

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA E INNOVACIÓN**



**LA POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD (SF-36)  
DEL PERSONAL EN SITUACIÓN DE RETIRO DEL CENTRO DE  
SALUD MILITAR DE TACNA, 2018**

**TESIS**

**Presentado por:**

**Bach. Maycol Janns Quispe Valdez**

**Asesor:**

**Dr. Víctor Alfonso Arias Santana**

**Para Obtener el Grado Académico de:  
MAESTRO EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA E INNOVACIÓN**

**TACNA – PERÚ**

**2019**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante en mi formación profesional.

A mi madre Matilde Valdez el pilar más importante y demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

A mi hijo Jeanpierre, por entender que, en el proceso de elaboración de esta tesis, fue necesario realizar sacrificios, fuiste mi motivación más grande para concluir con éxito este objetivo.

A mis amigos, en especial a César Jiménez y Jesús por los buenos momentos compartidos, por estar siempre dispuestos a compartir mis inquietudes y alegrías durante esta etapa de mi vida.

Al Centro de SALUD MILITAR – TACNA de la 3era Brigada de Caballería, en especial al Coronel Miguel Begazo, jefe del policlínico y al Teniente Emilio Apaella por apoyarme incondicionalmente durante la realización de mi Serums y en la recolección de datos de los pacientes crónicos de dicho establecimiento.

Quiero agradecer de forma muy especial al doctor Víctor Arias, asesor de tesis, por su tiempo, buena voluntad y valiosa ayuda prestada durante el desarrollo de este trabajo.

Por último, agradezco a todas aquellas personas que en algún momento se cruzaron en mi camino y han permitido que cumpla este gran sueño.

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mi madre, Matilde y a mi hijo, con mucho amor y gratitud.

“Por ser la razón de mi existir y brindarme la fuerza para levantarme cada día y ser mejor persona, por sus sacrificios, paciencia y comprensión. Los amo”

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO .....	ii
DEDICATORIA.....	iii
RESUMEN .....	x
ABSTRACT .....	xi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.2.1 Interrogante principal.....	5
1.2.2 Interrogantes secundarias .....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	6
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.4.1 Objetivo General.....	7
1.4.2 Objetivos Específicos.....	7
CAPÍTULO II.....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	8
2.1.1 Antecedentes internacionales .....	8
2.1.2 Antecedentes nacionales .....	13
2.2 BASES TEÓRICAS .....	17
2.2.1 La Polifarmacia .....	17
2.2.2 Riesgos de la polifarmacia en el adulto mayor.....	18
2.2.3 El envejecimiento saludable .....	19
2.2.4 Efectos indeseables producidos por medicamentos.....	20
2.2.5 Calidad de vida .....	22
2.2.6 Calidad de vida en los adultos mayores .....	23
2.2.7 Cuestionario Whoqol-Bref .....	24
2.2.8 Cuestionario SF-36 Health Survey .....	26

2.3	DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.....	28
	CAPÍTULO III .....	30
	MARCO METODOLÓGICO .....	30
3.1	HIPÓTESIS.....	30
3.1.1	Hipótesis general .....	30
3.1.2	Hipótesis específicas.....	30
3.2	VARIABLES.....	31
3.2.1	Identificación de la variable independiente.....	31
3.2.2	Identificación de la variable dependiente.....	31
3.2.3	Operacionalización de variables.....	32
3.3	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.4	NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	33
3.5	ÁMBITO Y TIEMPO SOCIAL DE LA INVESTIGACIÓN .....	33
3.6	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	33
3.6.1	Unidad de estudio .....	33
3.6.2	Población.....	33
3.7	PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	34
3.7.1	Procedimiento.....	34
3.7.2	Técnicas .....	35
3.7.3	Instrumentos .....	35
	CAPÍTULO IV .....	38
	RESULTADOS .....	38
4.1	DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.....	38
4.2	DISEÑO DE LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	39
4.3	PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	40
4.3.1	Descripción de las características epidemiológicas.....	40
4.3.2	Análisis de la Calidad de Vida .....	45
4.3.3	Calidad de Vida versus Polifarmacia.....	51
4.4	PRUEBA ESTADÍSTICA .....	54
4.4.1	Contrastación de hipótesis específica N°1 .....	54
4.4.2	Contrastación de hipótesis específica N°2 .....	55

4.4.3	Contrastación de hipótesis específica N°3 .....	56
4.4.4	Contrastación de hipótesis específica N°4 .....	57
4.4.5	Contrastación de hipótesis general .....	59
4.5	DISCUSIÓN.....	61
CAPITULO V .....		63
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		63
5.1	CONCLUSIONES .....	63
5.2	RECOMENDACIONES .....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		67

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Diversas definiciones de calidad de vida.....	23
Tabla 2 Operacionalización de variables.....	32
Tabla 3 Dimensiones del cuestionario de salud SF-36 .....	35
Tabla 4 Estadísticas de fiabilidad “Función Física” .....	36
Tabla 5 Estadísticas de fiabilidad “Rol Físico” .....	36
Tabla 6 Estadísticas de fiabilidad “Dolor Corporal” .....	36
Tabla 7 Estadísticas de fiabilidad “Salud General” .....	36
Tabla 8 Estadísticas de fiabilidad “Vitalidad” .....	37
Tabla 9 Estadísticas de fiabilidad “Función Social” .....	37
Tabla 10 Estadísticas de fiabilidad “Rol Emocional” .....	37
Tabla 11 Estadísticas de fiabilidad “Salud Mental” .....	37
Tabla 12. Distribución de frecuencia según sexo y edad del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.....	40
Tabla 13. Distribución de frecuencias según número de medicamentos consumidos y diagnóstico de polifarmacia del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018 .....	41
Tabla 14. Distribución de frecuencias según número de patologías en los del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018 .....	42
Tabla 15. Distribución de frecuencia de sexo, grupo etario y número de patologías según la presencia de polifarmacia del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.....	43
Tabla 16. Medición de las dimensiones de la escala de calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018 .....	45
Tabla 17. Contraste de dependencia entre las dimensiones del sf-36 aplicado al personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018 .....	47
Tabla 18. Relación entre las dimensiones según los componentes resumen del test sf-36 en el personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.....	48

Tabla 19. Componentes resumen del test sf-36 en la medición de la calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.....	49
Tabla 20. Contraste de los promedios alcanzados en las dimensiones del sf-36 según el antecedente de polifarmacia del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.....	51
Tabla 21. Contraste de los promedios en los componentes físico y mental según el antecedente de polifarmacia del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018 .....	52
Tabla 22. Comparación de los promedios del componente físico y componente mental según número de patologías del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.....	53
Tabla 23. Correlación biserial puntual entre Polifarmacia y el componente Salud Física de la calidad de vida .....	57
Tabla 24. Correlación biserial puntual entre Polifarmacia y el componente Salud Mental de la calidad de vida.....	58
Tabla 25. Correlación biserial puntual entre Polifarmacia y la calidad de vida general.....	60

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dimensiones de la calidad de vida en el personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.....	46
Figura 2. Componentes Resumen del test SF36 en la calidad de vida .....	49
Figura 3. Comparación de los promedios del componente físico y componente mental según número de patologías.....	53
Figura 4. Distribución normal del componente físico de la calidad de vida.....	56
Figura 5. Distribución normal del componente mental de la calidad de vida.....	58
Figura 6. Distribución normal de la calidad de vida en general.....	59

## RESUMEN

La investigación tiene por finalidad, determinar la existencia de una asociación entre la Polifarmacia y la Calidad de Vida en Salud (SF-36) del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018. Los encuestados fueron 150 participantes, entre Oficiales y Sub Oficiales con enfermedades crónicas, se utilizó una ficha de recolección de datos y la técnica del análisis de contenido para la variable independiente “Polifarmacia” y para la variable dependiente “Calidad de Vida en Salud” se utilizó el cuestionario de Salud SF-36, conformado por 36 preguntas de escala Likert y de tipo dicotómica, y la técnica de la entrevista personal; la investigación es de tipo observacional, prospectiva, el diseño y el nivel es correlacional. De los 150 entrevistados el 22 % se encuentran en la categoría de “Sin Polifarmacia” y el 78 % en la categoría “Con Polifarmacia”; para el contraste de las hipótesis se utilizó la prueba estadística no paramétrica de correlación biserial puntual obteniendo los siguientes resultados: las dimensiones de la calidad de vida del personal en situación de retiro peor valorado en la población fue rol físico (media 12,8) ; que la polifarmacia está asociada a la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Física. La polifarmacia no está asociada al Componente Resumen Salud Mental. Finalmente se concluye que la Polifarmacia y la Calidad de Vida en Salud del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018, demuestra la existencia de una asociación, al obtener el Valor – p de 0,014 (menor a 0,05) en la prueba de correlación biserial puntual.

**Palabras claves:** *polifarmacia, calidad de vida, salud, jubilado*

## ABSTRACT

The purpose of the research is to determine the existence of an association between the Polypharmacy and the Quality of Life in Health (SF-36) of the personnel in retirement of the Military Health Center of Tacna, 2018. The respondents were 150 participants, Among Officials and Sub Officials with chronic diseases, a data collection form and the content analysis technique were used for the independent variable "Polifarmacia" and for the dependent variable "Quality of Life in Health" the questionnaire was used. Health SF-36, consisting of 36 questions of Likert scale and dichotomous type, and the technique of personal interview; the research is observational, prospective, the design and the level is correlational. Of the 150 interviewees, 22% are in the "Without Polypharmacy" category and 78% in the "With Polypharmacy" category; for the contrast of the hypotheses, the non-parametric statistical test of biserial point correlation was used, obtaining the following results: the dimensions of the quality of life of the personnel in retirement situation worse valued in the population was physical role (mean 12.8); that polypharmacy is associated with quality of life in terms of the Component Summary Physical Health. Polypharmacy is not associated with the Mental Health Summary Component. Finally, it is concluded that the Polypharmacy and the Quality of Life in Health of personnel in retirement of the Military Health Center of Tacna, 2018, demonstrates the existence of an association, when obtaining the p-value of 0.014 (less than 0, 05) in the punctual biserial correlation test.

**Keywords:** *polypharmacy, quality of life, health, retired*

## INTRODUCCIÓN

Las etapas por las cuales transita el ser humano van desde el nacimiento, juventud, adultez y vejez, cada una de estas fases marcadas por diferentes actividades físicas, actividades laborales, actividades intelectuales, actividades familiares entre otras, que demandan un desgaste del cuerpo humano y que en el largo plazo tienen un impacto en la salud de las personas; si le sumamos a esto, el actual ritmo de vida cada vez más intenso y estresante, se observa que la salud de las personas sufren alteraciones y derivan en enfermedades crónicas como: la diabetes, hipertensión arterial, osteoartritis, entre otras que conllevan al consumo permanente de medicamentos para mantener un estado de salud que permita desarrollar las actividades propias del ser humano sin limitaciones, sin embargo, el consumo excesivo de medicamentos “Polifarmacia” tienen un efecto tóxico en las personas a largo plazo.

Ante este escenario, se ejecutó la investigación referente a la Polifarmacia y la Calidad de Vida en Salud del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018, orientado a determinar la existencia de una asociación entre las variables de estudio, para cumplir con el objetivo propuesto, la investigación realizada, cuenta con la siguiente estructura:

El Capítulo I “El Problema”, que describe y fundamenta el detalle de la problemática estudiada, la interrogante principal y las interrogantes secundarias, la justificación de la investigación, los objetivos planteados.

El Capítulo II “Marco Teórico”, comprende los antecedentes internacionales y nacionales, las bases teóricas de la Polifarmacia y la Calidad de Vida en Salud, y la definición de conceptos utilizados en la investigación.

El Capítulo III “Marco Metodológico”, integrado por la hipótesis general y las hipótesis específicas, las variables, el tipo, diseño y nivel de la investigación, el ámbito y tiempo social de la investigación, la población y muestra, finalmente el procedimiento, las técnicas e instrumentos utilizados en la investigación.

El Capítulo IV “Resultados”, se detalla el trabajo de campo, y el modo de presentación de los resultados, los datos complementarios, la prueba de las hipótesis específicas, la hipótesis general y la discusión de resultados.

El Capítulo V “Conclusiones y Recomendaciones”, a las que se llegó luego de los resultados más importantes de la investigación como también se detallan las recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

Tacna, mayo del 2019

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La vejez de las personas de una comunidad no es exclusivo a una determinada población; las personas con más de 60 años superan tasas del 15 % al 20 % de la población general, como lo señalan Varela, Chávez, Galvez y Mendez (2005), en una investigación relacionada con la hospitalización del adulto mayor; esta situación ocurre también en el Perú, de acuerdo a las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015), los mayores de 60 años representan el 10 %, siendo los mayores de 80 años, el grupo con mayor tasa de crecimiento; en el artículo de García (2018), refiere que de acuerdo al censo del 2017, los peruanos mayores a 60 años, considerados adultos mayores, aumentaron en 4,9% desde 1993, con estas cifras, el envejecimiento es inevitable, lo que se constituye en un reto para el sector salud, la atención de este grupo poblacional. En un estudio realizado por Hernandez-Huayta, Chavez-Meneses y Yhuri (2016), referente a la salud y calidad de vida en adultos mayores de un área urbana y rural del Perú, destacan que la zona donde se reside influye marcadamente en la calidad de vida de las personas, independientemente de la edad, siendo el área rural la que obtuvo mejor calidad de vida en la mayoría de las dimensiones evaluadas.

El estado de salud de los mayores se basa en algunos componentes: la salud física, el bienestar emocional y la salud en general. Debe notarse que estos elementos son más significativos en los ancianos que en los adultos, en vista del hecho de qué enfermedades degenerativas, por ejemplo, diabetes, hipertensión, osteoartritis, degeneración macular y algunos de ellos. Oligoasintomático o subclínico, normal de maduración, implica un debilitamiento más notable de la condición de salud, que influye en la parte

física, pero además provoca una situación dependiente (Gálvez-Cano, Chávez-Jimeno, & Aliaga-Díaz, 2016).

El uso extensivo de medicamentos puede conducir a efectos indeseados como las reacciones adversas medicamentosas constituyéndose entre las causas de hospitalización siendo las cifras variables entre 1,8 % a 10 % , esta condición incrementa los costos de atención en los servicios de salud , asimismo según estudios fármaco epidemiológicos indican que si un paciente esta tomando entre cinco y siete medicamentos existe la probabilidad del 50 % de que ocurra una interacción importante y cuando el número asciende a siete la posibilidad se incrementa a un 100 % (Baccino, Banchemo, Fernandez, Garcia, & Perez, 2011).

El tratamiento farmacológico tiene por finalidad mejorar el estado de salud de las personas, lo cual, es un requisito importante, para la calidad de vida, en este caso del personal en situación de retiro, que por el trabajo ejecutado durante su estado activo, suele tener consecuencias en el estado físico, esto se complementa con las dimensiones que abarca la calidad de vida como: la salud física, la salud mental y la salud en general; básicamente contemplan más que todo el contexto emocional, que a pesar de tener un buen estado de salud, la calidad de vida no siempre refleja una situación similar.

La atención en salud pública en el Perú se brinda a través del Ministerio de Salud y EsSalud para los asegurados y en el caso del personal militar por intermedio de los centros de salud a cargo del Ejército del Perú a nivel nacional; en ese sentido, el Centro de Salud Militar de Tacna, brinda atención al personal en actividad, en situación de retiro y familiares brindando atención sin hospitalización, encargándose de los exámenes médicos del personal de reemplazos, los exámenes médicos de control anual y atención médica, adoleciendo de restricciones presupuestarias que no le permiten atender a los pacientes en su real dimensión como corresponde.

Como en toda institución o empresa, existen trabajadores jubilados y familiares, en el caso del Ejército del Perú, se le denomina personal en situación de retiro a quienes han cumplido los años de servicio, de acuerdo a

las normas que rige la carrera militar de los Oficiales y Sub Oficiales, con edades que oscilan de 20 años a más, pero que en su mayoría son adultos mayores y de acuerdo a la naturaleza de las personas, el cuerpo sufre un desgaste y deterioro de sus órganos internos por el transcurrir de la vida, siendo unos más vulnerables que otros, manifestándose molestias que alteran su vida cotidiana.

