UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

AUTOR:
MANUEL RICARDO CASTRO ELÍAS

ASESORA:
DRA. ANA YAMUNAQUE MORALES

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DE LA SALUD

Callao, 2025
PERÚ

COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

"FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025"

4% Textos sospechosos

2% Similitudes
< 1 % similitudes entre comillas
0 % entre las fuentes mencionadas
2% Idiomas no reconocidos

Nombre del documento: CASTRO_ELIAS_MANUEL_RICARDO_DOCTORADO_2025.docx
ID del documento: 6c80513b02d786827d5b7de42c08394f0c827175
Tamaño del documento original: 601,35 kB
Autor: MANUEL RICARDO CASTRO ELIAS

Depositante: MANUEL RICARDO CASTRO ELIAS
Fecha de depósito: 16/12/2025
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 16/12/2025

Número de palabras: 26.506
Número de caracteres: 168.302

Ubicación de las similitudes en el documento:

Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	132.248.9.195 | Efecto de la rehabilitacion sobre la calidad de vida en pacientes co... http://132.248.9.195/pd2006/0606869/Index.html 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (163 palabras)
2	scielo.sld.cu | Desinformación sobre temas de salud en las redes sociales http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2307-21132020000200002&lng=es 3 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (83 palabras)
3	www.redalyc.org https://www.redalyc.org/pdf/7622/762279683009.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (74 palabras)
4	hdl.handle.net | Tinta Sonora Entrevista Antonio Sánchez http://hdl.handle.net/11000/1586	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (50 palabras)
5	BAZO- CHUQUIJA.docx | BAZO- CHUQUIJA #ef3210 Viene de de mi grupo 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (52 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Documento de otro usuario #f03444 Viene de de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (33 palabras)
2	iris.who.int https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/241354/WER8423_SPA.PDF?sequence=1	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (23 palabras)
3	scielosp.org | Control acelerado de la rubéola y prevención del síndrome de rubé... https://scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v11n4/...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (22 palabras)
4	Documento de otro usuario #283694 Viene de de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (21 palabras)
5	ru.dgb.unam.mx https://ru.dgb.unam.mx/jspui/bitstream/20.500.14330/TES01000689012/3/0689012.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (21 palabras)

INFORMACIÓN BÁSICA

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN: UNIDAD DE POSGRADO

TÍTULO: FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

AUTOR: MANUEL RICARDO CASTRO ELÍAS.
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-0707-2248.
DNI: 08350876.

ASESORA: DRA. ANA YAMUNAQUE MORALES.
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-7891-998.
DNI: 08717128.

LUGAR DE EJECUCIÓN: LIMA, PERÚ.

UNIDAD DE ANÁLISIS: PACIENTES CON SECUELA DE POLIO.

TIPO: BÁSICO

ENFOQUE: CUANTITATIVO

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: NO EXPERIMENTAL DE CORTE TRANSVERSAL

TEMA OCDE: ÁREA: CIENCIAS MÉDICAS Y SALUD

SUB-ÁREA: CIENCIAS DE LA SALUD

DISCIPLINA: SALUD PÚBLICA

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- Dra. Ana Elvira López de Gómez PRESIDENTE
- Dra. Mercedes Lulilea Ferrer Mejía SECRETARIO
- Dra. Erika Juana Zevallos Vera MIEMBRO
- Dra. Vanessa Mancha Alvarez MIEMBRO

ASESORA: DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO

Nº de Libro : 01
N° de Folio : 78
Nº de Acta : 13-2026

Fecha de Aprobación de la tesis: 26 de enero de 2026

Resolución de Sustentación: Nº 062 -2025-CD-UI-EPG-UNAC

ACTA DE SUSTENTACIÓN



I - D - I - +			
PROCESO NIVEL 0:	INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA		
REGISTRO	ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS		
Código: M.IDIE.01/R6	Versión: 02	Fecha: 14/03/2024	Página: 1 de 1

