.5 Componentes del dolor	29
2.2.6 Epidemiología.....	30
2.2.7 Clasificación del dolor	30

2.2.8	Evaluación del dolor	31
2.2.9	Dominios del dolor	32
2.2.10	Instrumentos para medir el dolor	32
CAPÍTULO III		34
HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....		34
3.1	HIPÓTESIS	35
3.1.1	Hipótesis general	35
3.1.2	Operacionalización de variables.....	35
CAPÍTULO IV.....		39
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....		39
4.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	40
4.1.1	Diseño de investigación.....	40
4.1.2	Tipo de investigación	40
4.1.3	Nivel de investigación	40
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	40
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
4.3.1	Población	41
4.3.2	Muestra	41
4.3.3	Criterios de inclusión.....	41
4.3.4	Criterios de exclusión	41
4.4	TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
4.4.1	TÉCNICA.....	42
4.4.2	INSTRUMENTOS	42
CAPÍTULO V		52
PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS.....		52
5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS.....	53

5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	53
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	53
RESULTADOS	55
DISCUSIÓN.....	66
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variables	35
Tabla 2: Contenido del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36	43
Tabla 3: Ficha técnica del Cuestionario de Salud SF-36.....	44
Tabla 4: Ficha técnica del Inventario Breve del dolor	50
Tabla 5: Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.....	55
Tabla 6: Frecuencia de la región del cuerpo más dolorosa de los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.	56
Tabla 7: Puntaje de dolor autopercebido en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.....	58
Tabla 8: Interferencia del dolor en las actividades en los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.	59
Tabla 9: Prevalencia de los dominios de calidad de vida en los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.	60
Tabla 10: Prueba de normalidad Calidad de vida.....	63
Tabla 11: Prueba de normalidad Autopercepción del dolor.....	64
Tabla 12: Prueba de hipótesis.....	65

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existen diversas definiciones del dolor; en 1979 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial”, en el año 2020 lo redefinió como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial" (1). La RAE lo define como "Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior" (2). La presencia de dolor genera un mayor impacto físico y con ello una mayor alteración en la calidad de vida (3).

Badia, define la calidad de vida como la apreciación general de satisfacción en un específico número de dimensiones fundamentales, con especial relevancia en el bienestar del individuo (4). Esta expresión puede presentar diversos conceptos para cada persona, un individuo pondera su propia calidad de vida de acuerdo a su vivencia y el trecho que existe entre sus expectativas y sus logros (5).

Por ello, la presencia de dolor produce un desgaste físico que lleva a una restricción para efectuar acciones o conductas cotidianas, lo que afecta la apreciación del propio estado de salud. Es decir, tener la consciencia de sufrir una enfermedad, además del desgaste físico que pueda producir, también puede causar una modificación en las acciones o conductas de la persona (6).

La noción de qué factores son más trascendentales para la colectividad en la percepción de la calidad de su vida es esencial para plantear programas que la mejoren. Por otro lado, las herramientas de valoración de la calidad de vida pueden ser de gran conveniencia tanto para la evaluación individual del paciente en la práctica clínica como para la evaluación de diversos grupos de población, con la finalidad de especificar sus necesidades de salud y sus inclinaciones como apoyo para el planteamiento de servicios sanitarios y sociales (7).

El presente trabajo de investigación está compuesto de cinco capítulos, siendo:

El capítulo I titulado “El problema de la Investigación”, en el que se presenta el problema como punto de inicio de la investigación, la presentación de la justificación y el planteamiento de los objetivos.

En el capítulo II titulado “Revisión de la Literatura” se plantea la fundamentación teórica a través de antecedentes científicos y bases teóricas.

El capítulo III titulado “Hipótesis, variables y operacionalización de variables”, muestra las hipótesis planteadas de acuerdo al problema de investigación, también muestra la operacionalización de las variables que forman parte del estudio.

El capítulo IV titulado “Metodología de la Investigación” expone la metodología empleada en el estudio, como el diseño, tipo y alcance, da a conocer el ámbito de estudio, la muestra y los instrumentos de recolección de datos empleados para el desarrollo de la investigación.

El capítulo V “Procedimiento de Análisis de Datos”, expone los resultados obtenidos en la investigación a través de un análisis estadístico, también expone la discusión de los resultados obtenidos con el respaldo de los antecedentes teóricos expuestos en el capítulo II.

Por último, se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los resultados obtenidos, además de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor es definido por la asociación Internacional para el Estudio del Dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial” (8). Además, se identifica como algo más que una condición física o respuesta neurológica, sino más bien como una vivencia de todo el individuo. El dolor se extiende más allá de la respuesta biológica e impacta todas las dimensiones de la vida, incluidos los dominios psicológico, social y espiritual. Si no es controlado puede provocar un mayor impacto físico y una alteración importante en la calidad de vida (9). De acuerdo a la OMS, se define como el nivel ideal factible de habilidades físicas, intelectuales, mentales y el funcionamiento de relaciones sociales, valoración de la salud, complacencia con la vida y el bienestar general en un individuo con una afección específica o mientras recibe tratamiento (10).

La calidad de vida se ve afectada en todos sus dominios ante la presencia de dolor, ya sean a nivel físico, psicológico, espiritual y social. Adicionalmente, puede deteriorar la calidad de sueño, reducir la función y apetito aumentando la fatiga (11). La presencia del dolor en las diversas zonas corporales tiene la capacidad de afectar a quien lo padece desde diversos puntos de vista. Algunos factores asociados a una mala calidad de vida son: trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, dolor/malestar, falta de ejercicio, dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria y dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (7).

Por otro lado, las adaptaciones neuromusculares en respuesta al dolor muscular pueden conducir a deterioro funcional y discapacidad. Por lo tanto, la comprensión de la interacción entre el dolor y la calidad de vida permitirá conocer las deficiencias en el desarrollo y planteamiento del tratamiento médico y de rehabilitación física (8). Lamentablemente, hay una falta de estudios con relación a estos temas, sobre todo en poblaciones latinoamericanas y más aún en Perú. (12)

En tal sentido, el objetivo de esta investigación es determinar la asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023?

1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO

PE1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023?

PE2. ¿Cuáles son las regiones del cuerpo más dolorosas características de pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023?

PE3. ¿Cuál es el puntaje de dolor autopercebido en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023?

PE4. ¿Cuál es la interferencia del dolor en las actividades en los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023?

PE5. ¿Cuál es la prevalencia de los dominios de calidad de vida en los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuál es la asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

OE2. Determinar la región del cuerpo más dolorosa de los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

OE3. Determinar cuál es el puntaje de dolor autopercebido en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

OE4. Conocer cuál es la interferencia del dolor en las actividades en los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

OE5. Identificar la prevalencia de los dominios de calidad de vida en los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La investigación tiene su justificación a partir de la importancia que tiene el conocer cómo afecta el dolor en la calidad de vida de los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física, para poder determinar qué dominios de la calidad de vida se ven más afectados por la presencia de dolor y de esta manera poder complementar el tratamiento que se les brinda y favorecer el desarrollo de su recuperación. Además, conocer la actualidad y problemática en nuestro campo de acción nos dará la capacidad de poder analizar de manera objetiva la situación y plantear modelos de intervención que se ajustan a la realidad de nuestra sociedad y población de estudio.

En un plano teórico, el presente estudio permite que se aborde las teorías en relación al dolor y la calidad de vida de los pacientes, lo que permitirá contrastar

la información existente con la realidad problemática del Perú y a partir de ello generar nueva información en relación a los efectos en la salud de las personas.

En un plano metodológico, gracias a la investigación se logrará generar un nuevo marco de referencia que permita ampliar investigaciones sobre el dolor y la calidad de vida para la creación y validación de programas de intervención con una base científica, acorde a la evidencia disponible.

Por otra parte, los test para medir la calidad de vida y el dolor pueden ser de gran utilidad en una valoración individual y grupal, sirviendo como guía para el planteamiento de los diversos tratamientos en la terapia física y rehabilitación (7).

1.5 PALABRAS CLAVE

- Calidad de vida: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: la apreciación que tiene un sujeto de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que se desenvuelve y en relación con sus metas, aspiraciones, normas e inquietudes (13).
- Calidad de vida relacionada con la salud: Condición que posee el sujeto para desempeñar diversas acciones importantes relacionadas al componente funcional, afectivo y social, estas son influenciadas por la percepción subjetiva (14).
- Dolor: Es descrita por la IASP como: una experiencia a nivel emocional y sensorial desagradable que puede estar relacionada a una lesión tisular real o probable. La nocicepción y el dolor son dos fenómenos diferentes (15).
- Escala de calidad de vida: Short Form - 36, es una escala multicultural que consta de 36 interrogantes y se clasifica en un perfil de puntajes de ocho dominios: funcionamiento físico, salud general, rol físico, dolor corporal, funcionamiento social, vitalidad, rol emocional, y salud mental (16).

- Escala de dolor: Brief Pain Inventory (BPI), evalúa la gravedad y la interferencia del dolor en el desarrollo funcional diario (17). toma en cuenta la actividad general y el trabajo, el sueño, el estado anímico, las correlaciones con los demás y el deleite de la vida (18).
- Nocicepción: El proceso neural de codificar estímulos nocivos. La percepción de dolor no está obligatoriamente tácita (19).
- Rehabilitación: Conjunto de métodos diseñados para mejorar la actividad y decrecer la discapacidad en sujetos con estados de salud en correlación con su medio. Es uno de los servicios primordiales definidos en la Cobertura sanitaria universal (20).
- Salud: Es una condición de total bienestar físico, mental y social, y no únicamente la carencia de padecimientos o enfermedades (21).