Con este estudio se pretendió determinar la existencia de una asociación entre la polifarmacia y la calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, con la finalidad de conocer con mayor detalle la eficacia de los tratamientos farmacológicos y la relación que tiene con la calidad de vida, propiciando medidas correctivas tendientes a ofrecer servicios de salud con mayores niveles de calidad y satisfacción de los pacientes.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 Interrogante principal**

¿En qué medida la polifarmacia se asocia con la calidad de vida en salud (SF-36) del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018?

### **1.2.2 Interrogantes secundarias**

- ¿Está la polifarmacia asociada al número de patologías que presenta el personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna?
- ¿Cuál es la tendencia de las dimensiones que determinan la calidad de vida en el personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018?

- ¿En qué medida la polifarmacia se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Física del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018?
- ¿En qué medida la polifarmacia se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Mental del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los autores, Hernández, Fernández & Baptista (2010, pág. 39), establecen los siguientes criterios para justificar una investigación:

**Conveniencia.** La preocupación permanente de todo establecimiento de salud es mejorar y preservar la salud de sus pacientes, para esto es importante conocer los resultados de los tratamientos médicos a base de medicamentos, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas.

**Relevancia social.** El Centro de Salud Militar de Tacna, es una organización que pertenece al Ejército del Perú, por lo tanto, se encarga de brindar servicios médicos a la familia militar en su conjunto; en este aspecto radica la importancia, al tratarse de un ente público al servicio del país.

**Implicaciones Prácticas.** La investigación se orientó a analizar una realidad que se enmarca en el contexto actual en las atenciones que se realizan en el Centro de Salud Militar de Tacna, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del personal en situación de retiro.

**Valor Teórico.** La investigación realizada sobre la polifarmacia y la calidad de vida permite contrastar las bases teóricas con la realidad nacional, aportando nuevos alcances referidos al tema, con la finalidad de incrementar el conocimiento sobre los temas planteados.

**Utilidad Metodológica.** Los resultados obtenidos en la investigación se constituyen en la base para la realización de otros estudios referentes a la polifarmacia y calidad de vida con mayor profundidad y en otros centros de salud del ejército a nivel nacional.

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar la existencia de una asociación entre la polifarmacia y la calidad de vida en salud (SF-36) del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar si la polifarmacia se asocia al número de patologías del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.
- Identificar la tendencia de las dimensiones que determinan la calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.
- Determinar la existencia de una asociación entre la polifarmacia y la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Física del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.
- Determinar la existencia de una asociación entre la polifarmacia y la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Mental del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1 Antecedentes internacionales

Prado & Villagrán (2015), en la investigación titulada “Polifarmacia y cumplimiento terapéutico en el adulto mayor. Estudio observacional” para optar el título de Médico Cirujano, realizada en la Universidad de las Américas de Quito-Ecuador; el objetivo de esta investigación fue decidir los atributos de la polifarmacia y el cumplimiento de las terapias; se llevó a cabo mediante la investigación observacional en una población de adultos mayores que acudieron al centro ambulatorio de prescripción interna de la Clínica Eugenio Espejo en la ciudad de Quito, para la cual se recopilaron datos en los registros de medicina utilizando, desde octubre de 2012 hasta marzo 2013. Se eligió para involucrar a todos los pacientes. Se encontró que los pacientes consumían la suma de 1080 medicamentos; de los cuales el uso normal fue de cinco, con al menos tres y un límite de ocho, la polifarmacia estaba disponible en el 44,44% de los ancianos. Los medicamentos probablemente inadecuados obtuvieron un 28,79%, según la lista de Beers y un 13,13% según la lista PRISCUS; Las enfermedades crónicas estuvieron presentes en el 64.14%, en contraste con la crónica 35.86%. Al final de la investigación, se descubrió que la polifarmacia es regular y la consistencia de recuperación se ve más en individuos casados o convivientes, no hubo relación entre la utilización de las listas de Beers y PRISCUS con la polifarmacia.

Martínez-Arroyo, Gómez-García, & Saucedo-Martínez (2014), presentaron el artículo titulado “Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares” en la Revista Gaceta Médica de México; al darse cuenta de que los adultos más experimentados exigen una consideración cada vez más reparadora debido a diversas comorbilidades cuando se presentan a la polifarmacia y debido a la expansión en la medicina de medicamentos posiblemente impropios, lo que aumenta el peligro de hospitalizaciones, la clínica de emergencia sigue siendo un impacto desfavorable y de mortalidad. Se estima que el predominio de la polifarmacia en ese país es del 55% y el de la medicación incorrecta de los medicamentos, el 30%. El objetivo era decidir la frecuencia de la polifarmacia y la receta médica de medicamentos posiblemente inapropiados en los ancianos hospitalizados por enfermedades cardiovasculares, dado que cada especialista suele recetar sin tomar en consideración lo que otros médicos recetaron para otras inconveniencias de salud. Los pacientes con más de 70 años de edad ingresados a Cardiología o Angiología. La condición de fragilidad, polifarmacia y solución de medicamentos se resolvió en función de los criterios de Lagers. Los resultados se investigaron mediante mediciones ilustrativas, y se analizaron todos y cada uno de los factores clínicos y epidemiológicos. Para la investigación inferencial, las tablas de posibilidad se utilizaron con el  $\chi^2$  de Pearson. Se evaluó un total de 446 pacientes, con un período medio de  $76,6 \pm 5,9$  años y una trascendencia de mujeres (56%). La frecuencia de la fragilidad fue del 35.7%; el de polifarmacia, del 84,5%, y el de solución errónea de medicamentos, del 48,9%. Se reporta una relación entre la medicina inadecuada de medicamentos y la polifarmacia, con  $p = 0.001$ . La frecuencia de polifarmacia y la inapropiada prescripción médica fueron más notables que lo revelado, lo que demuestra el hallazgo situacional de la clínica de emergencia, teniendo en cuenta que se trata de una población de alto riesgo cardiovascular.

Baccino, Banchemo, Fernández, García, & Pérez (2011), presentaron la investigación titulada “Polifarmacia en el adulto mayor” en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República en Montevideo, Uruguay; se realizó un estudio sobre polifarmacia en adultos mayores, basado en un diseño descriptivo cuantitativo de corte transversal, encuestando 38 adultos mayores, de ambos sexos, residentes de un complejo habitacional del Banco de Previsión Social (BPS) en Montevideo, Uruguay, en el periodo entre diciembre de 2010 y marzo de 2011. Por medio de esa investigación se caracterizó la polifarmacia en el grupo de adultos mayores en estudio con la finalidad de generar un precedente de conocimientos y aportar sugerencias que contribuyan a disminuir las repercusiones biopsicosociales en esta población. Para la recolección de datos se diseñó una encuesta semi-abierta, que permitió analizar la edad, sexo, nivel de instrucción, patologías prevalentes, medicación utilizada y dosis, medicación indicada que no consume, motivo, cobertura de salud, especialistas tratantes, costos y formas de prescripción de los fármacos. Del análisis cuantitativo de las variables, se halló que el 55% sufre de polifarmacia, donde es más frecuente en las mujeres quienes consumen en promedio 3,6 fármacos por persona, mientras que en los varones el promedio de consumo de fármacos es de 1,9. Las patologías que mostraron relación con la polifarmacia fue la hipertensión arterial; alteraciones cardíacas y artrosis. En cuanto a la prescripción de los medicamentos, 39% se automedicaban, seguido del 37% que consumían por prescripción de diversos médicos.

Olmedo (2010), presentó la investigación titulada “Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36), en los mayores de 65 años en un entorno de multicultural, en la ciudad de Ceuta” en la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta de la Universidad de Granada, el diseño de la investigación correspondió al observacional correlacional, recogiendo los datos directamente de los sujetos investigados sin manipular o controlar ninguna variable, los datos se recogieron sobre una muestra de población

general multicultural de Ceuta de personas mayores de 65 a 80 años de edad, se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas, el tamaño de la muestra ascendió a 365 personas, el instrumento de medición de la calidad de vida en salud fue el cuestionario de salud SF-36, además de un cuestionario específico para la población de Ceuta, , tras haber realizado un test de parametricidad (Kolmogórov-Smirnov), se utilizó el test de Wilcoxon, se aplicó el test de Kruskal-Wallis para el análisis de diferencias de k muestras no pareadas, el estudio de validación de los cuestionarios se realizó siguiendo criterios de fiabilidad mediante del test de consistencia interna de alfa de Cronbach y validez de construcción con la ejecución de un análisis factorial. Del análisis de percepción de calidad de vida como valor global del instrumento SF-36, expresada por los mayores ceutíes, es inferior al estándar nacional para ese grupo de edad, debido a las puntuaciones más bajas en el caso de los hombres, en especial de las comunidades musulmanas y judías, en tanto que las mujeres mantienen cifras similares a las de referencia, en el colectivo de mayores de Ceuta, las mujeres tienen una percepción de su Calidad de Vida, menor que la de los hombres, como consecuencia de la peor valoración que hacen de su funcionalidad física y de parámetros psicológicos recogidos en la dimensión Salud Mental, la distinta valoración que el grupo cristiano hace en parámetros de salud, sociales y psicológicos, que se manifiestan en las dimensiones: Salud General, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental y, asimismo, en el Componente Mental Estandarizado, indica que el escenario socio-económico y cultural de Ceuta es percibido de forma más propicia en esta comunidad, los hombres pertenecientes a las comunidades judías y musulmanas muestran una menor habilidad en las dimensiones social, emocional y mental, lo que se refleja en su calidad de vida. En el caso de las mujeres, además de diferencias en estas dimensiones surgen también en la percepción de salud y en su vitalidad, con una peor valoración en las musulmanas, como consecuencia de tener que mantener un peso importante en el rol doméstico y disponer de menos oportunidades para el desarrollo de

las actividades sociales, la percepción de la Calidad de Vida resulta influenciada por las características urbanísticas y demográficas del distrito en el que se vive, de forma que en distritos en proceso de transformación, con instalación de nuevos residentes de cultura distinta a la mayoría establecida o en áreas que se identifican con una cultura mayoritaria, si afloran las características distintivas entre ellas.

Freire de Oliveira (2007), presentó la investigación titulada “Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos Whoqol - Bref y SF-36” en la Facultad de ciencias de la actividad física y del deporte y Escuela de ciencias de la salud de la Universidad de Granada, el diseño de la investigación fue observacional, correlacional, la muestra estuvo conformada por los alumnos de los tres cursos, primer ciclo del aula, con sede en Granada capital, los cuales participan del “Programa Universitario para Alumnos Mayores”, donde son admitidos a partir de los 50 años de edad, se muestreó un total de 88 estudiantes, donde 59 fueron mujeres y 29 varones, a quienes se les aplicó el cuestionario sociodemográfico de elaboración propia, sin estructura psicométrica, dos cuestionarios genéricos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud: el cuestionario Whoqol-Bref y el cuestionario SF-36, el análisis de la fiabilidad mediante el coeficiente estadístico Alfa de Cronbach y el análisis inferencial utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados mostraron puntuaciones medias obtenidas en todas las dimensiones del cuestionario Whoqol-Bref, están comprendidas entre 61,24 la más baja y 66,05 la más alta, estando todas ellas por debajo de 70 puntos. La puntuación media global, de las cuestiones generales de satisfacción con la salud y percepción de la calidad de vida, puntúan por encima de 70, las puntuaciones medias obtenidas en todos los dominios del cuestionario SF-36, están comprendidas entre 71,5 la más baja y 91,5 la más alta, estando todas ellas por encima de 70 puntos, con la única excepción del dominio Salud General con 66,23 puntos, las puntuaciones de los dominios SF-36

implicadas en el Estado Funcional de los alumnos del Aula Permanente; son superiores en los hombres, pero no ofrecen limitaciones de rol físico para realizar el trabajo físico cotidiano ni para realizar ejercicio físico, tanto en las mujeres como en los hombres, las puntuaciones de los dominios SF-36 implicadas en el Bienestar Emocional de los alumnos del Aula Permanente, son mucho más bajas en los hombres que en las mujeres, presentando limitaciones de Rol emocional especialmente en los hombres que practican ejercicio, la correlación entre los cuestionarios WHOQOL-Bref y SF-36 fue significativa en 22 de los 32 cruzamientos, cuyos coeficientes de correlación de Pearson variaron entre 0,21-0,53, las puntuaciones SF-36 de nuestra muestra estandarizada según la población española de referencia de 65 a 74 años, evidencian una desviación negativa para el dominio dolor en todas las mujeres así como para Función social, Limitaciones de rol emocional y Salud mental, lo que traduce una peor Calidad de vida en relación a la salud en las mujeres, con independencia de que practiquen o no ejercicio físico y para estos dominios, implicados en el Estado Funcional y en el Bienestar Emocional. En los hombres que practican ejercicio físico, existe una desviación negativa de las puntuaciones Función social y Salud mental que también minimizan la CVRS tanto el Bienestar Emocional como en el Estado Funcional, respecto a la población de referencia.

### **2.1.2 Antecedentes nacionales**

Luis (2014), hizo un estudio acerca de la “Relación entre la polifarmacia y las reacciones adversas medicamentosas en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía de tórax, corazón y vascular periférica del Hospital Edgardo Rebagliati Martins-Essalud” en el 2013”, se hizo un seguimiento a fin de verificar las respuestas desfavorables a la medicación (RAM) en pacientes hospitalizados mediante un estudio observacional, transversal, descriptivo, planificado en 127 pacientes. El objetivo fue relacionar la polifarmacia y las respuestas a los medicamentos hostiles, para distinguir la

ADR (reacción adversa al medicamento) siglas en inglés, según lo indicado por el sexo y la edad, seguido por la identificación de las reuniones farmacológicas que crearon la ADR, al igual que los medicamentos más negociados. La disposición de respuestas hostiles, dependiendo de la gravedad y el marco del órgano influenciado. Los resultados más significativos demuestran que la edad y el sexo más influenciados fueron los pacientes de 56 a 74 años de edad, los hombres en una tasa más notable. Los grupos farmacológicas más delegadas son nitratos, estatinas, diuréticos circulares y AINES, y los medicamentos más sucesivos fueron isosorbida, atorvastatina, furosemida, metamizol, diclofenaco y paracetamol. Las respuestas moderadas incluyeron la tasa más notable, al igual que las respuestas probables según lo indicado por la evaluación de la causalidad. Los marcos y órganos más influenciados fueron el marco cardiovascular y el marco gastrointestinal, con desórdenes metabólicos.

Pillaca (2012), desarrolló la investigación “Educación farmacéutica en la calidad de vida relacionada a la salud (SF-36) de los pacientes diabéticos tipo II del hospital regional de Ayacucho-2011” para optar el grado académico de maestro en ciencias con mención en atención farmacéutica y farmacia clínica, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, el diseño de la investigación es cuasi-experimental con intervención, se desarrolló en el programa de diabéticos del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, la población la conformaron los pacientes diabéticos tipo II, de ambos sexos, mayores de 18 años, que reciben tratamiento farmacológico del programa de diabéticos del hospital regional de Ayacucho, la muestra fue de 20 pacientes, el muestreo no probabilístico por conveniencia, la técnica utilizada en la recolección de datos fue la encuesta siendo el instrumento utilizado el cuestionario, en el análisis estadístico de las variables cualitativas se utilizó el test de proporciones y para las cuantitativas el test de comparación de medias con un nivel de significancia

del para ambos del 5 %, además se utilizó las tablas de contingencia MxN y la prueba de ANOVA. Los resultados de la investigación indican que la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes diabéticos tipo II del hospital regional de Ayacucho, mejoró luego de la educación farmacéutica, los pacientes diabéticos tipo II, del hospital regional de Ayacucho; en su mayoría fueron del sexo masculino y la edad predominante fluctuó entre los 63 a 72 años, la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes diabéticos tipo II, antes de la educación farmacéutica fue de regular en la dimensión mental y de bueno en la dimensión física; después de la educación farmacéutica ambas dimensiones fueron muy buenas, los parámetros clínicos como son la glicemia, índice de masa corporal y hemoglobina glicosilada de los pacientes diabéticos tipo II, fueron controlados favorablemente para el paciente a excepción del índice de masa corporal el cual no sufrió una variación significativa.