ESCUELA DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS CON CICLO

LIBRO N°: 01 FOLIO N°: 78 ACTA N°: 013-2026-EPG-UNAC

Siendo las 22:00 h del 26 de enero del 2026 en acto público en SALA VIRTUAL de la Escuela de Posgrado de la UNAC, reunidos los miembros del jurado (Resolución N° 067-2025-CD-UI-EPG-UNAC):

1. Dra. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ	Presidenta
2. Dra. ERIKA JUANA ZEVALLOS VERA	Secretaria
3. Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA	Miembro
4. Dra. VANESSA MANCHA ALVAREZ	Miembro
5. Dra. ANA MARIA YAMUNAQUE MORALES DE CASTAÑEDA	Asesor(a)

Para evaluar la sustentación de la tesis titulada FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA - 2025 presentado por el Maestro: MANUEL RICARDO CASTRO ELIAS, para optar al grado académico de Doctor en "Salud Pública".

Concluida la sustentación y luego que el tesista ha dado respuesta a las preguntas respectivas y conforme a lo establecido en el Reglamento de estudio vigente, el Jurado revisor/sustentación establece la siguiente calificación: con un registro cualitativo de **MUY BUENO** y cuantitativo de **18** dando por aprobado (X) desaprobado ().

En señal de conformidad con lo acordado se firma la presente acta.
Siendo las 22:30 se dio por concluido el acto de sustentación.

Dra. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ
Presidenta

Dra. ERIKA JUANA ZEVALLOS VERA
Secretaria

Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA
Miembro

Dra. VANESSA MANCHA ALVAREZ
Miembro

Dra. ANA MARIA YAMUNAQUE MORALES DE CASTAÑEDA
Asesor(a)

DEDICATORIA

A mi madre, Hilda, faro constante en mi camino, guía inquebrantable de mi vida y fuerza que me impulsó a alcanzar esta meta.

A mi esposa, Isela, compañera incondicional, apoyo inestimable y amor que ilumina mi existencia.

A mi familia, motor de mis sueños y refugio en mis momentos de duda, para quienes este triunfo es también el suyo.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a los docentes y autoridades de la UNAC por su invaluable asesoría, guía, paciencia y apoyo incondicional durante este proceso.

A cada uno de los participantes del presente trabajo, por su colaboración y que hicieron posible la culminación de este cometido.

ÍNDICE

ÍNDICE 1
ÍNDICE DE TABLAS 3
ÍNDICE DE ABREVIATURAS 5
RESUMEN 6
ABSTRACT 7
RESUMO 1
INTRODUCCIÓN 2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 5
1.1. Descripción de la realidad problemática 5
1.2. Formulación del Problema 16
1.2.1. Problema General: 16
1.2.2. Problemas Específicos: 16
1.3. Objetivos 16
1.3.1. Objetivo General 16
1.3.2. Objetivos Específicos 17
1.4. Justificación 17
1.5. Delimitantes de la investigación 18
II. MARCO TEÓRICO 20
2.1 Antecedentes: internacionales y nacionales. 20
2.2. Bases Teóricas 27
2.3. Marco conceptual 31
2.4. Definición de términos básicos. 40
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES 43
3.1. Hipótesis. 43
3.1.1. Operacionalización de variables. 44
IV. METODOLOGÍA 49
4.1. Diseño metodológico. 49
4.2. Método de investigación. 50
4.3. Población y muestra. 51
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado. 52
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información. 53

4.6. Análisis y procesamiento de datos..... 59
4.7. Aspectos Éticos en Investigación..... 60
V. RESULTADOS..... 62
5.1. Resultados descriptivos..... 62
5.2. Resultados inferenciales..... 82
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... 91
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados..... 91
6. 2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares..... 94
6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes 97
VII. CONCLUSIONES..... 99
VIII. RECOMENDACIONES 101
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 103
X. ANEXOS..... 114
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA..... 115
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO 118
ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:..... 120
ANEXO 4: ENCUESTAS 127
ANEXO 5: CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE FACTORES ASOCIADOS: Dra. Cajas Bravo. 141
ANEXO 6: FIGURAS 157
ANEXO 7: MATRIZ DE DATOS (FORMATO ORIGINAL EXCEL)..... 165