CAPÍTULO II
REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 A nivel Internacional

En el estudio de Nawrat A. y col titulado: “Assessment of Quality of Life and Pain Severity in Older Men with Osteoporosis: Cross-Sectional Study” 2021, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de dolor que sienten los hombres con osteoporosis y su impacto en su calidad de vida. El estudio fue de tipo transversal descriptivo, la calidad de vida de los participantes se midió con el Cuestionario Qualeffo41, la DMO se cuantificó mediante densitometría y la intensidad del dolor se evaluó mediante la Escala Visual Análoga, evaluaron a 62 hombres de entre 65 y 85 años, encontrando que una densitometría ósea más baja estaba fuertemente correlacionada con la calidad de vida de los participantes ($r = -0,72$), especialmente la calidad del ocio y las actividades sociales ($r = -0,66$), la percepción general de salud ($r = -0,59$) y la movilidad ($r = -0,57$). Los más perjudicados en su percepción general de salud fueron los hombres mayores que padecían osteoporosis. Por último, concluyeron que el dolor afectó significativamente la percepción general de salud de los participantes. (22)

En el estudio de Raya A. y col titulado: “Calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género” 2021, el objetivo del estudio fue describir la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de personas con depresión y comorbilidad física bajo una perspectiva de género, fue de tipo transversal, se midió la calidad de vida con la escala EuroQol (EQ-5D), se evaluaron a 380 individuos mayores de 49 años, encontraron que El 81,3% fueron del sexo femenino; la media de edad fue de 68,4 años, la media de la escala visual llamada fue de 57,8 en varones y 55,8 en féminas. La media del EQ-Health Index fue de 0,74 en varones y 0,65 en el sexo femenino ($p = 0,001$). La posibilidad de manifestar inconvenientes en las dimensiones del EQ-5D determinó el sexo como factor de mayor importancia (mujer = 1/hombre = 0) en: autocuidado

OR: 2,29 (IC 95% 1,04 a 5,07) y actividades cotidianas OR: 3,09 (IC 95% 1,67 a 5,71). La capacidad de movimiento se relacionó con el grupo etario OR: 1,87 (IC 95% 1,22 a 2,86), el área de prevalencia con el dolor OR: 2,51 (IC 95% 1,18 a 5,34) y el Beck Depression Inventory (BDI) con la ansiedad/depresión OR: 4,77 (IC 95% 1,77 a 12,88). Finalmente concluyen que la apreciación en la calidad de vida del sexo femenino con depresión y comorbilidad física es menor a la del sexo masculino, resultando en los dos casos menor a la de la población general. (23)

En el estudio de Cox E. y col titulado: “Chronic pain, health-related quality of life, and employment in working-age cancer survivors” 2020, tuvo como objetivo investigar el impacto del dolor relacionado con el cáncer en la calidad de vida relacionada con la salud, el estudio fue de tipo transversal, en el que evaluaron a 1702 sobrevivientes de cáncer de 25 a 64 años de edad, encontrando que casi el 17 % (IC del 95 % [13,94–19,58]) de los sobrevivientes de cáncer en edad laboral informaron haber experimentado dolor relacionado con el cáncer. Entre los evaluados que manifestaron percibir dolor, predominó el sexo femenino, de tes blanca, no hispanas, casadas y sin empleo, siendo el cáncer de mama la ubicación más frecuente. Los evaluados que percibieron dolor asociado al cáncer manifestaron más días físicamente insalubres (aRR 1,63, IC del 95%), días mentalmente insalubres (aRR 1,52, IC del 95%) e interferencia en la actividad (aRR 2,15, IC 95%). Las féminas sobrevivientes que percibieron dolor asociado al cáncer tuvieron menos posibilidades de tener un empleo (odds ratio ajustado 0,34, IC del 95%). Por último, llegaron a la conclusión de que el dolor crónico asociado al cáncer es una condición a largo plazo que se asocia negativamente con la CVRS y la posibilidad de obtener un trabajo en los sobrevivientes de cáncer. (24)

El estudio realizado por Ribi K. y col titulado “Quality of life and pain in patients with metastatic bone disease from solid tumors treated with bone-targeted agents– a real-world cross-sectional study from Switzerland (SAKK 95/16)“ 2021, tuvo como objetivo obtener información sobre el uso o no uso de BTA y su efecto sobre el dolor óseo de los pacientes, la calidad de vida general y su relación con el dolor óseo, este estudio fue de tipo observacional transversal, se evaluaron 417 pacientes ≥ 18 años de edad, encontrando que con base en el FACT – BP, el 42% de los pacientes indicó no tener dolor óseo. Según el BPI-SF, el 28% reportó no presentar dolor, el 43% un nivel leve, el 14% un nivel moderado y el 15% un nivel severo, respectivamente. Aquellos que no recibieron tratamiento con un BTA manifestaron una mejor CdV general (FACT-G: $p= 0,031$) y CdV relacionada con el dolor óseo (FACT-BP, $p= 0,007$) en aquellos que recibieron tratamiento con un BTA. Entre los grupos evaluados no se distinguieron las escalas de dolor y otras escalas de CdV. Parte de la población estudiada que fueron denominados como de “bajo riesgo de complicaciones óseas” por el personal de salud que no fueron tratados con una BTA manifestaron menos dolor y una mejor calidad de vida que aquellos denominados con “bajo riesgo” que si fueron tratados con BTA o los evaluados y denominados con “alto riesgo” que pudieron o no haber sido tratados con BTA. Por ello, concluyeron que el dolor la calidad de vida no difirieron por el tratamiento de BTA o el nivel de riesgo percibido por el personal médico. Aquellos pacientes denominados con bajo riesgo que no fueron tratados con BTA manifestaron niveles más bajos de dolor y mayor puntuación de calidad de vida. (25)

En el estudio realizado por Brito V. y col titulado: “Self-Report for Assessment of Pain and Quality of Life in Children with Sickle Cell Anemia in a Developing Country“ 2020, que fue de tipo descriptivo y transversal, en el que se evaluaron 104 niños con una edad media de 8,97 años, el 51,9% eran varones y el 94,2% no blancos, encontrando que el dolor se caracterizó

predominantemente de moderado a fuerte, punzante (37,5%) y quemante (31,7%), con mayor frecuencia en las extremidades, y reportado simultáneamente en dos o más localizaciones. La puntuación media del dolor fue de 9,26 en el peor momento y en el contexto general fue de 6,02. Como resultado del dolor, el 93,3% relató ausencia escolar, con un promedio de 8,57 días de ausencia; el 63,5% presentaba alteración del sueño y el 86,5% no lograba realizar sus actividades diarias. El 48,08% de los resultados de Calidad de Vida fueron negativos y el 56,25% manifestaron sentir dolor intenso. En torno al 74% de los infantes con una Calidad de Vida positiva manifestaban dolor leve. Por último, concluyeron en que el dolor en niños con PCS tiene un impacto negativo en su Calidad de Vida desde su punto de vista, perjudicando su vida diaria. Los resultados obtenidos muestran la importancia que posee el autoinforme de los infantes sobre su patología, en especial en contextos de recursos limitados. (26)

En el estudio realizado por Haraldstad K. y col titulado: “Health-related quality of life and pain in children and adolescents: a school survey” 2019, se tuvo como objetivos describir la CVRS y la prevalencia del dolor en una población no clínica de niños y adolescentes, y analizar las relaciones entre la CVRS, el dolor, el sexo y la edad en una muestra de niños y adolescentes de 8 a 18 años, el estudio fue de tipo transversal, en el que se estudió a 1099 niños y adolescentes de Noruega, encontrando que el 60 %, informó dolor, y las niñas informaron significativamente más dolor que los niños, el 76 % de las niñas en el grupo de edad de 16 a 18 años informaron dolor. De acuerdo al puntaje obtenido de KIDSCREEN-52 existe una variación entre niños y niñas, siendo que las niñas presentan un nivel de Calidad de vida relacionada con la salud más baja que los niños en gran parte de las dimensiones. La presencia de dolor se asoció con una CVRS más baja, y las más afectadas por el dolor fueron las niñas mayores. Finalmente, concluyeron que los problemas de dolor son más comunes en las niñas que en los niños. El KIDSCREEN-52 mostró que la Calidad de vida relacionada

con la salud fue afectada en sus diez dimensiones en los menores que manifestaban dolor. Las áreas que se vieron más deterioradas fueron bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción, relación con sus progenitores y el contexto escolar. (27)

En el estudio de Asztély K. y col titulada: “Chronic Pain And Health-Related Quality Of Life In Women With Autism And/Or ADHD: A Prospective Longitudinal Study” 2019, se tuvo como objetivo investigar la prevalencia del dolor crónico y su asociación con la calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de mujeres, diagnosticadas con trastorno del espectro autista y/o trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia, el estudio fue de tipo longitudinal prospectivo, se evaluaron a 100 mujeres suecas de 16 a 19 años diagnosticadas con TEA y/o TDAH, encontrando que una gran mayoría de las mujeres (76,6%) informó dolor crónico. La Calidad de vida relacionada con la salud resultó baja en general y mucho más baja en aquellos individuos que manifestaron dolor crónico. Se observó una diferencia en la prevalencia del dolor crónico, las mujeres con TDAH que fueron tratadas con estimulantes manifestaron menor dolor crónico generalizado que aquellas que no recibieron tratamiento. Por último, concluyeron que la comorbilidad con el dolor crónico es común en mujeres con TEA y/o TDAH y es de suma importancia tratarla en la clínica, ya que se relaciona con un nivel bajo de CVRS. El tratamiento administrado en el TDAH podría disminuir el dolor en algunos casos. (28)

El estudio de Zis P. y col titulado: “Chronic idiopathic axonal polyneuropathy: Prevalence of pain and impact on quality of life” 2019, tuvo como objetivo establecer la prevalencia del dolor en pacientes con Polineuropatía axonal idiopática crónica e investigar el impacto del dolor en la calidad de vida, fue de tipo transversal. El dolor se evaluó mediante el

cuestionario DN4 y la escala visual analógica (EVA), se utilizó la escala General de Limitaciones de la Neuropatía para evaluar la gravedad de la neuropatía, se evaluaron 55 pacientes con polineuropatía axonal idiopática crónica (63,6% hombres, edad media $73,4 \pm 8,7$ años), encontrando que según el cuestionario DN4, el dolor neuropático periférico estuvo presente en 33 pacientes (60,0%). Después de haber realizado los filtros por la edad, género y gravedad de la enfermedad, la afección de dolor demostró correlaciones negativas importantes con el factor de energía/fatiga de la CdV ($\beta = -0,259$, $p = 0,049$), con el factor de bienestar emocional ($\beta = -0,368$, $p = 0,007$) y el factor de intuición de la salud global ($\beta = -0,356$, $p = 0,007$). Por último, concluyeron en que el dolor es muy frecuente en la polineuropatía axonal idiopática crónica (CIAP) y se asocia con un peor bienestar emocional, una peor percepción general de la salud y un aumento de la fatiga. (29)

En el estudio de Pérez C. y col titulado: “Chronic Pain Features Relate to Quality of Life More than Physiopathology: A Cross-Sectional Evaluation in Pain Clinics” 2018, tuvo como objetivo comparar el impacto de la fisiopatología del dolor crónico en la calidad de vida relacionada con la salud, fue un estudio de tipo transversal. Se aplicó el instrumento EuroQol-5 Dimensiones para medir la calidad de vida relacionada con la salud, el Inventario Breve de Dolor, la escala Hospitalaria de ansiedad y Depresión y la escala de sueño desarrollada para el estudio MOS para medir las características del dolor y el ajuste psicosocial. Se evaluó a 1.025 pacientes no oncológicos con condiciones de dolor crónico predominantemente neuropático, nociceptivo o mixto, encontrando que todos los pacientes reportaron una HR-QoL muy baja. Los resultados obtenidos del índice EQ-5D mostraron una media de 0,33 en el dolor mixto, 0,36 en el dolor neuropático y 0,37 en el dolor nociceptivo, por lo que estas diferencias no alcanzaron significación estadística ($P = 0,057$). Los evaluados con dolor nociceptivo tenían menos dolor, la interferencia en las actividades diarias

fue menor (siendo la puntuación media de interferencia del BPI: 6,3 frente a 6,6 del dolor neuropático y 6,7 del dolor mixto). Por lo que, llegaron a la conclusión que las características del dolor, especialmente la magnitud tiene un mayor impacto en la calidad de vida relacionada con la salud que la fisiopatología del dolor. Distintos mecanismos fisiopatológicos dan lugar a distintas características del dolor que, a su vez, pueden mediar en la CVRS de los pacientes con dolor crónico. Esto podría usarse para mejorar las estrategias de manejo del dolor. (30)