Chávez (2007), desarrolló la investigación “Consumo de medicamentos en adultos mayores en los programas del Adulto Mayor y los centros del Adulto Mayor de Lima”. El objetivo general de esta investigación fue describir los atributos de la utilización de los medicamentos por parte de los ancianos que acuden a centros y programas de adulto mayor de Lima, es un estudio transversal que describe la información de 502 adultos con más de 60 años de edad, de los cuales; 378 fueron mujeres (75,30%) y 124 hombres (24,70%); las edades oscilan en el rango de 60 y 95 años, con un promedio de 69.55 años (desviación estándar de 6.87 años); El 40.84% tiene estudios básicos de secundaria y el 51.79% está con pareja. El 81.27% (n = 408) de los entrevistados gastan alguna receta y la utilización normal de medicamentos por parte de adultos mayores es 2.38. 66,91% (n = 273) practica la polifarmacia y el 53,11% de ellos dijo que no es prudente gastar varias recetas en medio de un período de tiempo similar; la utilización de 4 a más medicamentos es 18.63% (n = 76). Se resolvió que la polifarmacia se relaciona fundamentalmente con el género, la instrucción, el estado

conyugal y el predominio de la automedicación es del 53,19% (n = 213) de una suma de 408 sujetos que polifarmacia. De la investigación se deduce que, según lo indicado por el orden de preparación anatómica y útil (ATC), los medicamentos más utilizados son aquellos del Marco de la Digestión (grupo A) con 40.66%. (n = 396) y en este grupo los más utilizados son nutrientes (37.37%) y minerales (33.08%); seguido por medicamentos cardiovasculares (grupo C) con 21,68% (n = 255) y de este el más usado son captopril (27,45%) y enalapril (24,31%). El 44.87% de los medicamentos utilizados por la población considerada son de alta calidad natural (n = 437). Del total de medicamentos consumidos, el 35.73% son medicamentos básicos (n = 348); construyendo una conexión mediblemente notable entre la droga fundamental y el alta adicional. Entre las enfermedades más sucesivas se encuentran la hipertensión de los vasos sanguíneos (45,10%, n = 184), la osteoporosis (33,33%, n = 316) y las artropatías (18,38%, n = 75); Esto se relaciona con la utilización de medicamentos de seguimiento del marco cardiovascular, y la utilización de fármacos mitigantes y antiinflamatorios (M01) en estos pacientes.

Oscanoa (2005), desarrolló la investigación titulada “Prescripción potencialmente inadecuada de medicamentos en adultos mayores” a fin de describir el predominio y los indicadores del uso incorrecto de medicamentos en adultos mayores. Se trata de un trabajo observacional, retrospectivo y longitudinal. Con 402 pacientes mayores de 64 años del servicio de Geriatria de la Clínica Almenara ESSALUD en Lima, se evaluó el significado de la utilización de medicación posiblemente impropia mediante los criterios de Brews 2002. El examen consideró la medicación antes de ser hospitalizado. El predominio del uso inadecuado de la medicación y la posible conexión de infección de medicación antagonista fue de 29.4% y 13.4% por separado. La recurrencia de los medicamentos identificados fue: nifedipina (actividad corta) (11,4%), digoxina (> 0,125 mg / día) (4,7%), diazepam (2,9%), amiodarona (1,5%) y piroxicam (1,5%).

La mayoría de las comunicaciones de reacciones adversas por los medicamentos que más frecuentemente se experimentaban fueron: úlcera gástrica o duodenal (AINE) y/o aspirina (> 325 mg / día) (3.8%), bloqueo intestinal (Nifedipina) (3,9%) y respiratoria obstructiva interminable (EPOC) con benzodiacepinas (diazepam) o con bloqueadores beta (propranolol) (1,7%). Al contrastar las reuniones y sin utilizar incorrectamente los medicamentos, los componentes previos reconocidos fueron: número de enfermedades (4.72 + 1.18 versus 4.04 + 1.17 p <0.05) y la cantidad de medicamentos (4, 33 + 1.80 versus 2.93 + 2.09 p <0.001). Los factores de estructura física (4.12 + 0.81 Versus 3.69 + 0.87, p <0.05) y dolor (3.09 + 1.23 versus 2.68 + 1.13, p <0.001) de la puntuación de COOP / WONCA también fueron objetivamente enormes. El examen revela que alrededor de 3 de cada 10 pacientes toman una medicación que se considera insuficiente en la temporada de hospitalización. La polifarmacia, la polipatología y la proximidad de una agonía sin fin se relacionaron con una prescripción inadecuada.

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 La Polifarmacia**

El uso de tres o cinco fármacos en forma simultánea, la indicación de fármacos innecesarios y la necesidad de indicar un medicamento para suplir los efectos colaterales de otros, su presencia conduce a mayor riesgo de interacciones y Reacciones Adversas a los Medicamentos (Salvador-Carulla, Cabo-Soler, & Cano Sánchez, 2004).

“La utilización de múltiples preparados farmacológicos prescritos o no” (Espinoza & Santiago, 2005). Según la Organización Mundial de la Salud citado por Mejía & Muñoz (2017) es: “El uso de tres o más medicamentos simultáneamente, excluyendo vitaminas o complementos alimenticios”

### **2.2.2 Riesgos de la polifarmacia en el adulto mayor**

En el portal “Promoción de la Salud” el autor Sola (2014), refiere a que los ancianos en muchos casos padecen enfermedades crónicas y progresivas, los tratamientos contemplen dosis de medicamentos que sea extremadamente altas, o los adultos más ancianos se automediquen. Los ancianos, aunque exhiben un debilitamiento natural y, como regla general, los desajustes renales o hepáticos, están en riesgo de desarrollar una respuesta antagónica a raíz de la ingesta de fármacos, en contraste con otros individuos más jóvenes.

La polifarmacia es la utilización de diferentes medicamentos, independientemente de si se recomienda o no. Entre los impactos de medicación desfavorable más ampliamente reconocidos experimentados por los adultos mayores está la hipertensión arterial, es decir, el sentimiento de aturdimiento mareo, mientras cambia de posición postrada a una posición de pie, lo que puede provocar caídas o síncope (desvanecimiento).

Algunos síntomas opuestos de la polifarmacia suele ser obstrucción nasal, mareos, sequedad de boca, problemas urinarios, arritmias, y debilitamiento subjetivo, e incluso problemas visuales (glaucoma). Al ser una circunstancia común, la realidad de los impactos antagónicos duraderos debido a la admisión de medicamentos es, además, un propósito importante detrás de la consideración terapéutica, particularmente en los servicios de atención primaria. Entre los criterios que pueden establecer un medicamento deficiente, los medicamentos incorporan la forma en que la probabilidad de que se produzcan impactos antagónicos es más notable que la ventaja en la medida en que se refiere el tratamiento, o que la utilización de la medicina se da cada vez más prolongada.

### 2.2.3 El envejecimiento saludable

El informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2015), precisa que, desde el punto de vista biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el transcurrir del tiempo, estos daños provocan una disminución gradual de las reservas fisiológicas, incrementando la probabilidad de producirse diferentes enfermedades, esta situación, incide en la disminución de la capacidad del individuo en general, transcurriendo el tiempo y sobreviniendo la muerte. Los cambios no son uniformes y se asocian a la edad de una persona en años. Mientras algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental otras muestran una situación adversa, esto se debe a que los mecanismos del envejecimiento son aleatorios e influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona. La vejez, conlleva a cambios en los roles y las posiciones sociales, es así, que los adultos mayores se concentran en un conjunto menor de actividades, compensando la pérdida de algunas habilidades con el uso de nuevas tecnologías.

Con el paso de los años, se producen una serie de cambios fisiológicos, lo que aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. Después de los 60 años, sobrevienen la pérdida de audición, visión y movilidad; además de las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia. Cabe precisar que estas afecciones no reflejan el impacto en la vida del adulto mayor, en varios casos es posible controlar la hipertensión arterial con medicamentos, los que padecen de deficiencias visuales lo soluciona con lentes a medida. El envejecimiento se asocia con la multimorbilidad, los cambios fisiológicos pueden derivar en estados de salud en la vejez no clasificados en las enfermedades tradicionales, en algunos casos son trastornos crónicos y en

otros trastornos agudos, como el síndrome confusional por la medicación o una cirugía.

Al evaluar las necesidades de salud de una persona mayor, no solo es importante tener en consideración las enfermedades concretas que se puedan presentar, también la forma como interactúan con el entorno y repercuten. Estas evaluaciones de la salud en la vejez sirven para mejorar la supervivencia. También se ha demostrado que los sistemas de salud que priorizan las necesidades complejas de la vejez y las atienden de forma integrada son más eficaces que los servicios que reaccionan a las enfermedades específicas por separado.

#### **2.2.4 Efectos indeseables producidos por medicamentos**

La respuesta desfavorable provocada por un medicamento a "cualquier impacto dañino o perjudicial que ocurra después del consumo de las dosis típicamente utilizadas en el hombre para la profilaxis, o tratamiento del mal diagnosticado. Las expresiones "respuesta desfavorable, impacto no deseado reacción adversa, y la enfermedad iatrogénica" se considera igual y cumple con la definición mencionada (Laporte & Tognoni, 2007).

Resulta dificultoso realizar una clasificación acerca de los elementos de mecanismo farmacocinético o farmacodinámico; pero sin embargo los autores Laporte & Tognoni (2007), presentan la presente clasificación:

- a) **Sobredosis relativa.** En el momento en que un medicamento está regulado en las porciones típicas, sin embargo, por su enfoque es más alto de lo esperado (por razones farmacocinéticas), hablamos de sobredosis relativa.

- b) **Efectos colaterales.** Son propios a la actividad farmacológica de la medicación en sí, pero su presencia no es deseada en un momento particular de su aplicación.
- c) **Reacciones.** Se da no a la actividad farmacológica fundamental, más bien se da por una complicación o efecto secundario buscado, por tanto sería un impacto ideal.
- d) **Idiosincracia.** Se caracteriza por ser una reacción sensible peculiar por afectabilidad de un medicamento, despertado por la estructura solitaria de algún marco enzimático. En general, se considera una cuestión basada en la herencia y las reacciones se deben al polimorfismo hereditario.
- e) **Toxicidad** o hipersensibilidad alérgica, se da cuando existe una excesiva reacción desfavorablemente susceptible. Para su prescripción es importante una prueba previa y la intervención de algún instrumento resistente. En consecuencia, la idea de un contacto anterior es fundamental. Estas son respuestas de poder inequívocamente inconsecuentes a la porción regulada.
- f) **Resistencia o tolerancia.** Es la condición por la cual, en el caso de la administración de un medicamento incesante, en una parte similar, la fuerza de los impactos disminuye lógicamente. Además, se caracteriza como el fenómeno por la cual, el consumo constante de un medicamento, es importante expandir poco a poco la porción para mantener una fuerza de impacto similar.

### 2.2.5 Calidad de vida

Según la Organización Mundial de la Salud (2005), La calidad de vida es la observación que un individuo tiene de su condición en este momento, con respecto al modo de vida y el modo en el que vive y en relación con sus destinos, sus deseos, sus estándares, sus preocupaciones. Es una idea que se ve afectada por la solidez física del sujeto, su expresión mental, su dimensión de libertad, sus conexiones sociales, al igual que su relación con el entorno.

Palomba (2014), conceptualiza a la calidad de vida como: “el término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades”

**Tabla 1**

#### *Diversas definiciones de calidad de vida*

Referencia	Definición propuesta
Ferrans (1990)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL = NE \times (H+S)$ , en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar...medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Nota: Urzúa & Caqueo-Urizar (2012).

### **2.2.6 Calidad de vida de los adultos mayores**

En el portal del Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, el autor Strejilevich (s/f), alude a que el siglo XX fue descrito por un desarrollo acelerado de la población total y por la acrecentada expansión del envejecimiento en el siglo XXI; esta condición solicita reacciones rápidas de la sociedad. Se trata de una prueba complicada y llena de problemas; que se debe enfrentar a serios problemas de salud y financieros en los próximos años y los enfoques estatales deben configurarse de esa manera.

Según una proyección socioestadística de los Países Unificados, para 2025 se imagina que el 28.6% de la población será de 60 años y más, una circunstancia que impulsa la modernización de las estrategias sociales y de salud en caso de que podamos ofrecer una respuesta promedio para el problema. La población adulta mayor es constante, heterogénea, general e irreversible; se presenta la pérdida de adaptación de las personas. El proceso de envejecimiento es una condición que no puede confundirse con enfermedad; Se debiera diferenciar lo normal de las dolencias. La Vejez de los individuos es una prueba para la salud y el arreglo social de cualquier nación.

La Asociación Mundial de la Salud (OMS) ha comunicado que, en cualquier caso, entre el 60% y el 75% de la población europea eliminará el problema de una infección constante que requiere el uso de consideraciones paliativas. Hasta este punto, solo se consideraron consideraciones paliativas a causa de los pacientes con enfermedad terminal. Actualmente, es importante unir a los pacientes en constante degeneración que generalmente son adultos mayores. Esto sugiere que de inmediato debe haber arreglos y ejecución de programas abiertos de consideración paliativa.

Las enfermedades crónicas pesan intensamente en el plan nacional de gasto en salud; esta tasa alta establece el 70% del agregado en las naciones en este

momento. La edad propulsada tiene una alta comorbilidad y los adultos más establecidos están extremadamente sujetos al apoyo de la clínica médica, lo que provoca la desintegración de su calidad de vida.

El médico Varela (2016), señala que la vejez de la población es un fenómeno no selectivo para las naciones en constante desarrollo, donde los individuos de más de 60 años alcanzan tasas del 15 al 20% de la comunidad en general; lo mismo ocurre en nuestra nación. Según lo indicado por el instituto de estadística e informática (INEI), en 2015 la población de más de 60 años representó al 10%, siendo los más de 80 años la tasa de crecimiento más notable. Además, los indicadores de población muestran que para 2025, los adultos más establecidos se ubicarán en algún lugar en el rango de 12 y 13% de la población peruana. Este desarrollo se producirá en un entorno social específico que es poco favorable para los adultos mayores y un cambio epidemiológico representado por una expansión en el predominio de enfermedades no transmisibles que suelen ser de tipo crónico. Cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como un adulto mayor a cualquier individuo mayor de 60 años.

Como respuesta al envejecimiento poblacional, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó, en los años 1982 y 2002, a asambleas mundiales para tratar este problema. En dichas reuniones se estableció un compromiso mediante una declaración política y un plan de acción internacional que incorpora tres orientaciones: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable.

### **2.2.7 Cuestionario Whoqol-Bref**

Según Badía & Alonso (2007), La encuesta de Whoqol-Bref da un perfil de la calidad de vida que percibe el individuo. Fue diseñado para ser utilizado tanto en el público en general como en los pacientes. El WHOQOL-BREF

ofrece un método ágil para puntuar los perfiles de las regiones que investiga, en cualquier caso, no permite la evaluación de las características individuales. Se prescribe para utilizarlo en el estudio de la transmisión de enfermedades y en el centro cuando la calidad de vida es intrigante, sin embargo, no es el objetivo fundamental de la investigación o la mediación. Hay dos adaptaciones, WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF, ambas con aprobación y en español (que aún no están terminadas). El formulario recogido aquí, el WHOQOL-BREF (26 cosas) ofrece un perfil de 4 dimensiones: Salud Física, Salud Mental. Relaciones sociales, ambiente.

### **Salud Física**

Dolor y malestar

Dependencia de medicación y tratamiento

Energía y fatiga

Movilidad

Sueño y descanso

Actividad cotidiana

Capacidad de trabajo

### **Salud Psicológica**

Sentimiento positivo

Espiritualidad/religión creencias personales

Pensamiento/aprendizaje/memoria/concentración

Imagen corporal y apariencia

Autoestima

Sentimientos negativos

### **Relaciones sociales**

Relaciones personales

Actividad sexual

Soporte social

**Medio ambiente**

Seguridad física y protección

Entorno físico

Recursos económicos

Oportunidades para adquisición de información/habilidades

Hogar

Cuidados de salud y sociales: disponibilidad/calidad

Transporte

**2.2.8 Cuestionario SF-36 Health Survey**

El SF-36 fue desarrollado durante el Medical Outcomes Study (MOS) para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. El SF-36 está diseñado para ser autoadministrado, administrado por teléfono, o administrado durante una entrevista cara a cara con encuestados de 14 o más años.