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 5.1.1. FACTORES ASOCIADOS: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 62

TABLA 5.1.2. FACTORES ASOCIADOS: FACTORES ECONOMICOS EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 64

TABLA 5.1.3. FACTORES ASOCIADOS: FACTORES DE SALUD EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 67

TABLA 5.1.4. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 70

TABLA 5.1.5. CALIDAD DE VIDA: COMPONENTE SUMARIO FÍSICO EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 71

TABLA 5.1.6. CALIDAD DE VIDA: COMPONENTE SUMARIO MENTAL EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 71

TABLA 5.1.7. CALIDAD DE VIDA: FUNCIÓN FISICA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 72

TABLA 5.1.8. CALIDAD DE VIDA: ROL FISICO EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 74

TABLA 5.1.9. CALIDAD DE VIDA: DOLOR CORPORAL EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 75

TABLA 5.1.10. CALIDAD DE VIDA: SALUD GENERAL EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 76

TABLA 5.1.11. CALIDAD DE VIDA: VITALIDAD EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 77

TABLA 5.1.12. CALIDAD DE VIDA: FUNCIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 78

TABLA 5.1.13. CALIDAD DE VIDA: ROL EMOCIONAL EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 79

TABLA 5.1.14. CALIDAD DE VIDA: SALUD MENTAL EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 80

TABLA 5.1.15. CALIDAD DE VIDA: TRANSICIÓN DE SALUD NOTIFICADA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 81

TABLA 5.2.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 82

TABLA 5.2.2. FACTORES ECONÓMICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 84

TABLA 5.2.3. FACTORES DE SALUD Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 86

TABLA 5.2.4. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 89

TABLA 5.2.5. FACTORES ECONÓMICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 89

TABLA 5.2.6. FACTORES DE SALUD ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025. 90

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CDC	Centro de Control de Enfermedades (EE. UU.)
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud.
FDA	Administración de alimentos y drogas (EE. UU.)
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
IPV	Vacuna inyectable contra la polio.
MINSA	Ministerio de Salud del Perú.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
OPV	Vacuna oral contra la polio.
PCD	Persona con discapacidad.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VDPV1	Vacuna poliovirus tipo 1.
WPV	Polio virus salvaje.

RESUMEN

Esta tesis doctoral explora los factores asociados a la calidad de vida de pacientes con secuela de poliomielitis de una red social horizontal en Lima, 2025. **Introducción**: La poliomielitis, erradicada en gran parte del mundo, deja secuelas significativas que impactan la calidad de vida de los afectados. Comprender estos factores es crucial para el diseño de intervenciones de salud pública efectivas. El **objetivo** principal fue identificar los factores asociados a la calidad de vida de los pacientes con secuela de polio de una red social horizontal. En cuanto a la **metodología**, la presente investigación es de tipo básico, con enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal-correlacional y un método hipotético-deductivo**,** así como utilizó la técnica de la encuesta para recopilar información pertinente. Los **resultados** indican que de los 92 participantes una correlación significativa entre la calidad de vida percibida y donde hay 8 factores sociodemográficos (p-valor=0,016), hay 7 factores económicos (p-valor=0,022) y 12 factores de salud (p-valor=0,003) que están asociados a los niveles de calidad de vida de los pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025, además en tanto a su nivel de calidad de vida, se encuentra en el nivel Muy bajo con un 46,74%, seguido de un 30,43% en un nivel de calidad de vida promedio; los niveles Bajo y Alto, coinciden con un 10,87% y finalmente un escaso 1,09% tiene un nivel de calidad de vida muy alto. En **conclusión**, la investigación destaca la importancia del acceso a servicios de rehabilitación y apoyo social en la calidad de vida de estos pacientes, aunque se requieren estudios adicionales para validar su impacto a largo plazo. Estos hallazgos contribuyen a la formulación de estrategias de salud pública más efectivas y centradas en las necesidades específicas de esta población. Se recomienda la implementación de programas de apoyo social y rehabilitación, considerando las variables identificadas como factores de riesgo.