En el estudio de Scalone L. y col titulada: “Benefits in pain perception, ability function and health-related quality of life in patients with failed back surgery syndrome undergoing spinal cord stimulation in a clinical practice setting” 2018, que fue de tipo observacional, en el que se evaluó 80 pacientes (40% hombres, edad media = 58 años), encontrando que la CVRS fue significativamente peor en los pacientes que en la población general correspondiente. Durante el seguimiento se observó una relación significativa entre el dolor, la discapacidad funcional y la Calidad de vida relacionada con la salud. Se lograron cambios positivos ($p < 0,001$) en la magnitud del dolor, la capacidad funcional y la Calidad de vida relacionada con la salud posterior a los seis meses del tratamiento estimulante aplicado en la médula espinal y en términos generales, se mantuvo cierto nivel de estabilidad durante el seguimiento. Por último, concluyeron que el tratamiento con estimulación de la médula espinal más el tratamiento médico convencional alcanza una mejora estadísticamente significativa y probablemente clínicamente relevante en la percepción del dolor, la discapacidad funcional y la CVRS en pacientes con síndrome de cirugía de espalda fallida refractario a tratamiento médico convencional. Una oportuna elección de instrumentos para su uso en la práctica clínica es de suma importancia para una evaluación de rutina de la percepción de la salud en los pacientes, con el objetivo de guiar las decisiones para un tratamiento óptimo. (31)

En el estudio de Vega G. y col titulado: “Musculoskeletal Disorders Associated With Quality of Life and Body Composition in Urban and Rural Public School Teachers” 2021, que fue de tipo transversal, en el que se evaluó a 153 docentes, el 71,2% eran mujeres con edades entre 23 y 68 años (mediana \pm desviación estándar: 38,65 \pm 11,65). Los docentes urbanos representaron el 53,6% y los docentes rurales el 46,4% del total de la muestra, encontrando que el 88,9% (90% urbano; 87% rural) de los docentes sintieron dolor en alguna zona del cuerpo, el 71,2% de ellos con limitaciones. La zona corporal con mayor prevalencia de TME fue cuello y hombros (68,6%). Además, se contemplaron diferencias representativas entre los educadores con $>p75$ de MSD (más de seis regiones de dolor) y en aquellos con $\leq p75$ (seis o menos regiones de dolor; $p < 0,05$) en seis dimensiones de calidad de vida y en los elementos de la salud física (PCS) y salud mental (MCS) en educadores de la zona urbana. Sin embargo, los maestros rurales no presentaron diferencias. La asociación entre docentes con MSD $>p75$ y baja percepción de calidad de vida fue significativa ($p < 0,05$) en PCS y MCS. Finalmente, se concluyó en que los educadores de la zona urbana y rural presentan altos índices de TME y obesidad. Los docentes con tasas más altas de TME ven afectada su calidad de vida mental y física, lo que hace necesaria la intervención en el lugar de trabajo en TME para prevenir el deterioro de la salud de los docentes. (32)

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Calidad de vida

La calidad de vida es establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “las percepciones de las personas sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (33).

La calidad de vida se ha empleado para hacer referencia a una variedad de cosas diferentes, como la condición de salud, funcionamiento físico, síntomas, dimensión psicosocial, nivel de complacencia con la vida, bienestar y felicidad (34).

El término abarca varios constructos, incluidos los dominios físico, funcional, emocional, social y cognitivo. La calidad de vida en el campo médico es de considerable importancia en la evaluación de la repercusión de la enfermedad y el tratamiento en la vida de los pacientes (35).

2.2.2 Calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL) es una medida esencial que se utiliza para evaluar el efecto de la dirección en patologías crónicas en el estado de salud de un individuo. (36), fue desarrollado para comprender las percepciones subjetivas en relación al estado de salud, enfermedad, discapacidad, incapacidad y la eficacia de los tratamientos. Las apreciaciones de la salud y su concepto varían entre sujetos y dentro de un individuo a lo largo del tiempo. Las personas evalúan su calidad de vida relacionada con la salud comparando sus expectativas con su experiencia (37).

Curtis et al. consideran las nociones de calidad de vida, calidad de vida relacionada con la salud y condición de salud como desigual, aunque allegado (38).

2.2.3 Instrumentos para medir la calidad de vida

La calidad de vida es un concepto bastante complicado de medir directamente, es por ello que se miden sus dimensiones desde un punto de vista operativo. Se han desarrollado diversos instrumentos para medir la calidad de vida en el campo médico, pueden ser autoadministrados o heteroadministrados (39). Entre los múltiples instrumentos, existe una base

común de dimensiones incluyendo el estado físico, sensaciones somáticas, el estado psicológico y las relaciones sociales (40).

Entre los instrumentos más utilizados encontramos el EuroQol-5D (EQ-5D) (41), este evalúa 5 dimensiones: movilidad, autonomía personal, actividades dolorosas, ansiedad y depresión; y el formulario corto de salud de 36 ítems (SF-36) (42) valora el estado de salud independientemente de la patología causal, la edad, el sexo o el tratamiento. Consta de 36 preguntas divididas en 8 dimensiones: actividad física, limitaciones por condición física, limitaciones debido al estado mental, dolor físico, salud percibida, vida en relación con otros, salud mental y salud mental percibida en relación a un año atrás.

Dentro de los instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud, están los de tipo genérico y específico, estos a su vez, tienen ventajas y desventajas (43).

2.2.4 Definición de dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño” (44). El dolor posee diversos aspectos relevantes: aspecto sensorial: ubicación e intensidad de dolor; aspecto emocional: en la que se conoce cuán irritante es la vivencia; y un aspecto cognitivo: en la que determinamos como valoramos el dolor en función de la propia vivencia ya experimentada, si produce temor y ansiedad, y cómo reaccionamos al amago que representa el dolor.

2.2.5 Componentes del dolor

- Componente sensorial-discriminativo: cualidades sensitivas del dolor, por ejemplo, su ubicación, cualidad, magnitud y las particularidades temporo-espaciales que presenta.
- Componente cognitivo-evaluativo: revisa y explica el dolor con respecto a lo que se está percibiendo y podría suceder.

- Componente afectivo-emocional: es la relación del dolor y el estado emocional que puede provocar ansiedad, angustia, entre otros (45).

2.2.6 Epidemiología

Los estudios epidemiológicos han mostrado sistemáticamente una significativa prevalencia en el sexo femenino de varias enfermedades dolorosas.

El sexo femenino reporta mayor intensidad de dolor, siendo reiterado en más regiones del cuerpo y más prolongado que el del sexo masculino. Estos estados dolorosos comprenden especialmente la testa y la columna cervical, p. dolores de cabeza crónicos, migraña y alteraciones de la articulación temporomandibular, de tal modo que también incluye fibromialgia (46).

2.2.7 Clasificación del dolor

❖ Clasificación según su duración:

- Dolor agudo: Reacción fisiológica a una lesión física, química o traumática. Se mantiene durante el transcurso de reparación de los tejidos. El proceso no sobrepasa los 6 meses, desistiendo al eximir el origen (15).
- Dolor crónico: Perdura más de 6 meses, además de la duración de la reparación tisular, es persistente y desproporcionado. Así mismo, está asociado a alteraciones de la personalidad y depresión.
 - Dolor crónico benigno: No está asociado con el cáncer o SIDA
 - Dolor crónico maligno: Dolor producido en el paciente oncológico, puede ser continuo y constante con períodos de agudización de acuerdo a la expansión del proceso tumoral (47).

❖ Clasificación según su fisiopatología

- Dolor Nociceptivo: se manifiesta posterior a un estímulo que produce daño o lesión en órganos somáticos o viscerales. Es provocado por el accionamiento de nociceptores periféricos o viscerales.
 - Dolor nociceptivo somático: engloba todas las afecciones que provienen de estructuras no viscerales, es decir, el aparato locomotor.
 - Dolor miofascial: disfunción neuromuscular con propensión a la cronicidad, perjudica a los grupos musculares y fasciales, de manera que los músculos involucrados presentan puntos gatillo.
 - Dolor nociceptivo visceral: afección silenciosa, imprecisa y mal ubicada, en las cuales su origen se da en los órganos huecos (48).
- Dolor Neuropático: afección que se presenta como producto directo de un traumatismo o patología perjudicando al área somatosensorial, tales como periférico y central (49).
- Dolor psicógeno: tipo de dolor causado por la presencia de alguna enfermedad psíquica. El origen, la magnitud, exacerbación y la persistencia del dolor puede ser causado por alteraciones psicológicas (50).

2.2.8 Evaluación del dolor

La evaluación del dolor proporciona información sobre la gravedad de la afección, esta información es crítica para guiar las decisiones de tratamiento. La valoración del dolor ayudará al personal de salud e investigación a observar el transcurso longitudinal del trastorno del dolor y ponderar los efectos del tratamiento. La valoración del paciente con dolor crónico también debe integrar la evaluación de otros dominios

clínicamente importantes, como el funcionamiento físico y psicológico y la calidad de vida (51).

2.2.9 Dominios del dolor

- ❖ Cualidades sensoriales y afectivas del dolor
 - Intensidad del dolor: la fuerza del dolor
 - Efecto del dolor: que tan desagradable o perturbador se siente el dolor
 - Cualidades perceptivas del dolor: cómo se siente el dolor
- ❖ Características temporales del dolor
 - Duración del dolor: tiempo desde el inicio del dolor
 - Variabilidad del dolor: fluctuaciones en la intensidad del dolor a lo largo del tiempo
 - Factores modificadores: factores que exacerban o disminuyen el dolor
- ❖ Otras características del dolor
 - Ubicación del dolor: extensión corporal del dolor
 - Medidas provocativas del dolor: evaluadas a través de un examen físico
 - Comportamientos de dolor: manifiestos que comunican dolor, como: expresiones faciales, claudicar (51).