Es una escala genérica que evalúa un perfil del estado de salud, utilizada tanto en población general como en pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. El cuestionario SF-36 es ampliamente utilizado en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a nivel mundial, en diferentes poblaciones y subgrupos específicos con diferentes enfermedades, detectando los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes, como también en la valoración del estado de salud de pacientes individuales (Iraurgi et al, 2004 & Vilagut et al, 2005) citado por Freire de Oliveira (2007).

La Salud Física, representada por las dimensiones: Función Física (10 ítems), Rol Físico (4 ítems), Dolor Corporal (2 ítems), Salud General (5 ítems).

La Salud Mental, incluye las dimensiones: Vitalidad (4 ítems), Función Social (2 ítems), Rol Emocional (3 ítems), Salud Mental (5 ítems).

La Evolución Declarada de la Salud, referida al cambio de la salud en el tiempo (1 ítem) que no forma parte de la puntuación final.

### 2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

- a) **Automedicación.** “Es el tratamiento de problemas comunes de salud con medicamentos especialmente diseñados y etiquetados para su uso, sin supervisión médica y aprobados como seguros y efectivos para dicho uso” (WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies, 2012).
  
- b) **Contraindicación.** “Situación clínica o régimen terapéutico en el cual la administración de un medicamento determinado debe ser evitada” (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, 2004).
  
- c) **Dosis.** “La cantidad total que se administra de una sola vez. Puede ser expresada como dosis absoluta (la cantidad de medicamento administrada a un paciente) o como dosis relativa. En este caso, la dosis se expresa en relación con alguna característica del sujeto, ejemplo, en función del peso corporal (mg/kg) o del área de superficie corporal (mg/m<sup>2</sup> sc)” (Glosario de Términos Farmacológicos, 2011).
  
- d) **Dosificación.** “Describe la dosis de un medicamento, los intervalos entre las administraciones y el tiempo del tratamiento” (Arias, 1999).
  
- e) **Efecto secundario.** “Efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino que constituye una consecuencia eventual de esta acción, ejemplo, la diarrea asociada con la alteración del equilibrio de la flora bacteriana normal que es producto de un tratamiento antibiótico. En sentido estricto, este término no debe emplearse como sinónimo de efecto colateral” (Glosario de Términos Farmacológicos, 2011).
  
- f) **Genérico.** “Medicamento que tiene la misma composición cualitativa y cuantitativa en sustancias activas y la misma forma farmacéutica que el

medicamento de referencia, y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad” (WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies, 2012).

- g) Iatrogenia.** “Un estado anormal o alterado debido a la actividad del médico u otro personal autorizado. En algunos países, el término tiene una connotación legal al referirse a una situación resultante de un tratamiento indebido o erróneo” (Arias, 1999).
- h) Medicamento.** “Cualquier sustancia o combinación de sustancias que posea propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en los seres humanos; cualquier sustancia o combinación de sustancias que puedan ser utilizados o administrados a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o establecer un diagnóstico médico” (WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies, 2012)
- i) Prescripción.** “Es una orden escrita (receta) normalmente elaborada por un médico a un farmacéutico para la provisión de un medicamento o tratamiento a sus pacientes. Una receta puede contener varios elementos. El número máximo de elementos en una receta se encuentra regulado en muchos países” (WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies, 2012).
- j) Reacción adversa al medicamento.** “Reacción nociva o no intencionada que ocurre a las dosis usuales empleadas en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de enfermedades o para modificar las funciones fisiológicas. Evento clínico adverso atribuido al uso de un medicamento” (Arias, 1999).

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 HIPÓTESIS

##### 3.1.1 Hipótesis general

H<sub>0</sub> La polifarmacia **NO** se asocia con la calidad de vida en salud (SF-36) del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

H<sub>a</sub> La polifarmacia se asocia con la calidad de vida en salud (SF-36) del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

##### 3.1.2 Hipótesis específicas

H<sub>0</sub> La polifarmacia **NO** asocia al número de patologías que presenta el personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

H<sub>1</sub> La Polifarmacia se asocia al número de patologías que presenta el personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

H<sub>0</sub> El Rol Físico y el Rol Emocional son las dimensiones más negativas de la calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

- H<sub>2</sub> El Rol Físico y el Rol Emocional no son las dimensiones más negativas de la calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.
- H<sub>0</sub> La polifarmacia **NO** se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Física del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.
- H<sub>3</sub> La polifarmacia se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Física del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.
- H<sub>0</sub> La polifarmacia **NO** se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Mental del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.
- H<sub>4</sub> La polifarmacia se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Mental del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

## **3.2 VARIABLES**

### **3.2.1 Identificación de la variable independiente**

Polifarmacia: La polifarmacia es el consumo de tres o cinco fármacos en forma simultánea, independientemente de si se recomienda o no.

### **3.2.2 Identificación de la variable dependiente**

Calidad de vida en salud: Condición o experiencia de vida que se percibe como bienestar derivado de la satisfacción

### 3.2.3 Operacionalización de variables

**Tabla 2. Operacionalización de variables de estudio**

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Categorías</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>Polifarmacia</b>	Número de fármacos que consume	< 1 a 2 fármacos 3 a más fármacos	ordinal
<b>Calidad de vida.</b> Freire de Oliveira (2007).	Función física	0 - 100	ordinal
	Rol físico		
	Dolor corporal		
	Salud general		
	Vitalidad		
	Función social		
	Rol emocional	0 - 100	ordinal
	Componente de la Salud Física	0 – 100 <i>(0=menor calidad de vida 100=mejor calidad de vida)</i>	ordinal

### 3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es observacional, al permitir que el investigador adquiera información por medio de la observación directa y registre los fenómenos, pero sin ejercer ninguna intervención; en el mismo sentido, es prospectivo, por registrarse la información en la medida que irá ocurriendo el fenómeno a observar, así lo señalan Müggenburg & Pérez (2007, pág. 36).

El diseño es correlacional, siendo su finalidad, conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular, así lo indican Hernández, Fernández, & Baptista (2010).

### **3.4 NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

El nivel de la investigación es correlacional, al estar enfocado en demostrar la existencia de una asociación entre la polifarmacia y la calidad de vida en salud.

### **3.5 ÁMBITO Y TIEMPO SOCIAL DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación se realizó en el ámbito de la institución militar, específicamente en el Centro de Salud Militar de Tacna, la obtención de la información fue a través del cuestionario de Salud (SF-36) durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018.

### **3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.6.1 Unidad de estudio**

Constituido por el personal en situación de retiro del Ejército del Perú en la ciudad de Tacna.

#### **3.6.2 Población**

Conformada por el 100 % de Oficiales y Sub Oficiales en situación de retiro del Ejército del Perú con enfermedades crónicas, en la ciudad de Tacna.

Debido a la disponibilidad y predisposición de los integrantes de la población de estudio, no hubo necesidad de muestreo lográndose trabajar con 150 participantes que representan al total de la población que cumplía con los criterios de inclusión y exclusión, entre Oficiales y Sub Oficiales con enfermedades crónicas.

##### **a) Criterios de inclusión**

- De ambos sexos indistintamente
- Personal oficial y sub oficial del ejército en retiro
- De 20 años a más.

- Haber sido atendido en el centro de salud Militar de Tacna en el año 2018.

**b) Criterios de exclusión**

- Pacientes postrados
- Información de historia clínica incompleta
- Pacientes que al momento del recojo de los datos ya no residían en la ciudad y/o hubo cambio de domicilio

### **3.7 PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **3.7.1 Procedimiento**

- a) Autorización**, se presentó un documento a la Dirección del Centro de Salud Militar de Tacna, solicitando el otorgamiento de facilidades para la ejecución de la investigación.
- b) Tiempo**, el levantamiento de información, se realizó en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018.
- c) Recursos**, se contó con el apoyo de un asesor en metodología de investigación y estadística, así también se dispuso de artículos de escritorio y servicios varios, cuyos gastos fueron asumidos por el investigador.
- d) Supervisión**, estuvo a cargo del Dr. Víctor Arias Santana, asignado por la Escuela de Post Grado de la Universidad Privada de Tacna.
- e) Procesamiento de la información**, se ejecutó con el programa estadístico SPSS V.23, consolidando los resultados en tablas y figuras y la comprobación de las hipótesis, se realizó con la prueba estadística no

paramétrica del chi cuadrado, que compara la distribución observada de los datos con una distribución esperada de los datos.

### 3.7.2 Técnicas

Para la variable independiente “Polifarmacia” se utilizó la técnica de análisis de contenido, lo que permitió reducir y sistematizar la información acumulada en las historias clínicas de los pacientes.

En lo que respecta a la variable dependiente “Calidad de Vida”, la técnica de recolección de datos fue la entrevista personal, estableciendo un diálogo con los encuestados, al momento de la formulación de las 36 preguntas que conforman el cuestionario de Calidad de Salud (SF-36).

### 3.7.3 Instrumentos

Para la variable independiente “Polifarmacia” se diseñó una ficha de recolección de datos (Anexo N°1), permitiendo la definición de las categorías de polifarmacia y sin polifarmacia de los pacientes.

Para la variable dependiente “Calidad de Vida en Salud” se utilizó el cuestionario de Salud SF-36 (Anexo N°2), conformado con preguntas de escala Likert y de tipo dicotómica.

**Tabla 3**

*Dimensiones del cuestionario de salud SF-36*

<b>Dimensión</b>	<b>Nº pregunta</b>
Función Física	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Rol Físico	13,14,15,16
Dolor Corporal	21,22
Salud General	1,33,34,35,36
Vitalidad	23,27,29,31
Función Social	20,32
Rol Emocional	17,18,19
Evolución Declarada de la Salud	2

*Nota:* Freire de Oliveira (2007).

La confiabilidad del cuestionario de salud SF-36, se realizó estimando el coeficiente Alfa de Cronbach por dimensiones, mostrando un alto nivel, como se detalla a continuación:

**Tabla 4**

***Estadísticas de fiabilidad “Función Física”***

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,937	10

*Nota:* SPSS V23.

La confiabilidad de la dimensión “Función Física” es alta, con el 0,937.

**Tabla 5**

***Estadísticas de fiabilidad “Rol Físico”***

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,927	4

*Nota:* SPSS V23.

La confiabilidad de la dimensión “Rol Físico” es alta, con el 0,927.

**Tabla 6**

***Estadísticas de fiabilidad “Dolor Corporal”***

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,886	2

*Nota:* SPSS V23.

La confiabilidad de la dimensión “Dolor Corporal” es alta, con el 0,886.

**Tabla 7**

***Estadísticas de fiabilidad “Salud General”***

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,786	5

*Nota:* SPSS V23.

La confiabilidad de la dimensión “Salud General” es alta, con el 0,786.

**Tabla 8*****Estadísticas de fiabilidad “Vitalidad”***

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,822	4

*Nota:* SPSS V23.

La confiabilidad de la dimensión “Vitalidad” es alta, con el 0,822.

**Tabla 9*****Estadísticas de fiabilidad “Función Social”***

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,747	2

*Nota:* SPSS V23.

La confiabilidad de la dimensión “Función Social” es alta, con el 0,747.

**Tabla 10*****Estadísticas de fiabilidad “Rol Emocional”***

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,749	3

*Nota:* SPSS V23.

La confiabilidad de la dimensión “Rol Emocional” es alta, con el 0,749.

**Tabla 11*****Estadísticas de fiabilidad “Salud Mental”***

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,897	5

*Nota:* SPSS V23.

La confiabilidad de la dimensión “Salud Mental” es alta, con el 0,897.

Las 8 dimensiones que conforman el cuestionario de salud SF-36, muestran valores altos al estimarse el coeficiente Alfa de Cronbach, por lo tanto, la información obtenida es confiable.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO**

- a) Inicialmente, se solicitó la autorización en la Dirección del Centro de Salud Militar de Tacna, para la realización de las entrevistas personales, al personal militar en situación de retiro.
- b) Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018, se procedieron a la ejecución de las entrevistas personales, en el punto de atención médica a los pacientes, en las campañas de salud organizadas por el Centro de Salud Militar de Tacna y en algunos casos en sus domicilios.
- c) De forma gradual se realizó el control de calidad de los cuestionarios aplicados, verificando que las 36 preguntas hayan sido respondidas.
- d) De acuerdo con las especificaciones de procesamiento del cuestionario de salud SF-36, se procedió a la recodificación de los valores de las alternativas respondidas en las dimensiones: Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social y Salud Mental. Seguidamente se ingresó los datos al software estadístico SPSS V.23, creándose la base de datos de la investigación.
- e) Se elaboraron las figuras y tablas, que muestran los resultados de la información obtenida en la investigación.

- f) Seguidamente, se realizó la interpretación de cada una de las figuras y tablas, que representan los resultados logrados.
- g) Finalmente, se efectuó la comprobación de las hipótesis, a través de la prueba no paramétrica del Correlación biserial puntual.

#### **4.2 DISEÑO DE LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En el caso de la variable independiente “Polifarmacia”, se tuvo en cuenta el siguiente criterio: los pacientes que consumen hasta 2 medicamentos al día son considerados en la categoría “Sin Polifarmacia” y a los pacientes que consumen de 3 a más medicamentos al día son considerados en la categoría “Polifarmacia”.

En el caso de la variable dependiente “Calidad de vida en salud” las puntuaciones del instrumento permiten una puntuación de 0 a 100 para cada una de las dimensiones de la calidad de vida, los mismos que además permiten determinar los componentes Salud Física y Salud Mental en términos de calidad de vida del paciente.

### 4.3 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 4.3.1 Descripción de las características epidemiológicas

**Tabla 12. Distribución de frecuencia según sexo y edad del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018**

		N	%
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	112	74.7%
	<b>Femenino</b>	38	25.3%
	<b>Total</b>	150	100.0%
<b>Grupo Etario</b>	<b>20 - 29 años</b>	4	2.7%
	<b>30 - 39 años</b>	4	2.7%
	<b>40 - 49 años</b>	12	8.0%
	<b>50 - 59 años</b>	38	25.3%
	<b>60 - 69 años</b>	46	30.7%
	<b>70 - 79 años</b>	34	22.7%
	<b>80 - 89 años</b>	11	7.3%
	<b>90 - 99 años</b>	1	0.7%
	<b>Total</b>	150	100.0%

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 12 podemos observar que el 74.7% eran de sexo masculino y el 25.3% de sexo femenino en el grupo de estudio.

Según grupo de edad el 30.7% se concentra entre los 60 a 69 años seguido de un 25.3% en el grupo de 50 a 59 años y un 22.7% entre 70 a 79 años. Podemos observar que existe un 2.7% de gente joven comprendida entre 20 a 29 años seguido también en una misma proporción aquellos con 30 a 39 años.

**Tabla 13. Distribución de frecuencias según número de medicamentos consumidos y diagnóstico de polifarmacia del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Número de medicamentos</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>6.0%</b>
	<b>2</b>	<b>24</b>	<b>16.0%</b>
	<b>3</b>	<b>24</b>	<b>16.0%</b>
	<b>4</b>	<b>27</b>	<b>18.0%</b>
	<b>5</b>	<b>22</b>	<b>14.7%</b>
	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>8.7%</b>
	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>10.0%</b>
	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>4.7%</b>
	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>2.0%</b>
	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>1.3%</b>
	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>1.3%</b>
	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>0.7%</b>
	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>0.7%</b>
<b>Total</b>		<b>150</b>	<b>100.0%</b>
<b>Polifarmacia</b>	<b>Con polifarmacia</b>	<b>117</b>	<b>78.0%</b>
	<b>Sin polifarmacia</b>	<b>33</b>	<b>22.0%</b>
	<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 13 podemos observar que según orden de frecuencia el 18% de los integrantes de la muestra tenía un consumo hasta 4 medicamentos seguido de un 16% entre 2 y 3. También se puede observar que un 14.7% refería 5 medicamentos llegando incluso a tener pacientes que tenían un consumo hasta de 20.

El número de medicamentos nos permite hacer el tamizaje de polifarmacia encontrándose que el 78% era considerado como un estado de polifarmacia y el 22% sin polifarmacia.

El grupo así distribuidos, según el número de medicamentos consumidos, podemos observar que, en el grupo de estudio, casi duplica la población con polifarmacia respecto a aquellos que tienen un consumo moderado de fármacos. Obviamente que esto dependerá de la patología que pueda estar presentando o de la prescripción o auto prescripción que pueda tener el paciente.