Palabras clave: Poliomielitis; Calidad de Vida; CVRS; Factores Sociodemográficos; Factores Socioeconómicos. (DeCS / MeSH)

ABSTRACT

This doctoral thesis explores the factors associated with the quality of life of patients with sequelae of poliomyelitis from a social network in Lima, 2025. **Introduction**: Poliomyelitis, eradicated in most of the world, leaves significant sequelae that impact the quality of life of those affected. Understanding these factors is crucial for the design of effective public health interventions. The main **objective** was to identify the factors associated with the quality of life of patients with polio sequelae in a social network. As for the **methodology**, the present research is of a basic type, with a quantitative approach, with a non-experimental cross-sectional-correlational design and a hypothetical-deductive method. It also used a survey technique to collect relevant information. The **results** indicate that of the 92 participants, there is a significant correlation between perceived quality of life and eight sociodemographic factors (p-value=0.016), seven economic factors (p-value=0.022) and 12 health factors (p-value=0.003) associated with the quality of life levels of patients with polio sequelae in a social network, Lima, 2025. In addition, in terms of their quality-of-life level, 46.74% are at an extremely low level, followed by 30.43% at an average quality of life level; the Low and High levels coincide with 10.87%, and finally a mere 1.09% have an extremely high quality of life. In **conclusion**, the research highlights the importance of access to rehabilitation and social support services in the quality of life of these patients, although further studies are needed to validate their long-term impact. These findings contribute to the formulation of more effective public health strategies focused on the specific needs of this population. The implementation of social support and rehabilitation programs is recommended, considering the variables identified as risk factors.

Keywords: Poliomyelitis; Quality of Life; HRQoL; Sociodemographic Factors; Socioeconomic Factors. (DeCS / MeS

RESUMO

Esta tese de doutorado explora os fatores associados à qualidade de vida de pacientes com sequelas de poliomielite de uma rede social em Lima, 2025. **Introdução:** A poliomielite, erradicada em grande parte do mundo, deixa sequelas significativas que afetam a qualidade de vida das pessoas afetadas. Compreender esses fatores é crucial para a concepção de intervenções eficazes de saúde pública. O **objetivo** principal foi identificar os fatores associados à qualidade de vida de pacientes com sequelas de poliomielite de uma rede social. Quanto à **metodologia**, a presente pesquisa é de tipo básico, com abordagem quantitativa, com um desenho correlacional transversal não experimental e um método hipotético-dedutivo, além de utilizar a técnica de pesquisa para coletar informações pertinentes. Os **resultados** indicam que, dos 92 participantes, há uma correlação significativa entre a qualidade de vida percebida e onde há 8 fatores sociodemográficos (valor p = 0,016), 7 fatores econômicos (valor p = 0,022) e 12 fatores de saúde (valor p = 0,003) associados aos níveis de qualidade de vida dos pacientes com sequelas de poliomielite de uma rede social, Lima, 2025. Além disso, em relação ao seu nível de qualidade de vida, 46,74% se encontram no nível muito baixo, seguidos por 30,43% em um nível de qualidade de vida médio; os níveis Baixo e Alto coincidem com 10,87% e, finalmente, apenas 1,09% tem um nível de qualidade de vida muito alto. Em **conclusão**, a pesquisa destaca a importância do acesso a serviços de reabilitação e apoio social na qualidade de vida desses pacientes, embora sejam necessários estudos adicionais para validar seu impacto a longo prazo. Essas descobertas contribuem para a formulação de estratégias de saúde pública mais eficazes e centradas nas necessidades específicas dessa população. Recomenda-se a implementação de programas de apoio social e reabilitação, considerando as variáveis identificadas como fatores de risco.