2.2.10 Instrumentos para medir el dolor

El Inventario Breve del Dolor (BPI) y el Cuestionario de Dolor McGill de Forma Corta Revisada Versión-2 (SF-MPQ-2) son herramientas globales que valoran el dolor, estas son utilizadas en investigaciones científicas, además, se pueden aplicar para la evaluación del dolor en afecciones del sistema musculoesquelético (52). En tanto que el BPI evalúa la intensidad y la interferencia del dolor con la operatividad diaria, el SF-MPQ-2 estima las cualidades del dolor neuropático y nociceptivo (53).

El BPI cuantifica tanto la intensidad del dolor (dimensión sensorial) como la interferencia del dolor en la vida del paciente (dimensión reactiva). Además, inquiere al paciente sobre la atenuación del dolor, la calidad del dolor y la apreciación del paciente de la causa del dolor (54).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 Hipótesis general

Hipótesis nula (H0)

No existe una asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

Hipótesis alterna (H1)

Existe una asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

3.1.2 Operacionalización de variables

Tabla 1:

Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Valor final	Escala de medición
Características sociodemográficas	Edad	Indicador de edad	18 - 26 años 27 - 59 años 60 años a más	Intervalo
	Sexo	Indicador de sexo	Femenino Masculino	Nominal
Autopercepción del dolor	Presencia de dolor	Dolor en la actualidad	Si No	Nominal

Región del cuerpo más dolorosa	Ubicación de dolor	Columna cervical Columna dorsal Columna lumbar Hombro Codo Muñeca Mano Cadera Rodilla Tobillo Pie	Nominal
Intensidad de dolor	Intensidad máxima en las últimas 24 horas	Escala numérica: 0 - 10	Ordinal
	Intensidad mínima en las últimas 24 horas	Escala numérica: 0 - 10	Ordinal
	Intensidad media en las últimas 24 horas	Escala numérica: 0 - 10	Ordinal
	Intensidad actual	Escala numérica: 0 - 10	Ordinal
Tratamiento para el dolor	Indicador de tratamiento para el dolor	Terapia física AINES	Nominal
Porcentaje de alivio con el tratamiento	Indicador de porcentaje de alivio	0% Ningún alivio 10% 20%	Ordinal

			30%	
			40%	
			50%	
			60%	
			70%	
			80%	
			90%	
			100% Alivio total	
		Actividad general	Escala numérica: 0 - 10	Ordinal
		Estado de ánimo	Escala numérica: 0 - 10	Ordinal
	Interferencia del dolor en las actividades del paciente	Capacidad de caminar	Escala numérica: 0 - 10	Ordinal
		Trabajo normal	Escala numérica: 0 - 10	Ordinal
		Relaciones con otras personas	Escala numérica: 0 - 10	Ordinal
		Sueño	Escala numérica: 0 - 10	Ordinal
		Capacidad de diversión	Escala numérica: 0 - 10	Ordinal
Calidad de vida	Función Física	Indicador de función física	Bajo: 0-33 Medio: 34-67 Alto: 68-100	Ordinal
	Rol físico	Indicador de rol físico	Bajo: 0-33 Medio: 34-67 Alto: 68-100	Ordinal

Dolor corporal	Indicador de dolor corporal	Bajo: 0-33 Medio: 34-67 Alto: 68-100	Ordinal
Salud general	Indicador de salud general	Bajo: 0-33 Medio: 34-67 Alto: 68-100	Ordinal
Vitalidad	Indicador de vitalidad	Bajo: 0-33 Medio: 34-67 Alto: 68-100	Ordinal
Función social	Indicador de función social	Bajo: 0-33 Medio: 34-67 Alto: 68-100	Ordinal
Rol emocional	Indicador de rol emocional	Bajo: 0-33 Medio: 34-67 Alto: 68-100	Ordinal
Salud mental	Indicador de salud mental	Bajo: 0-33 Medio: 34-67 Alto: 68-100	Ordinal
Ítem de transición de salud	Indicador de ítem de transición de salud	Bajo: 0-33 Medio: 34-67 Alto: 68-100	Ordinal

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1 Diseño de investigación

El diseño de la investigación es epidemiológico-analítico, ya que se evalúa la presencia de una asociación entre variables. De alcance Correlacional.

4.1.2 Tipo de investigación

Se realizará un estudio observacional y transversal, ya que no se alterará la práctica terapéutica y la medición será única. Prospectivo porque los datos se recopilarán inmediatamente después de que se desarrolle la ficha de recolección de datos, el Inventario Breve del dolor (BPI) y el Cuestionario de Salud SF-36, y analítico ya que de acuerdo a los datos obtenidos se realizará un análisis que nos permita identificar las conclusiones del problema.

4.1.3 Nivel de investigación

Relacional, ya que permite establecer si las variables se encuentran relacionadas.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en un centro privado de especialidades médicas ubicado en el cercado de la ciudad de Tacna, Perú. Cuenta con las especialidades de odontología, medicina general, obstetricia y Terapia física y rehabilitación.

El servicio de Terapia física y Rehabilitación cuenta con un horario de atención de 8am a 1:30pm en el turno de la mañana y, en el turno de la tarde de 3pm a 8:30pm, cuentan con diez camillas y tres profesionales encargados de la atención en cada

turno. De acuerdo a registros brindados por administración, el tránsito de pacientes varía entre 30 a 40 atenciones por día.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Población

La población que fue parte del estudio fueron todos los pacientes atendidos en el servicio de terapia física y rehabilitación de un centro privado de especialidades médicas en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023. Se consideró como población, la cantidad de 100 pacientes atendidos en el lapso de tiempo indicado.

4.3.2 Muestra

Aplicando la fórmula de población finita:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

La muestra estimada es de 91,51. ≈ 92

4.3.3 Criterios de inclusión

Se consideró en el estudio:

- Pacientes adultos mayores de 18 años que llenaron el cuestionario correctamente.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Paciente que se haya atendido en abril y mayo del 2023.

4.3.4 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que no completen el cuestionario.
- Pacientes que cursen con alteraciones psiquiátricas.

4.4 TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 TÉCNICA

La técnica aplicada fue la encuesta, la cual permite obtener y elaborar datos de manera eficaz. Se trata de una técnica que utiliza una serie de procedimientos de investigación a través de los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra, lo que permite explorar, describir, predecir y explicar una serie de características.

La información se obtiene de modo estandarizado mediante un cuestionario, en esta investigación se aplicó el cuestionario SF-36 para valorar la calidad de vida y el cuestionario Brief Pain Inventory para valorar la intensidad e interferencia del dolor.

4.4.2 INSTRUMENTOS

A. Instrumento de recolección de datos: Para la realización del presente estudio se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada por el investigador en las que se consideró la edad y el sexo de la población estudiada. (**Anexo 1**)

B. Instrumento para evaluar la calidad de vida: Corresponde al cuestionario de Salud SF-36, la cual consta de 36 ítems, distribuidos en 8 dimensiones, el cual es un instrumento validado a partir de un Alfa de Cronbach de 0.66 y 0.92, el cual corresponde a un rango de valoración excelente (55).

Las 36 preguntas que conforman este cuestionario cubren las siguientes escalas:

1. Función física
2. Rol físico
3. Dolor corporal
4. Salud general
5. Vitalidad

6. Función social
7. Rol emocional
8. Salud mental

El cuestionario SF-36 puede ser aplicado a dos periodos de tiempo, el “estándar” de 4 semanas y la “aguda” de 1 semana. Está dirigido a personas de 14 años o más, puede ser realizado por la persona, es decir, auto-administrado o a través de una entrevista personal, también puede ser aplicada por vía telefónica. (**Anexo 2**) (56).

Tabla 2:

Contenido del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Cuestionario de calidad de vida SF-36		
Dominios	N° de Ítems	Ítems
Función física	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Rol físico	4	13, 14, 15, 16
Dolor corporal	2	21, 22
Salud general	5	1, 33, 34, 35, 36
Vitalidad	4	23, 27, 29, 31
Función social	2	20, 32
Rol emocional	3	17, 18, 19
Salud mental	5	24, 25, 26, 28, 30
Ítem de transición	1	2

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son

codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Para realizar el análisis se categorizó la escala de valoración en tres segmentos, considerando un valor “Bajo” en el rango entre 0-33, “medio” entre 34-67 y “alto” entre 68-100.

❖ **Validación del instrumento SF-36**

Bernabé y Salazar en Perú en el año 2012, identificaron las características psicométricas del SF-36 evaluando a 4344 individuos que tenían entre 15 y 64 años de edad. Dicho cuestionario demostró una confiabilidad de 0.82 y un coeficiente de Cronbach que oscila entre 0.66 y 0.92 en todas sus dimensiones.

Tabla 3:

Ficha técnica del Cuestionario de Salud SF-36

CREACIÓN:	Estados Unidos por Ware y Sherbourne en 1992 para el Estudio de los resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS).
------------------	---

TRADUCCIÓN:	Esta prueba ha sido traducida y utilizada en varias lenguas y probada psicométricamente en diversos países (Gandek y Ware, 1998; Keller et al., 1998; Vilagut, 2005; Ware et al., 1998; Zuñiga et al., 1999)
--------------------	--

ÍTEMS:	Contiene 36 ítems que identifican tanto estados positivos como negativos de salud (Alonso et al., 1995).
---------------	--

EDAD DE ADMINISTRACIÓN: Este cuestionario está dirigido a personas mayores de 14 años de edad y preferentemente debe de ser autoadministrada, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica.

DIMENSIONES: Las 8 dimensiones que evalúa el SF-36 son el:

- 1) Funcionamiento Físico (FF), grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.
 - 2) Rol Físico (RF), grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias.
 - 3) Dolor Corporal (DC), intensidad del dolor y su efecto en las actividades cotidiana.
 - 4) Salud general (SG), valoración personal de la salud.
 - 5) Vitalidad (V), sentimiento de energía frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
-

-
- 6) Funcionamiento Social (FS), grado en que el estado de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
 - 7) Rol emocional (RE), grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.
 - 8) Salud mental (SM), mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control emocional y de la conducta (Alonso et al., 1998; Zuñiga, et al., 1999)

Además, el cuestionario nos permite obtener dos índices globales:

- EL COMPONENTE DE SALUD FISICA (CSF) que está compuesto por las dimensiones de FF; RF; DC y SG.
 - EL COMPONENTE DE SALUD MENTAL (CSM) constituido por las de V; FS; RE y SM (Mena et al., 2006; Vilangut et al., 2005; Ware et al., 1998).
-

DEFINICIONES**CONCEPTUALES:**

La definición conceptual que se tiene por cada dimensión es la siguiente (Instituto municipal de Investigación médica, 2000):

1. **Función física:** Grado en que la salud imita las actividades físicas correspondientes al autocuidado. En este sentido, también incorpora la capacidad del sujeto para caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y realizar esfuerzos moderados e intensos. El obtener un puntaje alto en esta, y en cada una de las dimensiones siguientes, significa que se obtiene un óptimo desempeño para cada función o rol correspondiente.
2. **Rol físico:** Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la percepción de dificultad en la realización de actividades.