**Tabla 14. Distribución de frecuencias según número de patologías del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>N° de patologías</b>	<b>1</b>	<b>83</b>	<b>55.3%</b>
	<b>2</b>	<b>55</b>	<b>36.7%</b>
	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>8.0%</b>
	<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 14 se observa la distribución del número patologías concomitantes padecidas por el grupo de estudio. Podemos observar que el 55.3% tenía hasta una patología diagnosticada, pero un 36.7% manifestaba dos patologías y en tercer lugar un 8% hasta 3 patologías diagnosticadas concomitantemente.

**Tabla 15. Distribución de frecuencia de sexo, grupo etario y número de patologías según la presencia de polifarmacia del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018**

		Polifarmacia						p
		Con polifarmacia		Sin polifarmacia		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Masculino	90	76,9%	22	66,7%	112	74,7%	0.232
	Femenino	27	23,1%	11	33,3%	38	25,3%	
	Total	117	100,0%	33	100,0%	150	100,0%	
Grupo Etario	20 - 29 años	2	1,7%	2	6,1%	4	2,7%	0.189
	30 - 39 años	3	2,6%	1	3,0%	4	2,7%	
	40 - 49 años	8	6,8%	4	12,1%	12	8,0%	
	50 - 59 años	29	24,8%	9	27,3%	38	25,3%	
	60 - 69 años	35	29,9%	11	33,3%	46	30,7%	
	70 - 79 años	31	26,5%	3	9,1%	34	22,7%	
	80 - 89 años	9	7,7%	2	6,1%	11	7,3%	
	90 - 99 años	0	0,0%	1	3,0%	1	0,7%	
	Total	117	100,0%	33	100,0%	150	100,0%	
N° de patologías	Una patología	57	48,7%	26	78,8%	83	55,3%	0.007
	Dos patologías	46	41,0%	7	21,2%	55	36,7%	
	Tres patologías	12	10,3%	0	0,0%	12	8,0%	
	Total	117	100,0%	33	100,0%	150	100,0%	

Fuente: H. Cl. Centro de Salud Militar de Tacna, 2018

En la tabla 15 se distribuyó las variables de sexo, edad y número patologías respecto a los grupos con polifarmacia versus los que no tienen polifarmacia.

No se observa una diferencia significativa según sexo y edad, pero sí según el número de patologías ( $p:0.007$ ). Tal es así que, en aquellos pacientes sin polifarmacia el 78,8% tenía el antecedente de una patología y sólo el 21,2% hasta 2 patologías. No se evidenció en este grupo pacientes con 3 patologías concomitantes. En cambio, aquellos con polifarmacia, el 48,7% tenía el

antecedente de una patología seguido de un 41,0 % con 2 patologías y un 10,3 % hasta con tres patologías concomitantes. Esta diferencia proporcional entre ambos grupos según el antecedente de patologías fue altamente significativa en el grupo de estudio ( $p:0.007$ ). Tal es así que la variable que podría ser mejor explorada más adelante respecto a la influencia que pudiese tener en la calidad de vida sería la de antecedente de número de patologías concomitantes, principalmente.

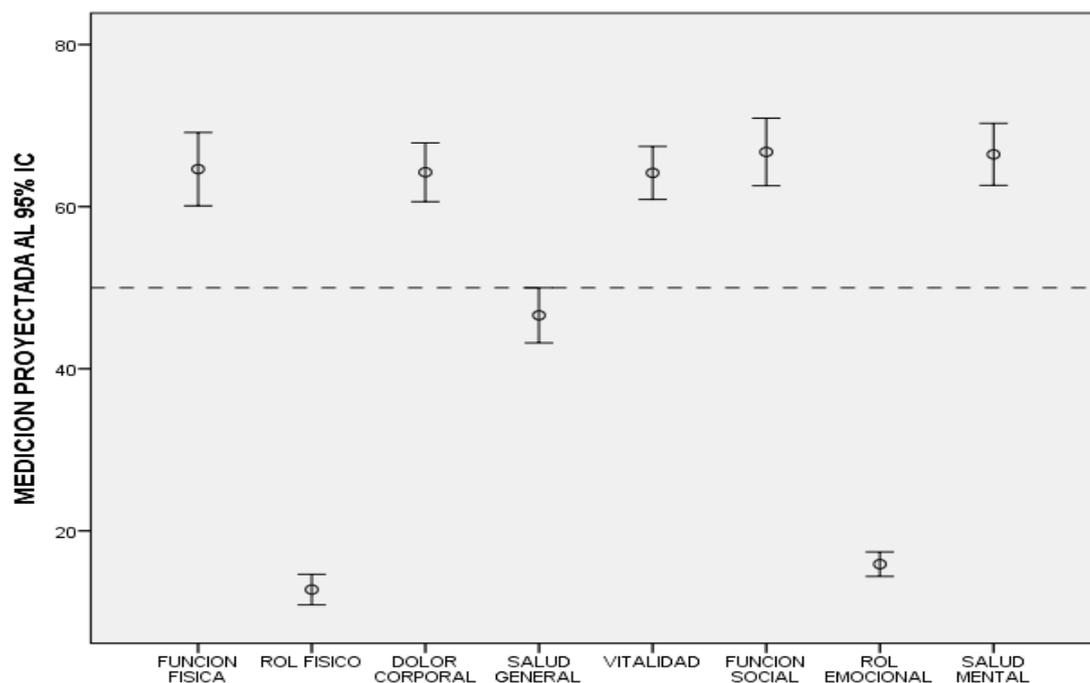
### 4.3.2 Análisis de la calidad de vida

**Tabla 16. Medición de las dimensiones de la escala de calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018**

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
<b>FUNCION FISICA</b>	<b>150</b>	<b>10.00</b>	<b>100.00</b>	<b>64.6333</b>	<b>28.05254</b>
<b>ROL FISICO</b>	<b>150</b>	<b>0.00</b>	<b>25.00</b>	<b>12.7500</b>	<b>11.69559</b>
<b>DOLOR CORPORAL</b>	<b>150</b>	<b>12.00</b>	<b>100.00</b>	<b>64.2467</b>	<b>22.46457</b>
<b>SALUD GENERAL</b>	<b>150</b>	<b>5.00</b>	<b>97.00</b>	<b>46.5933</b>	<b>21.04680</b>
<b>VITALIDAD</b>	<b>150</b>	<b>8.33</b>	<b>100.00</b>	<b>64.1667</b>	<b>20.28070</b>
<b>FUNCION SOCIAL</b>	<b>150</b>	<b>0.00</b>	<b>100.00</b>	<b>66.7500</b>	<b>25.81840</b>
<b>ROL EMOCIONAL</b>	<b>150</b>	<b>0.00</b>	<b>25.00</b>	<b>15.8889</b>	<b>9.32803</b>
<b>SALUD MENTAL</b>	<b>150</b>	<b>12.50</b>	<b>100.00</b>	<b>66.4500</b>	<b>23.68467</b>

Fuente: Cuestionario SF36

En la tabla 16 se puede observar los resultados de la medición de las 8 dimensiones de las que forma parte el test psicométrico sf-36. El test principalmente evalúa el promedio del puntaje alcanzado en una escala del 0 al 100 pudiéndose evidenciar que en la dimensión del rol físico el promedio fue de 12.75 seguido del rol emocional con 15.88 como las dimensiones con más bajo promedio respecto a las demás. Asimismo, la otra esfera o dimensión que podríamos considerar con un nivel promedio de puntaje por debajo de los 50 puntos, es la de salud general encontrándose con un promedio de 46.59. Estas tres dimensiones podrían considerarse como las más comprometidas en todo el grupo, independientemente de las características de polifarmacia que pudiesen estar presentes o de las variables sociodemográficas exploradas.



**Figura 1. Dimensiones de la calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018**

Medición comparativa proyectada al 95% de intervalo de confianza de las dimensiones del sf-36 del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018

En la figura 1 podemos observar lo calculado en la tabla anterior. Se realiza el promedio de las dispersiones de los puntajes alcanzados respecto a su media en cada una de las 8 dimensiones trabajadas. Si el estudio lo repitiéramos 100 veces en la población explorada o en 100 muestras similares de pacientes, vamos a encontrar esta misma distribución observada en la figura 1. Tal es así que existe una diferencia altamente significativa respecto a las esferas comprometidas, donde destaca el rol físico y el rol emocional como las más bajas en puntajes proyectados seguido de la dimensión de salud general. Las tres dimensiones se diferencian estadísticamente de las otras cinco, donde se puede observar que su nivel de puntaje es similar entre estas.

**Tabla 17. Contraste de dependencia entre las dimensiones del SF-36 aplicado al personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018**

		FUNCION FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
FUNCION FISICA	Correlación Pearson	1	,670	,575	,619	,549	,552	,268	,407
	valor p		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000
ROL FISICO	Correlación Pearson	,670	1	,466	,650	,543	,601	,463	,407
	valor p	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
DOLOR CORPORAL	Correlación Pearson	,575	,466	1	,427	,512	,400	,193	,214
	valor p	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.018	0.009
SALUD GENERAL	Correlación Pearson	,619	,650	,427	1	,669	,672	,418	,498
	valor p	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
VITALIDAD	Correlación Pearson	,549	,543	,512	,669	1	,618	,446	,585
	valor p	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000
FUNCION SOCIAL	Correlación Pearson	,552	,601	,400	,672	,618	1	,507	,572
	valor p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000
ROL EMOCIONAL	Correlación Pearson	,268	,463	,193	,418	,446	,507	1	,534
	valor p	0.001	0.000	0.018	0.000	0.000	0.000		0.000
SALUD MENTAL	Correlación Pearson	,407	,407	,214	,498	,585	,572	,534	1
	valor p	0.000	0.000	0.009	0.000	0.000	0.000	0.000	

Fuente: Cuestionario SF36

En la tabla 17 podemos observar que los valores de la relación entre las diferentes esferas o dimensiones es altamente significativo en todos los casos. Podemos concluir que las 8 esferas se encuentran interrelacionadas entre sí dependiendo unas de otras en diferente nivel de intensidad. Que el enfoque de análisis se debería considerar según lo representado en la figura 1 y tabla 16 en los cuales sí identificó las dimensiones más comprometidas. Estas podrían influir en todas las demás dimensiones que si las interviniéramos la condición presentada por el paciente podría mejorar. La priorización de las dimensiones es el enfoque integral que se debería asumir en el mecanismo de ayuda a los pacientes de este tipo.

**Tabla 18. Relación entre las dimensiones según los componentes resumen del test SF-36 del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018**

		COMPONENTE FISICO	COMPONENTE MENTAL
FUNCION FISICA	Correlación de Pearson	0.830	0.222
	valor p	0.000	0.006
ROL FISICO	Correlación de Pearson	0.680	0.348
	valor p	0.000	0.000
DOLOR CORPORAL	Correlación de Pearson	0.695	0.158
	valor p	0.000	0.054
SALUD GENERAL	Correlación de Pearson	0.607	0.478
	valor p	0.000	0.000
VITALIDAD	Correlación de Pearson	0.484	0.625
	valor p	0.000	0.000
FUNCION SOCIAL	Correlación de Pearson	0.454	0.636
	valor p	0.000	0.000
ROL EMOCIONAL	Correlación de Pearson	0.124	0.669
	valor p	0.130	0.000
SALUD MENTAL	Correlación de Pearson	0.117	0.896
	valor p	0.153	0.000

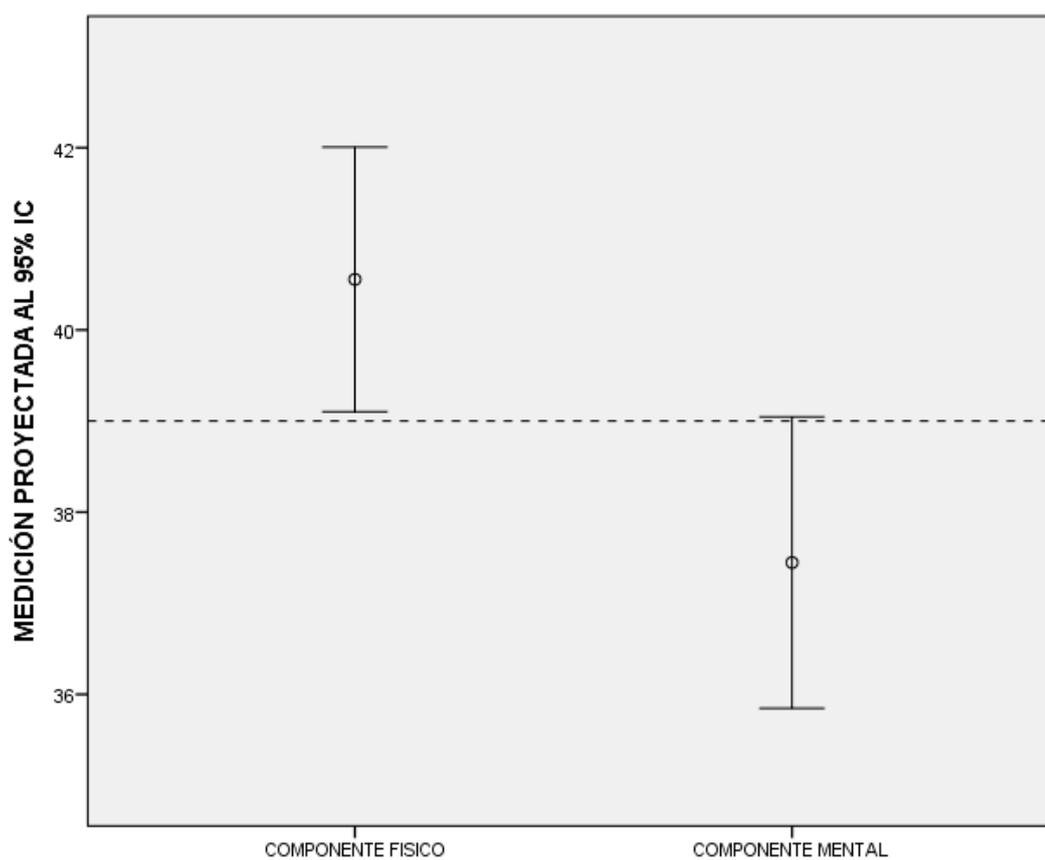
Fuente: Cuestionario SF36

En la tabla 18 podemos observar que las diferentes dimensiones estuvieron relacionadas directamente con los componentes resumen físico y mental a excepción del rol emocional (p:0.130) y Salud Mental (p:153) donde podemos concluir que su estado no depende o influenciaría en el componente físico general del paciente. Las dimensiones del rol emocional y de Salud Mental tendría un efecto independiente del componente físico.

**Tabla 19. Componentes resumen del test SF-36 en la medición de la calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
<b>COMPONENTE FISICO</b>	<b>150</b>	<b>21.95</b>	<b>60.51</b>	<b>40.5548</b>	<b>9.00484</b>
<b>COMPONENTE MENTAL</b>	<b>150</b>	<b>13.42</b>	<b>55.55</b>	<b>37.4469</b>	<b>9.91196</b>

Fuente: Cuestionario SF36



**Figura 2. Componentes Resumen del test SF36 en la calidad de vida**

En la tabla 19 y figura 2 podemos observar los componentes resumen de las ocho dimensiones presentadas en la medición de sf-36. Podemos observar que el promedio alcanzado en el componente físico fue de 40.55 y en el componente mental el promedio fue de 37.44. Observando la Gráfica 2 podemos ver que esta diferencia en los niveles alcanzados en los dos componentes resumen son estadísticamente diferentes. Si el estudio se repitiera 100 veces en nuestras similares podríamos encontrar observar la misma distribución de los puntajes alcanzados en los componentes resumen y mental. Los mejores puntajes proyectados se observan en el componente físico, pero ambos no superan el 50% de la escala.