Palavras-chave: Poliomielite; Qualidade de Vida; CVRS; Fatores Sociodemográficos; Fatores Socioeconômicos. (DeCS / MeSH)

INTRODUCCIÓN

La poliomielitis es una enfermedad infecciosa que lesiona neurológicamente a las astas anteriores de la médula espinal, que conlleva un compromiso motor irreversible de diversas extremidades según sea su magnitud.

Esta infección, polio, llamada también parálisis infantil, por ser uno de los grupos etarios vulnerables y por el compromiso postinfección de la movilidad de las extremidades, mayormente los miembros inferiores, como secuela permanente.

La infancia como momento sensible en el desarrollo psicomotor de un niño, tiempos donde se establecen las bases para su vida futura, a nivel físico, afectivo-emocional y social, en un niño con secuela de polio con afectaciones de mayor o menor grado en estas esferas del desarrollo infantil, van a marcar de alguna manera su calidad de vida desde esas edades tempranas.

La parálisis, lo tornará dependiente por más del tiempo esperado para cualquier niño en su desarrollo motor, y lo más probable es que de manera colateral existan compromisos psicosociales que afecten su seguridad, autoestima y socialización. Independientemente de las manifestaciones vinculares de su entorno familiar inmediato que puede pasar de la sobreprotección al otro extremo que es el abandono.

Eventualmente, el niño con secuela de polio es un concurrente continuo a los centros de salud, por ejemplo, desde las visitas ambulatorias para todas las sesiones de terapias de rehabilitación, hasta las hospitalizaciones posteriores a cirugías ortopédicas correctivas, conviviendo con soledad y dolor muy prematuramente.

Si bien es cierto, actualmente es una entidad bajo control sanitario, lo que evidencia casos muy aislados de contagio, esto se debe gracias a los programas preventivos de vacunación internacional promovidos por la Organización Mundial

de la Salud (OMS) y sus países miembros. Ahora hay una generación de adultos con secuela de polio, que sobrepasan las 5 décadas, que en su sobrevida han experimentado vivencias y que han tenido que ir adaptando a igual y velocidad, en el ámbito personal, familiar, escolar, laboral y social.

Por otro lado, el adulto mayor con secuela de la poliomielitis conforme avanza la edad, en algunos está evidenciando signos y malestares físicos y sensoriales que están agrupados en una entidad neurológica denominada Síndrome Postpolio (SPP) y si a esto se adiciona con todas las modificaciones involutivas relacionadas con el proceso natural del envejecimiento, presenta una potenciación de ambas circunstancias para una afectación de la calidad de vida.

La calidad de vida se aborda en diferentes investigaciones, pero este concepto no se trata de sobremanera en personas con secuela de polio. Por ello, el objetivo de la presente investigación es determinar qué factores pueden estar relacionados con la calidad de vida de los sexagenarios y adultos mayores supervivientes a esta infección que en su mayoría fue adquirida en la infancia y que han ido adaptándose física, emocional y socialmente; justamente esta socialización ha tenido que ir adecuándose a la modalidad virtual y a la tecnología del manejo de la informática y redes sociales horizontales, como el Facebook.