-
3. Dolor corporal: Mide la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
 4. Salud general: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
 5. Vitalidad: Sentimientos de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
 6. Función social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
 7. Rol emocional: Grado en que los problemas emocionales, como ansiedad y depresión, interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
 8. Salud mental: mide la salud mental general, lo que
-

incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta, y el control emocional.

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

C. Instrumento para evaluar dolor: el Cuestionario Breve del dolor (con sus siglas en inglés BPI) es un instrumento conformado por preguntas que pueden ser autoadministradas y son de fácil comprensión, cuenta con dos dimensiones, la primera valora la magnitud del dolor (intensidad máxima, media y mínima, además de la intensidad actual del dolor); y la segunda evalúa cómo afecta la presencia del dolor en las actividades del individuo. Estas dos dimensiones están constituidas por variables que se valoran a través de una gama numérica, del 0 (ausencia del dolor) al 10 (peor dolor experimentado). En adición, este instrumento cuenta con variables adicionales, estas valoran el grado de alivio que manifiesta el individuo posterior al tratamiento, la ubicación del dolor y la percepción conceptual del mismo (57).

❖ **Validación del instrumento BPI**

De acuerdo a las propiedades psicométricas del Inventario Breve del dolor (BPI), el valor del coeficiente de Cronbach osciló entre 0,87 y 0,90 (58).

Tabla 4:

Ficha técnica del Inventario Breve del dolor

CREACIÓN	Fue desarrollado por Daut en 1983.
TRADUCCIÓN	La versión española fue validada por Badía y cols., 2003.
ÍTEMS	<p>Contiene 11 ítems.</p> <p>Ítems sobre la intensidad del dolor: intensidad máxima, mínima, media y actual del dolor.</p> <p>Ítems sobre la interferencia del dolor en las actividades, como: actividad en general, estado de ánimo, capacidad de caminar, trabajo normal (en casa o afuera), relaciones con otras personas, sueño y capacidad de diversión.</p> <p>Además, el cuestionario cuenta con ítems adicionales, evalúan el nivel de alivio que el tratamiento para el dolor proporciona al paciente, la localización del dolor y la descripción de las causas del dolor.</p>

ADMINISTRACIÓN

Es un cuestionario autoadministrado y de fácil comprensión.

DIMENSIONES

Contiene dos dimensiones: la “intensidad del dolor” (4 ítems) y la “interferencia del dolor en las actividades de la vida del paciente” (7 ítems). Cada uno de los ítems se puntúan mediante una escala numérica que va de 0 (ausencia de dolor/interferencia en la vida diaria) a 10 (peor dolor imaginable/afectación máxima en la vida diaria).

CAPÍTULO V
PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

Para la utilización de una ficha de recolección de datos se solicitó la aprobación del comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna. Luego de ello se solicitó la autorización respectiva con la gerencia del Centro privado de especialidades médicas y al servicio de Terapia Física y Rehabilitación, de esa forma se pudo acceder a los pacientes incluidos en el estudio.

5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Luego de recolectar los datos de cada paciente se procedió a realizar los datos estadísticos para identificar la relación que hay entre las líneas de investigación que se propuso en el trabajo. Estas pasaron a almacenarse y a agruparse en una base de datos usando el programa Microsoft Office Excel 2016 para seguir con su posterior análisis.

Para realizar el análisis de los datos se utilizó el software estadística SPSS, con el cual se obtuvo las estadísticas necesarias para el estudio.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Comité de ética

El protocolo de investigación se presentó al comité de ética de la FACSA, en donde se evaluó y aprobó, con ello se realizó la fase de ejecución del protocolo.

Selección equitativa de los sujetos

La información obtenida a través de los instrumentos aplicados que se recopilaron en el presente estudio fue de uso exclusivo para razones de investigación.

Consentimiento informado

Para la participación del presente estudio fue necesario haber aceptado y firmado el consentimiento informado.

Protección de los sujetos

En el presente estudio no se puso en riesgo la salud de las personas, en todo momento se mantuvo la confidencialidad de los datos y no se recolectó ningún tipo de identificación del sujeto.

RESULTADOS

Primer objetivo específico

Tabla 5:

Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
18 a 26 años	22	23,9%
27 a 59 años	50	54,3%
60 a más años	20	21,7%
Total	92	100,0%

Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	38	41,3%
Masculino	54	58,7%
Total	92	100,0%

Nota: Ficha de datos sociodemográficos

Interpretación:

La tabla 5 nos muestra que la edad entre los 27 a 59 años fue la más prevalente con el 54,3% y la de menor representación fue la de los mayores de 60 años con el 21,7%. En cuanto al sexo de los participantes fue más prevalente el masculino con el 58,7%.

Segundo objetivo específico

Tabla 6:

Frecuencia de la región del cuerpo más dolorosa de los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

	Frecuencia	Porcentaje
Cervical	5	5,4%
Dorsal	2	2,2%
Lumbar	11	12,0%
Hombro	10	10,9%
Codo	8	8,7%
Muñeca	5	5,4%
Mano	2	2,2%
Cadera	11	12,0%
Rodilla	20	21,7%
Tobillo	10	10,9%
Pie	8	8,7%
Total	92	100,0%

Nota: Cuestionario breve del dolor (BPI)

Interpretación:

En la tabla 6 podemos observar que, entre las personas evaluadas, el segmento que tuvo mayor presencia de dolor es la rodilla con el 21,7%, seguido por la columna lumbar y la cadera, ambas con el 12% y el hombro y tobillo, también ambos con el 10,9%. En el caso

de la columna dorsal y la mano fueron las que tuvieron menor presencia de dolor con el 2,2% cada una.

Tercer objetivo específico

Tabla 7:

Puntaje de dolor autopercebido en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

	N	Moda
Máximo	92	8,00
Mínimo	92	2,00
Medio	92	4,00
Actual	92	3,00

Nota: Cuestionario breve del dolor (BPI)

Interpretación:

La tabla 7 nos muestra que, en la valoración del puntaje de dolor autopercebido máximo tuvo una moda de 8,00 puntos, mientras que el mínimo fue 2,00; en el caso del dolor medio reportado fue 4,00 y finalmente el dolor actual fue 3,00.

Cuarto objetivo específico

Tabla 8:

Interferencia del dolor en las actividades en los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

	N	Moda
Actividad en general	92	3,00
Estado de ánimo	92	2,00
Capacidad de caminar	92	0,00
Trabajo normal (ya sea en casa o afuera)	92	3,00
Relaciones con otras personas	92	1,00
Sueño	92	1,00
Capacidad de diversión	92	1,00

Nota: Cuestionario Breve del Dolor (BPI)

Interpretación:

La tabla 8 nos muestra que, en la actividad general las personas encuestadas consideraron tener una limitación media de 3,00 sobre diez puntos posibles; en el estado de ánimo la puntuación fue de 2,00; respecto a la capacidad de caminar fue 0,00; en el desarrollo de trabajo normal el valor fue 3,00; en el caso de las relaciones con otras personas la limitación que se percibió fue 1,00; en el sueño fue 1,00; y finalmente en la capacidad de diversión el puntaje también fue 1,00.

Quinto objetivo específico

Tabla 9:

Prevalencia de los dominios de calidad de vida en los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

Salud General		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0%
Medio	92	100,0%
Alto	0	0%
Total	92	100,0%

Función Física		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	20	21,7%
Medio	20	21,7%
Alto	52	56,5%
Total	92	100,0%

Rol Físico		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	68	73,9%
Medio	12	13,0%
Alto	12	13,0%
Total	92	100,0%

Rol Emocional		
Bajo	29	31,5%
Medio	22	23,9%
Alto	41	44,6%
Total	92	100,0%

Función Social		
Bajo	0	0%
Medio	68	73,9%
Alto	24	26,1%
Total	92	100,0%

Dolor Corporal		
Bajo	31	33,7%
Medio	39	42,4%
Alto	22	23,9%
Total	92	100,0%

Vitalidad		
Bajo	0	0%
Medio	92	100,0%
Alto	0	0%
Total	92	100,0%

Salud Mental		
--------------	--	--

Bajo	0	0%
Medio	90	97,8%
Alto	2	2,2%
Total	92	100,0%

Nota: Cuestionario de Salud SF-36

Interpretación:

En la tabla 9 se puede observar que en el caso de la dimensión de salud general el 100% de la muestra evaluada demuestra tener un nivel medio; mientras que, en la función física la mayoría de la muestra evaluada demostró tener un nivel alto (56,5%). En el caso del rol físico la mayoría de la muestra evaluada demostró tener un nivel bajo (73,9%). También, en el rol emocional la mayoría de la muestra evaluada demostró tener un nivel alto (44,6%). En la tabla se puede observar que la mayoría de la muestra evaluada demostró tener un nivel medio (73,9%) de calidad de vida en función social. En el caso del dolor corporal, la tabla muestra que la mayoría tiene un nivel medio (42,4%). La vitalidad muestra que el 100% de las personas evaluadas tuvieron un nivel medio. Y finalmente, en la tabla se puede observar que la mayoría de la muestra evaluada demostró tener un nivel medio (97,8%) de calidad de vida en salud mental.

Objetivo General

Tabla 10:

Prueba de normalidad Calidad de vida

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida	0,202	92	0,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Nota: Elaboración propia

Interpretación:

La tabla 10, nos muestra que la calidad de vida a través del análisis de normalidad obtuvo un P-valor $< 0,05$; por lo tanto, podemos asumir que la distribución de los valores se realizó de manera no normal.

Tabla 11:

Prueba de normalidad Autopercepción del dolor

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Autopercepción del dolor	0,084	92	0,111

a. Corrección de significación de Lilliefors

Nota: Elaboración propia

Interpretación:

La tabla 11, nos muestra que la autopercepción del dolor a través del análisis de normalidad obtuvo un P-valor $> 0,05$; por lo tanto, podemos asumir que la distribución de los valores se realizó de manera normal.

Tabla 12:

Prueba de hipótesis

			Calidad de vida
Rho de Spearman	Autopercepción del dolor	Coefficiente de correlación	-,509**
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	92

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Elaboración propia

Interpretación:

La tabla 12 nos muestra el análisis de la asociación desarrollado con la prueba Rho de Spearman, la cual obtuvo un P-valor < 0,05; por lo tanto, es posible rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna que menciona, existe una asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

DISCUSIÓN

El dolor es una preocupación médica significativa, siendo una de las razones más comunes para las visitas a los médicos de atención primaria. Es innegable que es una parte natural de la experiencia humana, y afecta a la mayoría de las personas en diferentes momentos, impactando en diversos aspectos de sus vidas, ya sea de forma leve o significativa, como lo personal, lo social o lo profesional.