### 4.3.3 Calidad de vida versus polifarmacia

**Tabla 20. Contraste de los promedios alcanzados en las dimensiones del SF-36 según el antecedente de polifarmacia del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018**

		Estadísticas de grupo				
	Polifarmacia	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	p
<b>FUNCION FISICA</b>	<b>Con polifarmacia</b>	117	62,31	28,55	2,64	0.06
	<b>Sin polifarmacia</b>	33	72,88	24,91	4,34	
<b>ROL FISICO</b>	<b>Con polifarmacia</b>	117	48,72	46,64	4,31	0.22
	<b>Sin polifarmacia</b>	33	59,09	47,11	8,20	
<b>DOLOR CORPORAL</b>	<b>Con polifarmacia</b>	117	63,62	22,64	2,09	0.47
	<b>Sin polifarmacia</b>	33	66,48	22,02	3,83	
<b>SALUD GENERAL</b>	<b>Con polifarmacia</b>	117	45,15	21,29	1,97	0.09
	<b>Sin polifarmacia</b>	33	51,70	19,60	3,41	
<b>VITALIDAD</b>	<b>Con polifarmacia</b>	117	61,07	17,89	1,65	<b>0.02</b>
	<b>Sin polifarmacia</b>	33	67,27	19,81	3,45	
<b>FUNCION SOCIAL</b>	<b>Con polifarmacia</b>	117	65,09	25,48	2,36	<b>0.05</b>
	<b>Sin polifarmacia</b>	33	73,73	26,01	4,53	
<b>ROL EMOCIONAL</b>	<b>Con polifarmacia</b>	117	60,91	37,04	3,42	0.09
	<b>Sin polifarmacia</b>	33	72,70	37,75	6,57	
<b>SALUD MENTAL</b>	<b>Con polifarmacia</b>	117	64,10	23,14	2,14	0.28
	<b>Sin polifarmacia</b>	33	68,85	25,67	4,47	

Fuente: Cuestionario SF36

En la tabla 20 se observa la comparación de los promedios alcanzados según el grupo de polifarmacia y aquellos que no tenían polifarmacia. No se encontró una diferencia significativa en las dimensiones de función física (p:0.06), rol físico (p:0.22) y salud general (p:0.09). Los promedios de calidad de vida en las dimensiones mencionadas fueron menores en el grupo con polifarmacia.

**Tabla 21. Contraste de los promedios en los componentes físico y mental según el antecedente de polifarmacia del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018**

**Estadísticas de grupo**

Polifarmacia		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
<b>COMPONENTE FISICO</b>	<b>Con polifarmacia</b>	117	39,82	8,95	0,83
	<b>Sin polifarmacia</b>	33	43,16	8,84	1,54
<b>COMPONENTE MENTAL</b>	<b>Con polifarmacia</b>	117	36,77	9,57	0,89
	<b>Sin polifarmacia</b>	33	39,86	10,84	1,89

Fuente: Cuestionario SF36

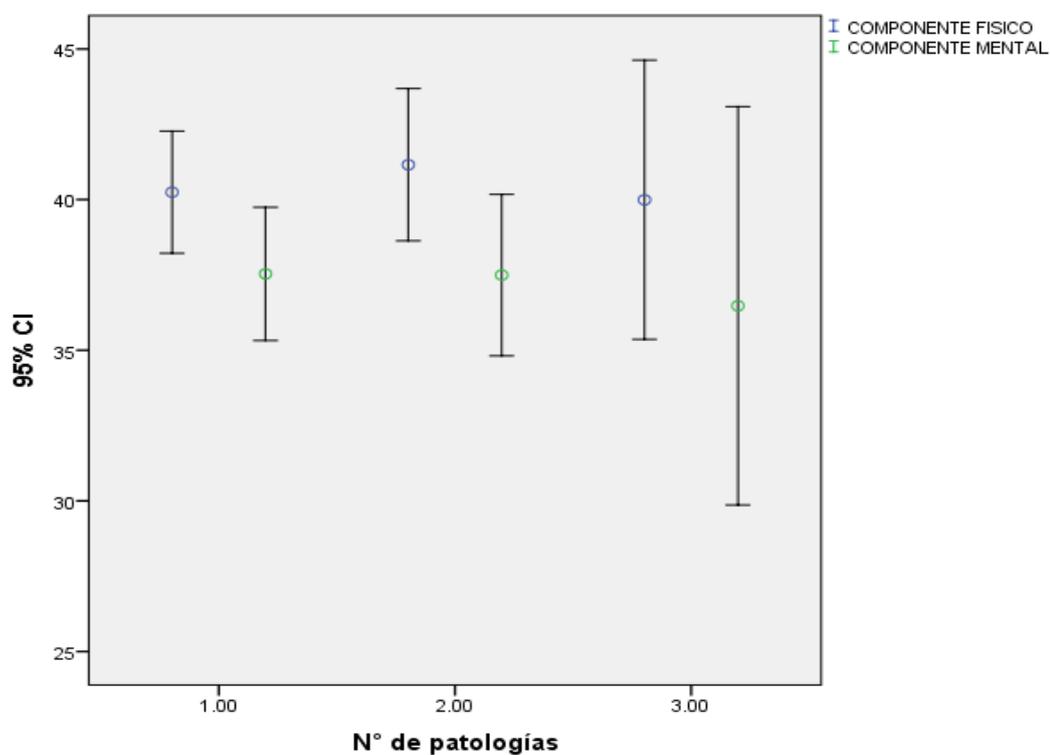
En la tabla 21 podemos observar que el promedio en el componente físico en aquellos con polifarmacia fue de 39.82 y en aquellos que no tenían este antecedente fue de 43,16.

En el componente resumen mental, el promedio alcanzado fue de 36.77 en el grupo con polifarmacia versus el 39.86 en el grupo sin polifarmacia.

Cabe destacar que en el componente resumen destaca el componente físico como uno de los factores que podrían estar involucrados o influenciados por el grupo con polifarmacia. Cuando se explora según las dimensiones, destaca obviamente el componente rol emocional y salud mental pero integralmente en el sf-36 revela que el componente físico es uno de los que en conjunto orienta el puntaje hacia niveles más bajos en el grupo con polifarmacia. Si analizamos cuál de los componentes tuvo más alto puntaje según el antecedente de polifarmacia, podemos observar que el componente físico alcanzó un promedio de 39.82 y el de salud mental el de 36.77. Esto confirma que los puntajes del componente mental son más bajos en el grupo con polifarmacia que en el mismo grupo en el componente físico.

**Tabla 22. Comparación de los promedios del componente físico y componente mental según número de patologías del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018**

	N° de patologías								p
	1		2		3		Total		
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
<b>COMPONENTE FISICO</b>	<b>40.25</b>	<b>9.27</b>	<b>41.16</b>	<b>9.17</b>	<b>39.99</b>	<b>7.29</b>	<b>40.55</b>	<b>9.05</b>	0.57
<b>COMPONENTE MENTAL</b>	<b>37.54</b>	<b>10.12</b>	<b>37.49</b>	<b>9.72</b>	<b>36.47</b>	<b>10.41</b>	<b>37.43</b>	<b>9.94</b>	0.98



**Figura 3. Comparación de los promedios del componente físico y componente mental según número de patologías**

En la tabla 22 y figura 3 podemos observar que no existe una diferencia significativa en los promedios alcanzados según el número de patologías tanto en el componente físico (p:0.57) como en el componente mental (p:0.98).

## 4.4 PRUEBA ESTADÍSTICA

### 4.4.1 Contrastación de hipótesis específica N°1

#### Paso 1: Planteamiento de hipótesis

H<sub>0</sub> La polifarmacia **NO** asocia al número de patologías que presenta el personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018

H<sub>1</sub> La Polifarmacia se asocia al número de patologías que presenta el personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

#### Paso 2: Decidir Prueba estadística

Se decide trabajar con la prueba estadística Chi cuadrado y un margen de error alfa de 0.05. Esta prueba se aplica para buscar asociación entre variables de tipo cualitativas

#### Paso 3: Regla de decisión

Cuando el valor  $p < 0.05$ , es significativo. Se decide trabajar con

#### Paso 4: Calcular

Características epidemiológicas		Polifarmacia						p:
		Con polifarmacia		Sin polifarmacia		Total		
		n	%	n	%	n	%	
N° de patologías	Una patología	57	45.1%	26	73.7%	83	56.1%	0.007
	Dos patologías	48	41.8%	7	26.3%	55	35.8%	
	Tres patologías	12	13.2%	0	0.0%	12	8.1%	
	Total	117	100.0%	33	100.0%	150	100.0%	

#### Paso 5: Decisión

Dado que el valor  $p < 0,05$ , se decide rechazar la hipótesis nula, y en consecuencia afirmar que la polifarmacia se asocia al número de patologías que evidencia el personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

#### 4.4.2 Contrastación de hipótesis específica N°2

##### Paso 1: Planteamiento de hipótesis

H<sub>0</sub> El Rol Físico y el Rol Emocional no son las dimensiones más negativas de la calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

H<sub>2</sub> El Rol Físico y el Rol Emocional son las dimensiones más negativas de la calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

##### Paso 2: Decidir estadístico

Se opta por un estadístico para hipótesis descriptiva como es el gráfico de barras de error a un intervalo de confianza al 95%.

##### Paso 3: Regla de decisión

Se decide por demostrar una hipótesis descriptiva, dada la mayor y menor frecuencia determinan la tendencia

##### Paso 4: Calcular

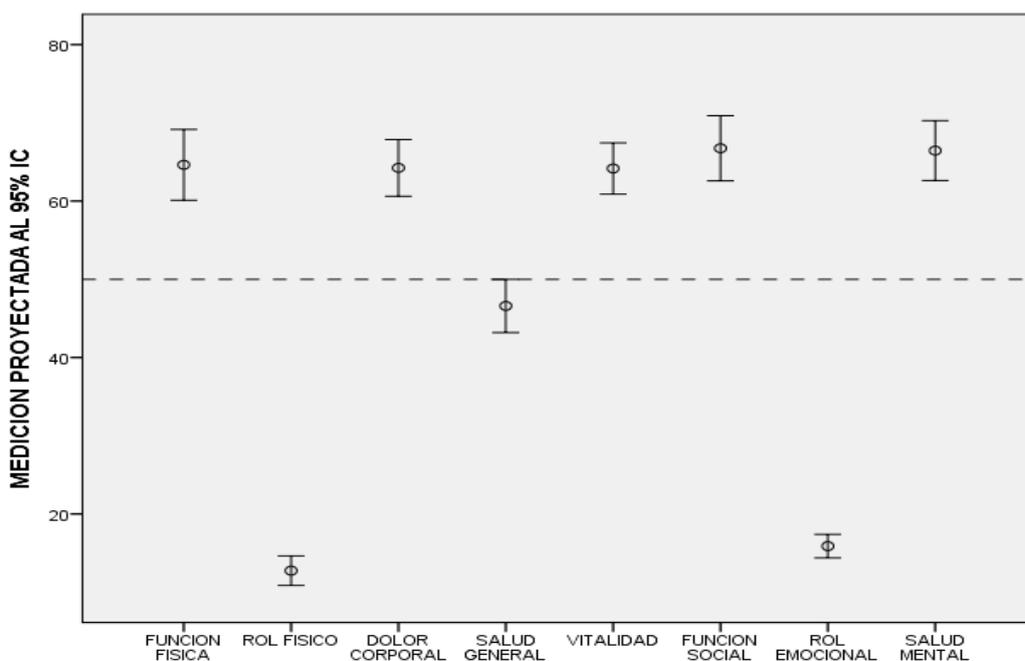


Figura 1

### **Paso 5: Decisión**

Se decide rechazar la hipótesis Nula. Dado que a un intervalo de confianza al 95% podemos afirmar que las dimensiones de la calidad de vida peor percibidas, en el personal en retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018, son el rol físico y el rol emocional.

#### **4.4.3 Contrastación de hipótesis específica N°3**

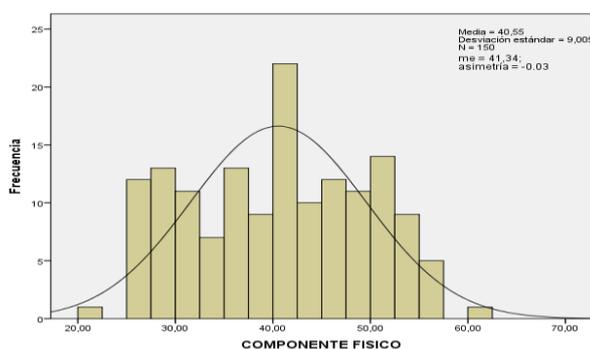
##### **Paso 1: Planteamiento de hipótesis**

H<sub>0</sub> La polifarmacia **NO** se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Física del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

H<sub>3</sub> La polifarmacia se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Física del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

##### **Paso 2: Decidir Prueba estadística**

Se opta por usar la prueba estadística de Correlación Biserial Puntual; cuya característica es medir la asociación de una variable binaria y la otra variable cuantitativa continua y donde la variable cuantitativa debe tener una distribución normal. Como se observa en la figura 4



**Figura 4. Distribución normal del componente físico de la calidad de vida**

##### **Paso 3: Regla de decisión**

Cuando el valor p es menor a 0,05, entonces; se concluye que la variable nominal se encuentra asociadas a la variable cuantitativa.

**Paso 4: Calcular****Tabla 23. Correlación biserial puntual entre Polifarmacia y el componente Salud Física de la calidad de vida**

		Correlaciones	
		POLIFARMACIA	COMPONENTE SALUD FÍSICA
POLIFARMACIA	Correlación de Pearson	1	0,154
	Sig. (bilateral)		0,060
	N	150	150
COMPONENTE SALUD FÍSICA	Correlación de Pearson	0,154	1
	Sig. (bilateral)	0,060	
	N	150	150

La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**Paso 5: Decisión**

El valor p obtenido es 0,060 lo cual es  $>$  a 0,05 entonces se decide No rechazar la hipótesis nula y concluir que la polifarmacia no se encuentra asociado al componente salud física del personal en retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, en el año 2018.

**4.4.4 Contrastación de hipótesis específica N°4****Paso 1: Planteamiento de hipótesis**

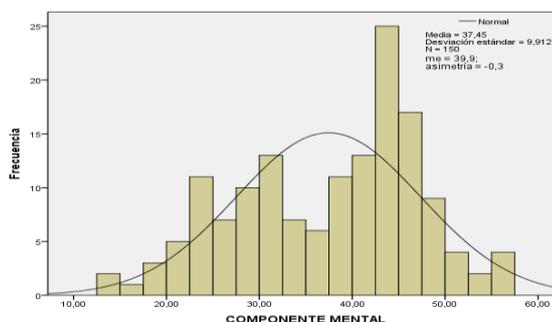
H<sub>0</sub> La polifarmacia **NO** se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Mental del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

H<sub>4</sub> La polifarmacia se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Mental del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

**Paso 2: Decidir Prueba estadística**

Se opta por usar la prueba estadística de Correlación Biserial Puntual; cuya característica es medir la asociación de una variable binaria y la otra

variable cuantitativa continua y donde la variable cuantitativa debe tener una distribución normal. Como se observa en la figura 4



**Figura 5. Distribución normal del componente mental de la calidad de vida**

### **Paso 3: Regla de decisión**

Cuando el valor p es menor a 0,05, entonces; se concluye que la variable nominal está asociada a la variable cuantitativa.

### **Paso 4: Calcular**

**Tabla 24. Correlación biserial puntual entre Polifarmacia y el componente Salud Mental de la calidad de vida**

<b>Correlaciones</b>			
		<b>POLIFARMACIA</b>	<b>COMPONENTE MENTAL</b>
<b>POLIFARMACIA</b>	Correlación de Pearson	1	,130
	Sig. (bilateral)		,113
	N	150	150
<b>COMPONENTE MENTAL</b>	Correlación de Pearson	,130	1
	Sig. (bilateral)	,113	
	N	150	150

### **Paso 5: Decisión**

El valor p obtenido es 0,113 lo cual es  $>$  a 0,05 entonces se decide no rechazar la hipótesis nula y concluir que la polifarmacia no se encuentra asociado al componente salud Mental del personal en retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, en el año 2018.