La percepción personal de la salud se comprende como una evaluación subjetiva que incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales y funcionales de la persona. Aunque sea una medida subjetiva, esta percepción es una indicación confiable del estado de salud general y constituye un elemento crucial en la calidad de vida de la persona afectada.

Así es como nació la curiosidad por realizar una investigación en la que se pueda determinar la autopercepción del dolor y su asociación con la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023, pero para ello primero debíamos caracterizar a la población de estudio donde el rango de edad se encontró en mayor prevalencia (54,3%) el rango 27 a 59 años y en menor representación fue la de los mayores de 60 años con el 21,7% y en cuanto al sexo de los participantes fue más prevalente el masculino con el 58,7%, resultado que difiere a lo hallado por Nawrat A. y col ya que su población de estudio fue representada principalmente por personas de mayor edad comprendidas entre los 65 y 85 años, al igual que para Brito V. y col ya que su población fueron niños cuya edad media fue de 8,97 años.

Para Haraldstad K. y col en su investigación halló que el género más afectado por “dolor” fue el femenino y en cuanto al rango etario, el 76 % del género femenino se encontraba en el grupo de edad de 16 a 18 años.

Al determinar la frecuencia de la región del cuerpo más dolorosa de los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023, se halló que el segmento que tuvo mayor presencia de dolor fue la rodilla con el 21,7%, seguido por la columna lumbar y la cadera, ambas con el 12% y el hombro y tobillo, también ambos con el 10,9%. En el caso de la columna dorsal y la mano fueron las que tuvieron menor presencia de dolor con el 2,2% cada una, lo que difiere con Vega G. y col ya que la zona corporal con mayor prevalencia de TME fue cuello y hombros

(68,6%). Para Brito V. y cols hallaron que con mayor frecuencia presentaban dolor en las extremidades, así como reportaron simultáneamente esta sintomatología en dos o más localizaciones.

Al determinar cuál es el puntaje de dolor autopercebido en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023, se halló que el dolor autopercebido máximo tuvo una moda de 8,00 puntos, mientras que el mínimo fue 2,00; en el caso del dolor medio reportado fue 4,00 y finalmente el dolor actual fue 3,00.

En muchas ocasiones la percepción general de salud de los pacientes se ve afectado por el dolor, así como lo menciona Nawrat A. y cols, incluso a veces no solo se asocia al bienestar general sino también al emocional, lo que producirá un aumento en la fatiga (Zis P. y cols titulado: “Chronic idiopathic axonal polyneuropathy: Prevalence of pain and impact on quality of life”).

Los estudios citados por ambos autores mencionados en el párrafo anterior resaltan cómo el dolor crónico no solo afecta la salud física de los pacientes, sino también su bienestar emocional. La presencia constante de dolor puede tener un efecto devastador en la calidad de vida, limitando la capacidad funcional y generando emociones negativas como la ansiedad, la depresión y la frustración. Esta carga emocional adicional puede intensificar la percepción de fatiga y agotamiento, lo que puede tener un impacto significativo en la capacidad del individuo para llevar a cabo actividades diarias y mantener una calidad de vida satisfactoria.

La conexión entre el dolor crónico y el bienestar emocional destaca la importancia de abordar de manera integral el manejo del dolor en los pacientes. No solo se trata de aliviar el dolor físico, sino también de proporcionar apoyo emocional y psicológico adecuado para ayudar a los pacientes a hacer frente a las repercusiones emocionales del dolor crónico. Esto puede incluir estrategias como la terapia cognitivo-conductual, la atención plena y el apoyo social, que pueden ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades de afrontamiento efectivas y mejorar su calidad de vida.

Además, el texto subraya la importancia de considerar la percepción del paciente sobre su salud en su conjunto. La forma en que los pacientes experimentan y perciben su salud no se limita únicamente a los aspectos físicos, sino que también está influenciada por

factores emocionales, sociales y psicológicos. Por lo tanto, es crucial que los profesionales de la salud adopten un enfoque holístico en la atención de los pacientes, teniendo en cuenta tanto los aspectos físicos como los emocionales de su bienestar.

Como se evidencia en la literatura el dolor puede interferir significativamente en una variedad de actividades diarias y funciones básicas, así como afectar la capacidad para moverse con libertad y realizar tareas físicas, como caminar, levantar objetos o incluso realizar actividades básicas de autocuidado, como bañarse o vestirse.

Además, el dolor puede dificultar la concentración y el enfoque, lo que puede perjudicar el rendimiento en el trabajo, la escuela o incluso las actividades recreativas.

En esta investigación del total de personas encuestadas consideraron tener una limitación de 3,00 sobre diez puntos posibles en la actividad en general; en el estado de ánimo la moda fue de 2,00 sobre diez puntos posibles; respecto a la capacidad de caminar la moda fue de 0,00; en el desarrollo de trabajo normal el valor de la moda fue superior al anterior con una moda de 3,00 sobre diez posibles; en el caso de las relaciones con otras personas la limitación que se percibió fue de 1,00 sobre los diez posibles; en el sueño la moda fue de 1,00; y finalmente en la capacidad de diversión la moda de limitación percibida fue de 1,00 sobre los diez puntos posibles.

Al igual que para Nawrat A. y col y Zis P. y col quienes concluyeron que el dolor demostró correlaciones negativas con la percepción general de salud de los participantes, esta presencia de dolor puede afectar en gran magnitud la realización de actividades (Brito V. y col).

Por otro lado, la evaluación de la calidad de vida también se encuentra relacionada a otras variables, Raya A. y col concluyeron que la apreciación en la calidad de vida también se relaciona con la depresión y la comorbilidad física.

Nosotros identificamos que en la función física de la mayoría de la muestra evaluada demostró tener un nivel alto (56,5%). En el caso del rol físico la mayoría de la muestra evaluada demostró tener un nivel bajo (73,9%). También, en el rol emocional la mayoría de la muestra evaluada demostró tener un nivel alto (44,6%). La mayoría de la muestra evaluada demostró tener un nivel medio (73,9%) de calidad de vida en función social. En el caso del dolor corporal, la mayoría tiene un nivel medio (42,4%).

La vitalidad muestra que el 100% de las personas evaluadas tuvieron un nivel medio. Y finalmente, se halló que la mayoría de la muestra evaluada demostró tener un nivel medio (97,8%) de calidad de vida en salud mental.

Como podemos ver nuestros resultados pueden mostrar que la presencia de dolor podría tener un impacto negativo en la percepción de calidad de vida, por ello planteamos el objetivo de determinar su asociación hallando que existe una asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023, resultado que coincide con a Haraldstad K. y col.

Por otro lado, este hallazgo es similar a la investigación realizada por Cox E. y col ya que también identificaron que el dolor crónico del cáncer se encuentra asociado negativamente con la calidad de vida y con la posibilidad de obtener un trabajo en los sobrevivientes de cáncer.

Para Ribí K. y col hallaron que aquellos pacientes denominados con bajo riesgo que no fueron tratados con BTA manifestaron niveles más bajos de dolor y mayor puntuación de calidad de vida.

Brito V. y col concluyeron en que el dolor en niños con PCS tiene un impacto negativo en su Calidad de Vida, perjudicando su vida diaria.

Sin duda, la Calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con la salud, coincidiendo con lo hallado por Asztély K. y col ya que la autopercepción del dolor y la calidad de vida podrían tener una serie de consecuencias significativas.

Por un lado, un mayor nivel de dolor autopercebido tiende a correlacionarse con una disminución en la calidad de vida como ya lo hemos visto con distintos resultados de un sinnúmero de investigaciones como los de Pérez C. y col, Scalone L. y col, Vega G. y col, Haraldstad K. y col, la presencia de dolor puede limitar la capacidad de llevar a cabo actividades diarias, interferir con el sueño y el bienestar emocional, y afectar las relaciones interpersonales, conduciéndonos a una sensación de frustración, estrés y disminución del disfrute de la vida.

Sin embargo, si existe una mejora en la autopercepción del dolor esto podría tener un impacto positivo en la calidad de vida, ya que, si las personas sienten menos dolor o tienen

mejores estrategias para manejarlo, es probable que experimenten una mayor capacidad para participar en actividades sociales, laborales y recreativas, lo que conllevaría a generar un aumento en el bienestar emocional, una mejora en las relaciones personales y una sensación general de satisfacción con la vida.

En resumen, la asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida es bidireccional, con el dolor afectando negativamente la calidad de vida y una mejora en la percepción del dolor contribuyendo positivamente a una mejor calidad de vida. Esto resalta la importancia de abordar adecuadamente el dolor para mejorar el bienestar general de las personas.

Realizar esta investigación fue considerada fundamental por varias razones: ya que nos permitirá comprender el impacto del dolor, ya que podremos comprender mejor cómo el dolor afecta a las personas en su vida diaria, incluyendo su salud física, emocional y social.

Así como plantear una mejora en el tratamiento y la gestión del dolor, con ayuda de los profesionales de la salud podremos desarrollar estrategias de tratamiento más efectivas y centradas en el paciente, lo que incluye opciones de tratamiento que aborden no solo el dolor físico, sino también el bienestar emocional y social de los pacientes.

Sin duda, los hallazgos de esta investigación nos proporcionan una información valiosa para informar políticas de salud pública relacionadas con el manejo del dolor y la mejora de la calidad de vida de la población en general.

En resumen, la investigación en autopercepción del dolor y calidad de vida fue esencial para evidenciar las consecuencias que pueden traer la relación de ambas variables de ser positiva y así incentivar a mejorar la atención médica, a fomentar el desarrollo de intervenciones efectivas y promover el bienestar general de las personas que experimentan dolor crónico o agudo.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La mayoría de los participantes son adultos de 27 a 59 años (54,3%) y predominan los hombres (58,7%), mientras que los mayores de 60 años son menos representativos (21,7%).

SEGUNDA

La rodilla es la zona con mayor incidencia de dolor entre los evaluados, afectando al 21,7%. Le siguen la columna lumbar y la cadera, con un 12% cada una, y el hombro y tobillo, ambos con un 10,9%. Las áreas con menor incidencia son la columna dorsal y la mano, con solo un 2,2% de presencia de dolor.

TERCERA

El análisis indica que el dolor autopercibido máximo tuvo una moda de 8,00 puntos, mientras que el mínimo fue 2,00; en el caso del dolor medio reportado fue 4,00 y finalmente el dolor actual fue 3,00.

CUARTA

Los resultados de la encuesta muestran que la actividad general y el desarrollo de trabajo normal son las áreas más afectadas por limitaciones, con puntajes de 3,00 cada una; mientras que la capacidad para caminar fue la menos afectada con una moda de 0,00.

QUINTA

La calidad de vida de la muestra analizada se caracteriza por niveles medios en la mayoría de las dimensiones, con excepciones notables de alta función física y bajo rol físico. La salud mental y la vitalidad se perciben consistentemente como medias, reflejando un estado de equilibrio general en el bienestar de los participantes.

SEXTA

Existe una asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.

RECOMENDACIONES

Primera

De acuerdo a los resultados obtenidos, se recomienda a los estudiantes del área de Terapia Física y Rehabilitación realizar una investigación con una muestra poblacional más amplia o con otros contextos sociodemográficos.

Segunda

Al haber obtenido un puntaje de 8,00 en el dolor máximo, 4,00 en el dolor medio y 2,00 de dolor mínimo autopercebido en el grupo estudiado, se recomienda realizar un registro de los niveles de dolor percibidos a lo largo del tratamiento para demostrar la evolución del paciente y la reacción percibida a los diversos abordajes terapéuticos.

Tercera

Se recomienda que para reducir la interferencia del dolor en la actividad general se replanteen las actividades diarias de manera que no produzca fatiga y para el trabajo normal incorporar pausas activas.

Cuarta

Al haber obtenido un nivel medio de calidad de vida en este grupo de estudio, se sugiere realizar una evaluación personalizada de cada paciente para poder determinar qué dominios de su calidad de vida necesitan intervención de un equipo multidisciplinario, ya sea atención psicológica o psiquiátrica, nutricional u holística.

Quinta

Los datos obtenidos establecen una asociación entre las variables aquí estudiadas, por lo que se sugiere a los terapeutas adquirir herramientas que les facilite identificar y posteriormente derivar a los pacientes que requieran recibir un tratamiento o intervención adicional que complemente la rehabilitación física.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. Hace 2020 [citado 1 de octubre de 2022]; 27(4): 232-233. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003&lng=es. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>.
2. Real Academia Española. Dolor [Internet]. *Rae.es*. [citado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/dolor>
3. Siler S, Borneman T, Ferrell B. Pain and Suffering. *Semin Oncol Nurs*. 2019 Jun;35(3):310-314. doi: 10.1016/j.soncn.2019.04.013.
4. Tudela LL. La calidad de vida relacionada con la salud [Health-related quality of life]. *Aten Primaria*. 2009 Jul;41(7):411-6. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2008.10.019.
5. Andersson V, Bergman S, Henoch I, Simonsson H, Ahlberg K. Benefits of using the Brief Pain Inventory in patients with cancer pain: an intervention study conducted in Swedish hospitals. *Support Care Cancer*. 2020 Aug;28(8):3721-3729. doi: 10.1007/s00520-019-05200-6.
6. López-Silva M. C., Sánchez de Enciso M., Rodríguez-Fernández M. C., Vázquez-Seijas E.. Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2007 Ene [citado 2022 Oct 5] ; 14(1): 9-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000100003&lng=es.
7. Azpiazu Garrido Mercedes, Cruz Jentoft Alfonso, Villagrasa Ferrer José Ramón, Abanades Herranz Juan Carlos, García Marín Natividad, Alvear Valero de Bernabé Fernando. Factores asociados a mal estado de salud percibido a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2002 Dic [citado 2022 Oct 27] ; 76(6): 683-699. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600005&lng=es.
8. Merkle SL, Sluka KA, Frey-Law LA. The interaction between pain and movement. *J Hand Ther*. 2020 Jan-Mar;33(1):60-66. doi: 10.1016/j.jht.2018.05.001.
9. Siler S, Borneman T, Ferrell B. Pain and Suffering. *Semin Oncol Nurs*. 2019 Jun;35(3):310-314. doi: 10.1016/j.soncn.2019.04.013.

10. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, Borge CR, Engebretsen E, Eisemann M, Halvorsrud L, Hanssen TA, Haugstvedt A, Haugland T, Johansen VA, Larsen MH, Løvereide L, Løyland B, Kvarme LG, Moons P, Norekvål TM, Ribu L, Rohde GE, Urstad KH, Helseth S; LIVSFORSK network. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res.* 2020 Oct;28(10):2641-2650. doi: 10.1007/s11136-019-02214-9.
11. Achterberg WP. How can the quality of life of older patients living with chronic pain be improved? *Pain Manag.* 2020 Sep;9(5):431-433. doi: 10.2217/pmt-2020-0023.
12. Fagerström, C., Elmståhl, S. & Wrangler, L.S. Analyzing the situation of older family caregivers with a focus on health-related quality of life and pain: a cross-sectional cohort study. *Health Qual Life Outcomes* 18, 79 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01321-3>
13. WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida?. *Foro mundial de la salud 1996* ; 17(4) : 385-387 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
14. Botero SER, Pico ME. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. *Hacia la Promoción de la Salud.* 31 de agosto de 2007;11-24.
15. Terminology [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [citado el 24 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
16. Abbasi-Ghahramanloo A, Soltani-Kermanshahi M, Mansori K, Khazaei-Pool M, Sohrabi M, Baradaran HR, Talebloo Z, Gholami A. Comparison of SF-36 and WHOQoL-BREF in Measuring Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. *Int J Gen Med.* 2020 Aug 11;13:497-506. doi: 10.2147/IJGM.S258953.
17. U Jumbo S, C MacDermid J, E Kalu M, L Packham T, S Athwal G, J Faber K. Measurement Properties of the Brief Pain Inventory-Short Form (BPI-SF) and the Revised Short McGill Pain Questionnaire-Version-2 (SF-MPQ-2) in Pain-related Musculoskeletal Conditions: A Systematic Review Protocol. *Arch Bone Jt Surg.* 2020 Mar;8(2):131-141. doi: 10.22038/abjs.2020.36779.1973.
18. Andersson V, Bergman S, Hensch I, Simonsson H, Ahlberg K. Benefits of using the Brief Pain Inventory in patients with cancer pain: an intervention study conducted in

- Swedish hospitals. *Support Care Cancer*. 2020 Aug;28(8):3721-3729. doi: 10.1007/s00520-019-05200-6. Epub 2019 Dec 10.
19. Zegarra JW. Bases fisiopatológicas del dolor. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2007 agosto; 24 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200007
 20. Rehabilitación [Internet]. OPS.org. [citado el 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/rehabilitacion>
 21. TIC. Preguntas más frecuentes. En: *Guía de Indicaciones Geográficas*. Naciones Unidas; 2010.
 22. Nawrat-Szołtysik A, Miodońska Z, Piejko L, Szołtys B, Błaszczyszyn M, Matyja B, Zarzeczny R, Zając-Gawlak I, Kucio E, Polak A. Assessment of Quality of Life and Pain Severity in Older Men with Osteoporosis: Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 27;18(21):11276. doi: 10.3390/ijerph182111276.
 23. Raya-Tena A, Fernández-San-Martín MI, Martín-Royo J, Casañas R, Psicodep G, Jiménez-Herrera MF. Calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género [Quality of life in people with depression and physical comorbidity from a gender perspective]. *Aten Primaria*. 2021 Feb;53(2):101946. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2020.07.007.
 24. Cox-Martin, E., Anderson-Mellies, A., Borges, V. et al. Chronic pain, health-related quality of life, and employment in working-age cancer survivors. *J Cancer Surviv* 14, 179–187 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00843-0>
 25. Ribi K, Thürlimann B, Schär C, Dietrich D, Cathomas R, Zürcher-Härdi U, von Briel T, Anchisi S, Bohanes P, Blum V, von Burg P, Mannhart M, Caspar CB, von Moos R, Mark M. Quality of life and pain in patients with metastatic bone disease from solid tumors treated with bone-targeted agents- a real-world cross-sectional study from Switzerland (SAKK 95/16). *BMC Cancer*. 2021 Feb 19;21(1):182. doi: 10.1186/s12885-021-07903-8.
 26. Brito da Cunha V, Freitas de Andrade Rodrigues C, Alves Rodrigues T, Silva Gomes de Oliveira EJ, Santos Garcia JB. Self-Report for Assessment of Pain and Quality of Life in Children with Sickle Cell Anemia in a Developing Country. *J Pain Res*. 2020 Nov 30;13:3171-3180. doi: 10.2147/JPR.S261605.

27. Haraldstad K, Christophersen KA, Helseth S. Health-related quality of life and pain in children and adolescents: a school survey. *BMC Pediatr.* 2019 Jul 24;17(1):174. doi: 10.1186/s12887-017-0927-4.
28. Asztély K, Kopp S, Gillberg C, Waern M, Bergman S. Chronic Pain And Health-Related Quality Of Life In Women With Autism And/Or ADHD: A Prospective Longitudinal Study. *J Pain Res.* 2019 Oct 18;12:2925-2932. doi: 10.2147/JPR.S212422.
29. Zis P, Sarrigiannis PG, Rao DG, Hewamadduma C, Hadjivassiliou M. Chronic idiopathic axonal polyneuropathy: Prevalence of pain and impact on quality of life. *Brain Behav.* 2019 Jan;9(1):e01171. doi: 10.1002/brb3.1171.
30. Pérez C, Margarit C, Sánchez-Magro I, de Antonio A, Villoria J. Chronic Pain Features Relate to Quality of Life More than Physiopathology: A Cross-Sectional Evaluation in Pain Clinics. *Pain Pract.* 2018 Sep;17(7):866-878. doi: 10.1111/papr.12533.
31. Scalone L, Zucco F, Lavano A, Costantini A, De Rose M, Poli P, Fortini G, Demartini L, De Simone E, Menardo V, Meglio M, Cozzolino P, Cortesi PA, Mantovani LG. Benefits in pain perception, ability function and health-related quality of life in patients with failed back surgery syndrome undergoing spinal cord stimulation in a clinical practice setting. *Health Qual Life Outcomes.* 2018 Apr 19;16(1):68. doi: 10.1186/s12955-018-0887-x.
32. Vega-Fernández G, Lera L, Leyton B, Cortés P, Lizana PA. Musculoskeletal Disorders Associated With Quality of Life and Body Composition in Urban and Rural Public School Teachers. *Front Public Health.* 2021 Jun 1;9:607318. doi: 10.3389/fpubh.2021.607318.
33. Whoqol Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Ment Health [Internet].* 1994;23(3):24–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>
34. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh.* 2005;37(4):336-42. doi: 10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x.
35. Rosenberg R. Health-related quality of life between naturalism and hermeneutics. *Soc Sci Med [Internet].* 1995;41(10):1411–5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953695001230>

36. Oluchi SE, Manaf RA, Ismail S, Kadir Shahar H, Mahmud A, Udeani TK. Health Related Quality of Life Measurements for Diabetes: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Sep 1;18(17):9245. doi: 10.3390/ijerph18179245.
37. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*. 2001 May 19;322(7296):1240-3. doi: 10.1136/bmj.322.7296.1240.
38. Curtis JR, Martin DP, Martin TR. Patient-assessed health outcomes in chronic lung disease: what are they, how do they help us, and where do we go from here? *Am J Respir Crit Care Med*. 1997 Oct;156(4 Pt 1):1032-9. doi: 10.1164/ajrccm.156.4.97-02011.
39. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol*. 1999 Apr;52(4):355-63. doi: 10.1016/s0895-4356(98)00179-6.
40. Berzon R, Hays RD, Shumaker SA. International use, application and performance of health-related quality of life instruments. *Qual Life Res*. 1993 Dec;2(6):367-8. doi: 10.1007/BF00422214.
41. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* [Internet]. 1990;16(3):199–208. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0168851090904219>
42. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.
43. Nixon A, Wild D, Muehlhausen W. Patient reported outcomes: An overview. Seed; 2015.
44. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain Suppl*. 1986;3:S1-226. PMID: 3461421.
45. Da dor e cuidados paliativos SG. Manual básico de dolor de la SGADOR para residentes [Internet]. 2017 nov. Disponible en: https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf
46. Pieretti S, Di Giannuario A, Di Giovannandrea R, Marzoli F, Piccaro G, Minosi P, Aloisi AM. Gender differences in pain and its relief. *Ann Ist Super Sanita*. 2016 Apr-Jun;52(2):184-9. doi: 10.4415/ANN_16_02_09.