#### 4.4.5 Contratación de hipótesis general

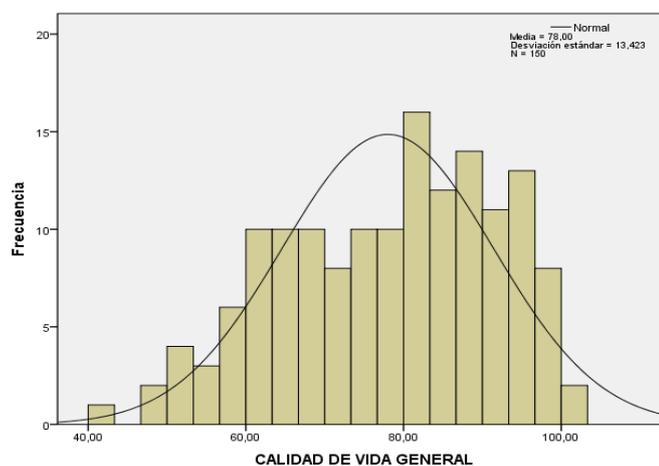
##### **Paso 1: Planteamiento de la hipótesis:**

$H_0$  La polifarmacia **NO** se asocia con la calidad de vida en salud (SF-36) del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

$H_i$  La polifarmacia se asocia con la calidad de vida en salud (SF-36) del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

##### **Paso 2: Decidir Prueba estadística**

Se opta por usar la prueba estadística de Correlación Biserial Puntual; cuya característica es medir la asociación de una variable binaria y la otra variable cuantitativa continua y donde la variable cuantitativa debe tener una distribución normal. Como se observa en la figura 4



**Figura 6. Distribución normal de la calidad de vida en general**

##### **Paso 3: Regla de decisión**

Cuando el valor p es menor a 0,05, entonces; se concluye que la variable nominal está asociada a la variable cuantitativa

**Paso 4: Calcular****Tabla 25. Correlación biserial puntual entre Polifarmacia y la calidad de vida general**

		<b>Correlaciones</b>	
		<b>POLIFARMACIA</b>	<b>CALIDAD DE VIDA GENERAL</b>
<b>POLIFARMACIA</b>	Correlación de Pearson	1	0,199
	Sig. (bilateral)		0,014
	N	150	150
<b>CALIDAD DE VIDA GENERAL</b>	Correlación de Pearson	0,199	1
	Sig. (bilateral)	0,014	
	N	150	150

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

**Paso 5: Decisión**

El Valor-p obtenido en la prueba de correlación biserial muestra una significatividad de 0,014, por ser menor a 0,05, se decide rechazar la hipótesis nula y concluir que la Polifarmacia se asocia significativamente con Calidad de Vida en Salud (SF-36) del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

## 4.5 DISCUSIÓN

La investigación de Prado & Villagrán (2015), concluye que la polifarmacia es frecuente y el cumplimiento terapéutico es más habitual en personas que son casadas o unión libre; en contraste de estos resultados, la presente investigación concluye que la polifarmacia es la más frecuente con el 78% de la población estudiada, en este caso concuerdan los resultados ambas investigaciones, lo que no se precisa es lo referente al cumplimiento terapéutico.

Los resultados de la investigación de Martínez-Arroyo, Gómez-García, & Saucedo-Martínez (2014), destacan que la prevalencia de polifarmacia es del 55 % y la prescripción inapropiada de medicamentos es del 30 %; en el presente caso, la prevalencia de la polifarmacia es del 78 %, cifra superior, lo cual indica que no es una situación apropiada, y lo que no se define es la prescripción inapropiada de medicamentos.

La investigación realizada por Baccino, Bancho, Fernández, García, & Pérez (2011), concluyen que el 55 % de la muestra padecen de polifarmacia, siendo más afectado el sexo femenino presentando un consumo promedio de 3,6 fármacos por persona y el masculino de 1,9 en promedio, las patologías más frecuentes resultaron ser: Hipertensión Arterial, Alteraciones Cardíacas y Artrosis; en contraparte de estos resultados, la presente investigación demuestra que el 78 % de la población estudiada padece de Polifarmacia y las enfermedades crónicas que más prevalecen son: Hipertensión Arterial, Artrosis y Diabetes Mellitus Tipo 2.

Freire de Oliveira (2007), en cuanto a los resultados del cuestionario SF-36, obtiene el puntaje 71,5 como el más bajo y el 91,5 como el más alto, estando todos por encima de los 70 puntos, con excepción del dominio “Salud

General” con 66,23 puntos; en cuanto a los resultados logrados en la investigación estos valores difieren al tratarse de pacientes con enfermedades crónicas por lo que el menor puntaje es “Rol Físico” con 12,75 y el mayor es “Función Social” con 66,75 puntos, es decir los puntajes no están por encima de los 70 puntos.

Pillaca (2012), destaca que la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes diabéticos tipo II, antes de la educación farmacéutica fue de regular en la dimensión mental y de bueno en la dimensión física; después de la educación farmacéutica ambas dimensiones fueron muy buenas; en el caso de los pacientes crónicos en las mismas dimensiones se ubican en la categoría regular, esto quiere decir que si el Centro de Salud Militar de Tacna, toma la decisión de implementar un programa de educación dirigida a los pacientes con enfermedades crónicas, la calidad de vida, mejoraría sustancialmente.

Flores (2012), en los resultados obtenidos determina que el estilo de vida tiene una relación significativa con: Función Física ( $P = ,003$ ), Salud general ( $P = ,020$ ), Vitalidad ( $P = ,045$ ), Función social ( $P = ,001$ ), Rol emocional ( $P = ,037$ ), Salud mental ( $P = ,004$ ), Salud Física ( $P = ,008$ ), Salud mental ( $P = ,003$ ), no sucede lo mismo con: Rol físico ( $P = ,067$ ) y Dolor corporal ( $P = ,527$ ); se debe tener en cuenta que el estilo de vida no es lo mismo que la polifarmacia.

Chávez (2007) concluye que los adultos mayores practican la polifarmacia en 66,91 % ( $n=273$ ), según la opinión de los encuestados el 53,11 % consideran que no es recomendable consumir múltiples medicamentos y la prevalencia de automedicación es 53,19 %; esto corrobora los resultados de los pacientes crónicos representados por el 62 % como polifarmacia, así también muestran preocupación por el consumo de varios medicamentos de forma simultánea.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES

Primera:

- Los resultados obtenidos en la evaluación de la Polifarmacia y la Calidad de Vida en Salud del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018, demuestra la existencia de una asociación significativa, al obtener el Valor – p de 0,014 (menor a 0,05) en la prueba de correlación biserial puntual.

Segunda:

- En el personal en retiro del centro de salud Militar de Tacna en el año 2018, se observó que del total de pacientes con polifarmacia (78%) el 76.9% eran varones, y que por lo general más del 60% son mayores de 60 y sufre de hasta dos patologías, mientras que en el grupo de los sin polifarmacia (22%) igualmente el 66.7% fueron varones y donde más del 70% tenía menos de 70 años de edad y el 78,8% solo tiene una patología.

Tercera

- La tendencia de las dimensiones de la calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018, muestra que lo más preocupante en la población estudiada es el rol físico (media

12,8) seguido del rol emocional (media 15,9) y la salud general (media 46,6) en tanto que lo que mejor se percibe del grupo es la función social (media 66,8) y la salud mental (media 66,5).

Cuarta:

- La polifarmacia está asociada a la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Física del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

Quinta:

- La polifarmacia no está asociada a la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Mental del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.

## 5.2 RECOMENDACIONES

### **Primera**

Se recomienda al Centro de Salud Militar de Tacna, a realizar frecuentemente charlas de orientación en temas referidos al consumo de medicamentos, los riesgos del consumo indiscriminado, de esta forma se concientizará al personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, que padecen de enfermedades crónicas, de la importancia de cumplir con los controles periódicos y las indicaciones del médico tratante.

### **Segunda**

Se ha observado un alto porcentaje de polifarmacia por lo que se recomienda a la dirección del Centro de Salud elaborar un plan con personal capacitado en el adulto mayor a fin de realizar una reevaluación en forma integral a los pacientes en situación de retiro de modo tal que se evalúe además si existe automedicación y orientar tanto al personal asistencial como a los pacientes acerca del uso indiscriminado de los fármacos.

### **Tercera**

El Centro de Salud Militar de Tacna, debe realizar charlas de psicología que permitan revertir la situación actual de la “Salud General” del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, contribuyendo a mejorar los niveles de autoestima. Se debe realizar talleres de nutrición alimenticia en referencia a la “Vitalidad” del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, de esta forma los pacientes con enfermedades crónicas obtendrán mejores resultados en la alimentación y por ende en la vitalidad.

### **Cuarta**

El Centro de Salud Militar de Tacna, debe promover periódicamente actividades físicas acorde con el nivel de “Función Física” del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, de esta forma

resaltar la importancia de la actividad física en la vida de las personas, se debe realizar charlas de orientación en referencia al “Rol Físico” del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, de esta forma concientizar y dar recomendaciones acerca de las formas correctas de realizar el trabajo y sus actividades diarias.

### **Quinta**

El Centro de Salud Militar de Tacna, debe realizar actividades recreativas en referencia a la “Salud Mental” del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, teniendo en cuenta las limitaciones que provocan las enfermedades crónicas que adolecen, así también, paseos al campo que permitan conectarse con la naturaleza y olvidarse de los problemas de salud que los aquejan. que permitan revertir y evitar los cuadros de depresión, ansiedad y conducta indebida, provocado por las complicaciones de las enfermedades crónicas que padecen.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, T. (1999). *Glosario de medicamentos: Desarrollo, evaluación y uso*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Baccino, A., Banchemo, N., Fernández, C., García, A., & Pérez, H. (2011). *Polifarmacia en el adulto mayor*. Montevideo: Universidad de la República.
- Badía, X., & Alonso, J. (2007). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Lilly.
- Chávez, N. (2007). *Consumo de medicamentos en adultos mayores en los programas del Adulto Mayor y los centros del Adulto Mayor de Lima*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Espinoza, F., & Santiago, B. (2005). *Factores asociados a la polifarmacia en pacientes de consulta externa de un hospital de segundo nivel*. Zaragoza. Zaragoza.
- Flores, N. (2012). *Estilos de vida y calidad de vida relacionada con la salud de los estudiantes de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2011*. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.
- Freire de Oliveira, M. (2007). *Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos Whoqol - Bref y SF-36*. Granada: Universidad de Granada.
- García, L. (1 de Julio de 2018). *El Comercio*. Obtenido de ¿Cuáles son los retos del Perú, un país que empieza a envejecer?: <https://elcomercio.pe/peru/retos-peru-pais-empieza-envejecer-noticia-532066>
- Glosario de Términos Farmacológicos. (29 de Abril de 2011). *Informed*. Obtenido de Formulario Nacional de Medicamentos: <http://glosario.sld.cu/terminos-farmacologicos/>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.

- Hernandez-Huayta, J., Chavez-Meneses, S., & Yhuri, N. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 680-688.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (20 de Junio de 2015). *Instituto Nacional de Estadística e Informática*. Obtenido de Publicaciones digitales:[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf)
- Laporte, J., & Tognoni, G. (2007). *Principios de epidemiología del medicamento*. Madrid: Masson-Salvat.
- Luis, L. (2014). *Relación entre polifarmacia y reacciones adversas medicamentosas en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía de tórax, corazón y vascular periférica, del Hospital Edgardo Rebagliati Martins-Essalud en el periodo de marzo-mayo de 2013*. Lima: Universidad Wiener.
- Martínez-Arroyo, J., Gómez-García, A., & Saucedo-Martínez, D. (2014). Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares. *Gaceta Médica de México*, 29-38.
- Mejía, S., & Muñoz, L. (2017). *Polifarmacia en adultos mayores del centro Miespacio de sabiduría en el periodo 2016*. Cuenca: Universidad del Azuay.
- Müggenburg, M., & Pérez, I. (2007). Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Revista de Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 35-38.
- Olmedo, M. (2010). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud, en los mayores de 65 años en un entorno de multicultural, en la ciudad de Ceuta*. Ceuta: Universidad de Granada.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Informe Mundial*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Documentos básicos 47 edición*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Oscanoa, T. (2005). *Prescripción potencialmente inadecuada de medicamentos en adultos mayores*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Palomba, R. (2014). Calidad de vida: Conceptos y medidas. *Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores* (pág. 3). Santiago: CEPAL.
- Pillaca, K. (2012). *Educación farmacéutica en la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes diabéticos tipo II del hospital regional de Ayacucho-2011*. 2016: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
- Prado, J., & Villagran, J. (2015). *Polifarmacia y cumplimiento terapéutico en el adulto mayor. Estudio observacional*. Quito: Universidad de las Américas.
- Salvador-Carulla, L., Cabo-Soler, J., & Cano Sánchez, A. (2004). *Longevidad, tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Panamericana.
- Sola, B. (1 de Setiembre de 2014). *Promoción de la Salud*. Obtenido de Centro de Noticias: <http://www.promocion.salud.gob.mx/cdn/?p=8604>
- Strejilevich, L. (s/f). *Ministerio de Desarrollo Social*. Obtenido de <http://www.mides.gub.uy/innovanet/macros/TextContentWithMenu.jsp?contentid=9625&site=1&channel=innova.net>
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 61-71.
- Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 199-201.
- Varela, L., Chávez, H., Galvez, M., & Mendez, F. (2005). Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Médica Heredia*, 165-171.
- WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies. (2012). *Glosario de términos farmacéuticos*. Viena: Gesundheit Österreich GmbH.

### Anexo N°1: Ficha de recolección de datos

N°: .....

Fecha: .....

Nombres: .....

Oficial: ..... Sub Oficial: .....

Enfermedad crónica: .....

Inicio del tratamiento: .....

#### Tratamiento farmacológico

FARMACO	DOSIS	FRECUENCIA

**Anexo N°2: Cuestionario de Salud SF-36****CUESTIONARIO DE SALUD SF-36****VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)****INSTRUCCIONES:**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

**MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

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

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS  
QUE USTED PODRÍA HACER UN DÍA NORMAL**

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos internos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
  - 1  Sí, me limita mucho
  - 2  Sí, me limita un poco
  - 3  No, no me limita nada
  
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzo moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
  - 1  Sí, me limita mucho
  - 2  Sí, me limita un poco
  - 3  No, no me limita nada
  
5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?
  - 1  Sí, me limita mucho
  - 2  Sí, me limita un poco
  - 3  No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

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

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

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

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

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

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

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

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

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

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

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

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS**

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

- 1  Sí
- 2  No

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

- 1  Sí
- 2  No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- 1  Sí
- 2  No

16. Durante las 4 últimas 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?

- 1  Sí
- 2  No

17. Durante las 4 últimas 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)?

- 1  Sí
- 2  No

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

- 1  Sí
- 2  No

19. Durante las 4 últimas 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)?

- 1  Sí
- 2  No

20. Durante las 4 últimas 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?

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Regular
- 4  Bastante
- 5  Mucho

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

- 1  No, ninguno
- 2  Sí, muy poco
- 3  Sí, un poco
- 4  Sí, moderado
- 5  Sí, mucho

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

- 1  Nada
- 2  Un poco
- 3  Regular
- 4  Bastante
- 5  Mucho

**LAS PREGUNTAS QUE 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?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

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

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

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

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  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 los amigos o familiares)?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Algunas veces
- 4  Sólo alguna vez
- 5  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

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente

- 1  Totalmente cierta
- 2  Bastante cierta
- 3  No lo sé
- 4  Bastante falsa
- 5  Totalmente falsa

## Anexo N°3

## MATRIZ DE CONSISTENCIA – INFORME FINAL DE TESIS

**TÍTULO DE LA TESIS:** La Polifarmacia y Calidad de Vida en Salud (SF-36) del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018

**MAESTRANTE:** Bach. Maycol Janms Quispe Valdez

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOMENDACIONES
<p><b>1.-INTERROGANTE PRINCIPAL</b> ¿En qué medida la polifarmacia se asocia con la calidad de vida en salud (SF-36) del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018?</p> <p><b>2.- INTERROGANTES ESPECÍFICAS</b></p> <p>a) ¿Está la polifarmacia asociada al número de patologías que presenta el personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna?</p>	<p><b>1.-OBJETIVO GENERAL</b> Determinar la existencia de una asociación entre la polifarmacia y la calidad de vida en salud (SF-36) del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018, para fortalecer las políticas de atención médica.</p> <p><b>2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>a) Determinar si la polifarmacia se asocia al número de patologías del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.</p>	<p><b>1. HIPÓTESIS GENERAL</b>  La polifarmacia se asocia con la calidad de vida en salud (SF-36) del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.</p> <p><b>2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b>  H1: La Polifarmacia se asocia a las patologías que presenta el personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018</p>	<p><b>Variable Independiente (X)</b>  X1. La Polifarmacia  Polifarmacia  – N° de medicamentos</p> <p><b>Variable Dependiente (Y)</b>  Y1. Calidad de Vida en Salud  Salud Física  – Función Física</p>	<p>– <b>Tipo de Investigación</b> Observacional, prospectiva</p> <p>– <b>Diseño de la Investigación</b> Correlacional</p> <p>– <b>Ámbito de Estudio</b> Centro de Salud Militar de Tacna</p> <p>– <b>Población</b> Conformada por el 100% de Oficiales y Sub Oficiales en situación de retiro del Ejército del Perú con enfermedades crónicas, en la ciudad de Tacna.</p> <p>– <b>Muestra</b> Muestreo no probabilístico por conveniencia,</p>	<p><b>Primera</b> Se ha observado un alto porcentaje de polifarmacia por lo que se recomienda o sugiere a la dirección del Centro de Salud crear un plan con personal capacitado en el adulto mayor a fin de realizar una reevaluación en forma integral a los pacientes en situación de retiro de modo tal que se evalúe si existe automedicación y orientar tanto al personal asistencial como a los pacientes acerca del uso indiscriminado de los fármacos.</p> <p><b>Segunda</b> El Centro de Salud Militar de Tacna, debe promover periódicamente actividades físicas acorde con el nivel de “Función Física” del personal en situación de retiro, de esta forma resaltar la importancia de la actividad física en la vida de las personas, se debe realizar charlas de orientación en referencia al “Rol Físico” del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, de esta forma concientizar y dar recomendaciones acerca de las formas correctas de realizar el trabajo y sus actividades diarias.</p>

<p>b) ¿Cuál es la tendencia de las dimensiones que determinan la calidad de vida en el personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018?</p> <p>c) ¿En qué medida la polifarmacia se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Física del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018?</p> <p>d) ¿En qué medida la polifarmacia se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Mental del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018?</p>	<p>b) Identificar la tendencia de las dimensiones que determinan la calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.</p> <p>c) Determinar la existencia de una asociación significativa entre la polifarmacia y la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Física del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.</p> <p>d) Determinar la existencia de una asociación significativa entre la polifarmacia y la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Mental del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.</p>	<p>H2: El Rol Físico y el Rol Emocional no son las dimensiones más negativas de la calidad de vida del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.</p> <p>H3: La polifarmacia se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Física del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.</p> <p>H4: La polifarmacia se asocia con la calidad de vida en términos del Componente Resumen Salud Mental del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rol Físico</li> <li>- Dolor Corporal</li> <li>- Salud General</li> </ul> <p>Salud Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vitalidad</li> <li>- Función Social</li> <li>- Rol Emocional</li> <li>- Salud Mental</li> </ul> <p>Evolución Declarada de la Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud actual</li> </ul>	<p>logrando finalmente obtener la información de 150 participantes, entre Oficiales, Sub Oficiales con enfermedades crónicas.</p> <p>- <b>Técnicas de recolección de datos</b> de contenido y Entrevista personal</p> <p>- <b>Instrumento</b> Ficha de recolección de datos para la variable “Polifarmacia” Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 para la variable “Calidad de Vida en Salud”</p>	<p><b>Tercera</b> El Centro de Salud Militar de Tacna, debe realizar charlas de psicología que permitan revertir la situación actual de la “Salud General” del personal en situación de retiro, contribuyendo a mejorar los niveles de autoestima. Se debe realizar talleres de nutrición alimenticia en referencia a la “Vitalidad” del personal en situación de retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, de esta forma los pacientes con enfermedades crónicas obtendrán mejores resultados en la alimentación y por ende en la vitalidad.</p> <p><b>Cuarta</b> El Centro de Salud Militar de Tacna, debe realizar actividades recreativas en referencia a la “Salud Mental”, teniendo en cuenta las limitaciones que provocan las enfermedades crónicas que adolecen, así también, paseos al campo que permitan conectarse con la naturaleza y olvidarse de los problemas de salud que los aquejan. que permitan revertir y evitar los cuadros de depresión, ansiedad y conducta indebida, provocado por las complicaciones de las enfermedades crónicas que padecen.</p> <p><b>Quinta</b> El Centro de Salud Militar de Tacna, debe realizar charlas de orientación en temas referidos al consumo de medicamentos, los riesgos del consumo indiscriminado, de esta forma se concientizará al personal, que padecen de enfermedades crónicas, de la importancia de cumplir con los controles periódicos y las indicaciones del médico tratante..</p>
--	---	--	--	---	---

## Otras tablas estadísticas

**PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES**

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
<b>FUNCION FISICA</b>	Se asumen varianzas iguales	<b>0.006</b>	<b>0.938</b>	<b>-1.973</b>	<b>148</b>	<b>0.050</b>	<b>-9.22184</b>	<b>4.67372</b>	<b>-18.45769</b>	<b>0.01400</b>
	No se asumen varianzas iguales			<b>-1.982</b>	<b>120.266</b>	<b>0.050</b>	<b>-9.22184</b>	<b>4.65295</b>	<b>-18.43415</b>	<b>-0.00954</b>
<b>ROL FISICO</b>	Se asumen varianzas iguales	<b>1.820</b>	<b>0.179</b>	<b>-2.252</b>	<b>148</b>	<b>0.026</b>	<b>-4.37182</b>	<b>1.94103</b>	<b>-8.20754</b>	<b>-0.53610</b>
	No se asumen varianzas iguales			<b>-2.277</b>	<b>122.749</b>	<b>0.025</b>	<b>-4.37182</b>	<b>1.91983</b>	<b>-8.17208</b>	<b>-0.57155</b>
<b>DOLOR CORPORAL</b>	Se asumen varianzas iguales	<b>0.318</b>	<b>0.574</b>	<b>-1.071</b>	<b>148</b>	<b>0.286</b>	<b>-4.04471</b>	<b>3.77704</b>	<b>-11.50859</b>	<b>3.41918</b>
	No se asumen varianzas iguales			<b>-1.080</b>	<b>121.848</b>	<b>0.282</b>	<b>-4.04471</b>	<b>3.74465</b>	<b>-11.45770</b>	<b>3.36828</b>
<b>SALUD GENERAL</b>	Se asumen varianzas iguales	<b>0.007</b>	<b>0.932</b>	<b>-2.762</b>	<b>148</b>	<b>0.006</b>	<b>-9.56933</b>	<b>3.46416</b>	<b>-16.41494</b>	<b>-2.72372</b>
	No se asumen varianzas iguales			<b>-2.780</b>	<b>120.937</b>	<b>0.006</b>	<b>-9.56933</b>	<b>3.44269</b>	<b>-16.38507</b>	<b>-2.75358</b>
<b>VITALIDAD</b>	Se asumen varianzas iguales	<b>0.256</b>	<b>0.614</b>	<b>-1.925</b>	<b>148</b>	<b>0.056</b>	<b>-6.50821</b>	<b>3.38098</b>	<b>-13.18943</b>	<b>0.17302</b>
	No se asumen varianzas iguales			<b>-1.912</b>	<b>116.025</b>	<b>0.058</b>	<b>-6.50821</b>	<b>3.40370</b>	<b>-13.24965</b>	<b>0.23323</b>
<b>FUNCION SOCIAL</b>	Se asumen varianzas iguales	<b>0.497</b>	<b>0.482</b>	<b>-1.523</b>	<b>148</b>	<b>0.130</b>	<b>-6.58602</b>	<b>4.32395</b>	<b>-15.13068</b>	<b>1.95864</b>
	No se asumen varianzas iguales			<b>-1.494</b>	<b>111.324</b>	<b>0.138</b>	<b>-6.58602</b>	<b>4.40781</b>	<b>-15.32010</b>	<b>2.14806</b>
<b>ROL EMOCIONAL</b>	Se asumen varianzas iguales	<b>1.738</b>	<b>0.189</b>	<b>-0.648</b>	<b>148</b>	<b>0.518</b>	<b>-1.01868</b>	<b>1.57219</b>	<b>-4.12551</b>	<b>2.08816</b>
	No se asumen varianzas iguales			<b>-0.630</b>	<b>107.986</b>	<b>0.530</b>	<b>-1.01868</b>	<b>1.61727</b>	<b>-4.22438</b>	<b>2.18703</b>
<b>SALUD MENTAL</b>	Se asumen varianzas iguales	<b>0.082</b>	<b>0.775</b>	<b>-1.708</b>	<b>148</b>	<b>0.090</b>	<b>-6.76335</b>	<b>3.95873</b>	<b>-14.58627</b>	<b>1.05958</b>
	No se asumen varianzas iguales			<b>-1.679</b>	<b>112.065</b>	<b>0.096</b>	<b>-6.76335</b>	<b>4.02749</b>	<b>-14.74324</b>	<b>1.21655</b>

**PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES**

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
<b>COMPONENTE FISICO</b>	Se asumen varianzas iguales	0.004	0.947	-2.201	148	0.029	-3.29161	1.49559	-6.24707	-0.33614
	No se asumen varianzas iguales			-2.219	121.751	0.028	-3.29161	1.48314	-6.22769	-0.35552
<b>COMPONENTE MENTAL</b>	Se asumen varianzas iguales	2.118	0.148	-1.713	148	0.089	-2.83711	1.65664	-6.11082	0.43661
	No se asumen varianzas iguales			-1.625	99.531	0.107	-2.83711	1.74556	-6.30046	0.62624

**PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES**

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
<b>COMPONENTE FISICO</b>	Se asumen varianzas iguales	0.649	0.422	-0.562	134	0.575	-0.91287	1.62339	-4.12366	2.29791
	No se asumen varianzas iguales			-0.564	111.862	0.574	-0.91287	1.61927	-4.12130	2.29555
<b>COMPONENTE MENTAL</b>	Se asumen varianzas iguales	0.094	0.759	0.023	134	0.982	0.04067	1.75274	-3.42595	3.50729
	No se asumen varianzas iguales			0.023	114.236	0.981	0.04067	1.73696	-3.40016	3.48150

FÁRMACOS	N	%	FÁRMACOS	N	%
ACIDO ACETIL SALICILICO	25	16.7	ETORICOXIB 120	2	1.3
DICLOFENACO GEL	23	15.3	LIDOCAINA JALE	2	1.3
ATORVASTATINA	22	14.7	METOPROLOL	2	1.3
ESOMEPRAZOL X 20	20	13.4	NIFEDIPI	2	1.3
METFORMINA	20	13.3	ORFENADRINA X 1	2	1.3
GLUCOSAMINA	17	11.3	PIOGLITASONA X	2	1.3
COMPLEJO B	15	10	PREDNISONA X 5 M	2	1.3
MELXICAN X15 M2	15	10	QUETIAPINA 200	2	1.3
CELECOXIB 200	14	9.3	SALBUTAMOL 100	2	1.3
CITRATO DE CALCIO	14	9.3	TADALAFILO X 5	2	1.3
AMLODIPINO X 5	13	8.7	TOLTERODINA X	2	1.3
ENZIMAS DIGESTIVAS	13	8.7	ACETIL CISTEINA	1	0.7
VALSARTAN X 160	13	8.7	AMBROXOL JERAB	1	0.7
ALENDRONATO X	12	8	AMIODARONA X20	1	0.7
MAGALDRATO	12	8	ATANOPROST GOTA	1	0.7
INSAPONIFICABLE	11	7.3	ATENOLOL X100 M	1	0.7
CARBONATO DE CALCIO	10	6.7	BICARBONATO DE	1	0.7
TAMSOLACINA X	10	6.7	BISOPROLOL .5	1	0.7
CIPROFIBRATO X	9	6	BRIMADINA GOTAS	1	0.7
GLIMEPERIDA X 4	9	6	BUDESONIDA 200	1	0.7
LEVOTIROXINA	9	6	CAPTAPRIL NX 25	1	0.7
ENALAPRIL	8	5.4	CARBIDOPA LEVAD	1	0.7
LACTULOSA 33 %	7	4.7	CARBOHIDRATOS	1	0.7
LAGRIMAS ARTIFICIALES	7	4.7	CARBOXIM	1	0.7
CLONIXINATO DE	6	4	CLOBETASOL CREM	1	0.7
HIDROCLOTIAZIDA	6	4	CLORPROM	1	0.7
CLONAZEPAN 2 MG	5	3.3	DABIGATRAN X 11	1	0.7
LATANOPROT	5	3.3	DEFALXASCART	1	0.7
SERTRALINA 50	5	3.3	DESLOLORATADINA	1	0.7
CANDESARTAN 16	4	2.7	DILTIAZE	1	0.7
DOBESILATO	4	2.7	ESPIRONO	1	0.7
DORZOLAMIDA GO	4	2.7	ESTRADIOL GEL	1	0.7
DOXAZOCI	4	2.7	FLUTICASONA AV	1	0.7
INSULINA	4	2.7	GLIBENCLAMIDA	1	0.7
TELMISARTAN X8	4	2.7	HIDROXCOBALAMIN	1	0.7
TIMOLOL GOTAS	4	2.7	HIPARINOIDE	1	0.7
VALPROATO X 500	4	2.7	IBARSARTAN 150	1	0.7
VILDAGLITINA 5	4	2.7	ISOFLOVONA DE S	1	0.7
ALOPURIN	3	2	LEFLUMIDA X 20	1	0.7
AMISULPIRIDA	3	2	LEVOPROMAZINA	1	0.7
BIPERIDENO	3	2	MONTELUKAS X 1	1	0.7
GABAPENTINA	3	2	NIMODIPI	1	0.7
INDOMETACINA	3	2	OLANZAPINANA 1	1	0.7
SITAGLITINA MA	3	2	OXCARBAM	1	0.7
ACIDO FOLICO C	2	1.3	PREGABAL	1	0.7
BOLSA CO	2	1.3	RALOXIFENO 60	1	0.7
CARBAMAZEPINA	2	1.3	RANITIDINA X 15	1	0.7
CARVEDILOL 12.	2	1.3	RIVAROXABAN 15	1	0.7
CITICOLINA	2	1.3	SIMETICONA 180	1	0.7
CLOPIDOGREL 75	2	1.3	SONSA NE	1	0.7
DIOSMINA X 500	2	1.3	TRIBUTINA X 200	1	0.7
DUTASTER	2	1.3	VITAMINA C X 1	1	0.7

	N	%	
ENFERMEDAD CRÓNICA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	36	24.10%
	ARTROSIS	27	18.10%
	DIABETES	23	16.70%
	GASTRITIS	21	14.10%
	HIPERLASIA BENIGNA D	17	12.10%
	OSTEOARTROSIS	14	9.30%
	DISLIPIDEMIA	9	6.00%
	GLAUCOMA	8	5.40%
	OSTEOPOROSIS	8	5.30%
	ENFERMEDAD VENOSA VA	7	4.70%
	HIPOTIROIDISMO	7	4.70%
	GONARTROSIS	5	3.30%
	DEPRESION	4	2.70%
	OSTEOPENIA	4	2.70%
	TRASTORNO EPILEPSIA	4	2.70%
	TRANSTORNOS DEL SUEÑO	3	2.00%
	ASMA	2	1.30%
	CARDIOPATIA CRONICA	2	1.40%
	DISPEPSIA	2	1.30%
	DORSALGIA	2	1.40%
	ESTREÑIMIENTO	2	1.40%
	INCONTINENCIA URINAR	2	1.30%
	ACV SECUELA	1	0.70%
	ARTRITIS REUMATOIDE	1	0.70%
	COLOSTOMIA	1	0.70%
	DISPLASIA RECTAL	1	0.70%
	ENFERMEDAD DE PARKINSON	1	0.70%
	GOTA	1	0.70%
	HIPERCOLESTEROLEMIA	1	0.70%
	HIPERLIPIDEMIA	1	0.70%
	HIPERPLASIA DE PROTA	1	0.70%
	INSUFICIENCIA VENOSA	1	0.70%
	INSUFICIENCIA RENAL	1	0.70%
	LEUCOPENIA	1	0.70%
MENOPAUSIA	1	0.70%	
MIALGIA	1	0.70%	
NEURITIS	1	0.70%	
PARAPLEJIA	1	0.70%	
POLINEUROPATIA	1	0.70%	
RINITIS ALERGICA	1	0.70%	
SEQUEDAD DE LOS OJOS	1	0.70%	