47. Puebla F. Tipos de dolor y escalada terapéutica de la OMS Dolor iatrogénico. *Oncología* (Barcelona) [Internet]. 2005 marzo; 28(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
48. Marieb E, Hoehn K. *Anatomía y fisiología humana*. 4ª ed. San Francisco, CA: Benjamin-Cummings Publishing Company, Subs de Addison Wesley Longman; 1998.
49. Pérez I, Ayugo F. DOLOR NEUROPÁTICO [Internet]. Available from: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/ix_04_dolorneuropatico.pdf
50. López Timoneda F. Definición y clasificación del dolor. *Clin. urol. Complut.* [Internet]. 1 de enero de 1995 [citado 25 de noviembre de 2022];(4):49.
51. Fillingim RB, Loeser JD, Baron R, Edwards RR. Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. *J Pain*. 2016 Sep;17(9 Suppl):T10-20. doi: 10.1016/j.jpain.2015.08.010.
52. U Jumbo S, C MacDermid J, E Kalu M, L Packham T, S Athwal G, J Faber K. Measurement Properties of the Brief Pain Inventory-Short Form (BPI-SF) and the Revised Short McGill Pain Questionnaire-Version-2 (SF-MPQ-2) in Pain-related Musculoskeletal Conditions: A Systematic Review Protocol. *Arch Bone Jt Surg*. 2020 Mar;8(2):131-141. doi: 10.22038/abjs.2020.36779.1973.
53. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, Bhagwat D, Everton D, Burke LB, Cowan P, Farrar JT, Hertz S, Max MB, Rappaport BA, Melzack R. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain*. 2009 Jul;144(1-2):35-42. doi: 10.1016/j.pain.2009.02.007.
54. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singap*. 1994 Mar;23(2):129-38.
55. Laucis NC, Hays RD, Bhattacharyya T. Scoring the SF-36 in Orthopaedics: A Brief Guide. *J Bone Joint Surg Am*. 2015 Oct 7;97(19):1628-34. doi: 10.2106/JBJS.O.00030.
56. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.
57. Surbano M, Antunez M, Cutihno I. USO DEL BRIEF PAIN INVENTORY (BPI) PARA LA EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS EN EL

TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA. El Dolor [Internet]. 2015 24 de julio; 62: 10–4. Disponible en: <https://www.revistaeldolor.cl/numero-62/uso-del-brief-pain-inventory-bpi-para-la-evaluacion-de-las-tecnicas-intervencionistas-en-el-tratamiento-de-la-lumbalgia>

58. Mota Sousa LM, Marques-Vieira CMA, Pedro Severino SS, Pozo-Rosado JL, Guerrero José HM. Validación del Brief Pain Inventory en personas con enfermedad renal crónica. Aquichán [Internet]. 2017;17(1):42–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.5>

ANEXOS

Anexo 1

Ficha de recolección de datos

Edad		
Sexo	Femenino	
	Masculino	

Anexo 2

Cuestionario de salud SF-36

Marque una sola respuesta

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

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

- 3) **Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?**
- a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 4) **Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?**
- a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 5) **Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?**
- a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 6) **Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?**

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

13) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

14) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

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?

- a. Sí
- b. No

16) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

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 (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

18) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

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 (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

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?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- a. No, ninguno
- b. Sí, muy poco
- c. Sí, un poco
- d. Sí, moderado
- e. Si, mucho
- f. Sí, muchísimo

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

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

24) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

25) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

26) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

28) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

29) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

30) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

31) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces
- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

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

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

34) Estoy tan sano como cualquiera

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

35) Creo que mi salud va a empeorar

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

36) Mi salud es excelente

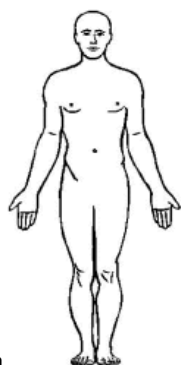
- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

Anexo 3

Brief Pain Inventory (BPI)

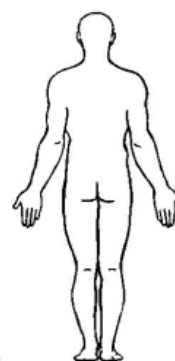
Cuestionario Breve para la evaluación del Dolor

1. Todos hemos tenido dolor alguna vez en nuestra vida (por ejemplo, dolor de cabeza, contusiones, dolores de dientes) ¿En la actualidad, ha sentido un dolor distinto a estos dolores comunes?
 - a. Si
 - b. No
2. Indique en el dibujo, con un lápiz, donde siente el dolor. Indique con una “X” la parte del cuerpo en la cual el dolor es más grave.



Derecha

Izquierda



Izquierda

Derecha

3. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **máxima** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor										El peor dolor imaginable

4. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **mínima** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor										El peor dolor imaginable

5. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad **media** de dolor sentido en las últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor										El peor dolor imaginable

6. Clasifique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de su dolor **actual**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor										El peor dolor imaginable

7. ¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor?

8. ¿En las últimas 24 horas, cuánto **alivio** ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Indique con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio.

0%	10	20	30	40	50%	60	70	80	90%	100%
Ningún alivio	%	%	%	%		%	%	%		Alivio total

9. Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido, durante las últimas 24 horas, con su:

a. Actividad en general

0 No interfiere	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Interfiere por completo
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

b. Estado de ánimo

0 No interfiere	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Interfiere por completo
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

c. Capacidad de caminar

0 No interfiere	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Interfiere por completo
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

d. Trabajo normal (ya sea en casa o afuera)

0 No interfiere	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Interfiere por completo
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

e. Relaciones con otras personas

0 No interfiere	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Interfiere por completo
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

f. Sueño

0 No interfiere	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Interfiere por completo
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

g. Capacidad de diversión

0 No interfiere	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Interfiere por completo
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

Anexo 4

Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Annel Carolina Tellez Mamani, de la Universidad Privada de Tacna. La meta de este estudio es determinar la ‘AUTOPERCEPCIÓN DEL DOLOR ASOCIADO A CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN LA CIUDAD DE TACNA EN ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2023’.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15-20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique. Si alguna de las preguntas de la encuesta le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya se agradece su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Annel Carolina Tellez Mamani. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es determinar la ‘AUTOPERCEPCIÓN DEL DOLOR ASOCIADO A CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN CENTRO DE REHABILITACION FISICA EN LA CIUDAD DE TACNA EN ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2023’.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 15-20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Annel Carolina Tellez Mamani al teléfono 945412414.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a Annel Carolina Tellez Mamani al teléfono anteriormente mencionado.

En caso usted desea contactarse con el comité de ética que aprobó este estudio puede hacerlo a través del siguiente correo electrónico cei_facsa@upt.pe

Nombre del participante

Firma del participante

_____/_____/_____
Fecha

Anexo 5

Matriz de consistencia

“AUTOPERCEPCIÓN DEL DOLOR ASOCIADO A CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN LA CIUDAD DE TACNA EN ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2023”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	Variables	Dimensiones
<u>Problema General</u>	<u>Objetivo General</u>	<u>Hipótesis General</u>		
¿Cuál es la asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023?	Determinar cuál es la asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.	<ul style="list-style-type: none"> • Hipótesis nula No existe una asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023. • Hipótesis alterna 	Calidad de vida	Función física Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Función social Rol emocional

		Existe una asociación entre la autopercepción del dolor y la calidad de vida en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.	Salud mental
			Ítem de transición de salud
<u>Problemas específicos</u>	<u>Objetivos específicos</u>		
<p>PE1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023?</p> <p>PE2. ¿Cuáles son las regiones del cuerpo más dolorosas características</p>	<p>OE1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.</p> <p>OE2. Determinar la región del cuerpo más dolorosa de los pacientes</p>	Autopercepción del dolor	<p>Región del cuerpo más dolorosa</p> <p>Intensidad del dolor</p> <p>Interferencia del dolor en las actividades del paciente</p>

<p>de pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023?</p> <p>PE3. ¿Cuál es el puntaje de dolor autopercebido en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023?</p> <p>PE4. ¿Cuál es la interferencia del dolor en las actividades en los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de</p>	<p>atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.</p> <p>OE3. Determinar cuál es el puntaje de dolor autopercebido en pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.</p> <p>OE4. Conocer cuál es la interferencia del dolor en las actividades en los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de</p>			
---	---	--	--	--

<p>Tacna en abril y mayo del año 2023?</p> <p>PE5. ¿Cuál es la prevalencia de los dominios de calidad de vida en los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023?</p>	<p>Tacna en abril y mayo del año 2023.</p> <p>OE5. Identificar la prevalencia de los dominios de calidad de vida en los pacientes atendidos en un centro de rehabilitación física en la ciudad de Tacna en abril y mayo del año 2023.</p>				
MÉTODO Y DISEÑO		POBLACIÓN Y MUESTRA		TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
<p>Tipo de investigación:</p>	<p>Estudio observacional y transversal. Analítico y prospectivo.</p>	<p>Población:</p>	<p>100 pacientes</p>	<p>Técnica:</p>	<p>Encuesta</p>

Diseño de investigación:	Epidemiológico analítico.	Muestra:	92 pacientes	Instrumentos:	Cuestionario de salud SF-36 Brief Pain Inventory (BPI)
Nivel de investigación:	Relacional			Tratamiento estadístico:	IBM SPSS