Esta investigación está organizada en nueve apartados. En el primer apartado de la tesis se desarrolla la delimitación del problema, así como la formulación de las interrogantes, objetivos y delimitantes. En el apartado dos, se encuentra el marco teórico, donde se describen los antecedentes de estudio, fundamentos teóricos y conceptos de las variables a estudiar. En el apartado tres se formulan las hipótesis de la investigación y se realiza la operacionalización de las variables. En el apartado cuatro se describe la metodología del estudio, incluyendo el tipo de investigación, el diseño, la población, la muestra y las técnicas e instrumentos utilizados. En el apartado cinco se revelan los resultados descriptivos, inferenciales, las pruebas de normalidad y las pruebas de las

hipótesis. En el apartado seis se realiza la discusión de los resultados, basada en las hipótesis y los antecedentes del estudio. En el apartado siete se presentan las conclusiones. En el apartado ocho están incluidas las recomendaciones. En el apartado nueve se encuentran las referencias bibliográficas. Últimamente, se encuentra el apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La poliomielitis es causada por el poliovirus, que infecta principalmente a humanos y es altamente contagioso. El virus se transmite principalmente por vía fecal-oral entre pacientes en fase aguda y portadores asintomáticos. El período de incubación del poliovirus varía de 3 a 35 días, típicamente de 5 a 14 días. La mayoría de las infecciones son asintomáticas o presentan síntomas inespecíficos, pero entre el 1% y el 2% pueden progresar a enfermedad paralítica, caracterizada por una parálisis rápida sin deterioro sensorial. (1) La mayoría de los casos ocurren en niños menores de 5 años y durante el verano. Los pacientes presentan inicialmente fiebre, fatiga, dolor de cabeza, vómitos y rigidez, presentando pérdida de fuerza a las pocas horas. (2)

Otra posible poliomielitis paralítica es la originaria de la vacuna; esto se debe a mutaciones del virus atenuado dentro de la vacuna oral contra la polio, que pueden provocar una mayor virulencia y permitir una propagación naturalmente selectiva en poblaciones con baja inmunidad colectiva. Debido a este riesgo, se han realizado políticas mundiales para aumentar el uso de la vacuna antipoliomielítica inactivada y eliminar la poliomielitis tipo 2 atenuada dentro de la formulación de la vacuna oral contra la polio para crear una vacuna oral contra la polio bivalente (que contenga solo los tipos 1 y 3). (3)

Históricamente se relata la existencia de la poliomielitis desde la antigüedad, en el antiguo Egipto en una estela egipcia de la XVIII dinastía (1580-1350 a. C.) exponiendo un posible caso de poliomielitis que se encuentra en la Carlsberg Glyptotek, de Copenhague. Por otro lado, en el bajo relieve descubierto en la pirámide de Sakkara (1600 a. C.), se enfatizan esculpidos en piedra, donde claramente se ven jóvenes con las secuelas de la enfermedad. Siptah, el séptimo faraón de la XIX Dinastía (1194-1188 a. C.), no pudo suceder a Sethy II por dos razones: porque era un niño y porque tenía una pierna inutilizada a causa de la infección poliomielítica. (4)

Durante el Renacimiento, las pinturas al óleo de Hieronymus Bosch ya mostraban figuras que parecían sufrir parálisis flácida. Más adelante, en 1784, el médico inglés Michael Underwood realizó la primera descripción formal de esta enfermedad. Entre 1840 y 1890, la investigación sobre el virus se intensificó notablemente: Jacob von Heine y Oskar Medin estudiaron su evolución y las complicaciones neurológicas que provocaba, razón por la cual en esa época se empezó a conocer como la enfermedad de Heine-Medin. Fue también en esos años cuando se registró la primera gran epidemia en Escandinavia.

El 27 de junio de 1916, Estados Unidos enfrentó un brote de polio que alcanzó los 27,000 casos y dejó seis muertes. Para 1935, la enfermedad ya se había vuelto endémica en Chile, marcando su presencia en América Latina. Finalmente, en 1949, gracias a los avances de Enders, Weller y Robbins, se logró cultivar el virus en laboratorio y comprender mejor su propagación in vitro, un hito decisivo para la ciencia médica. (5)

Hacia finales de la década de 1940, los brotes de poliomielitis en Estados Unidos provocaban cada año la parálisis de aproximadamente 35.000 personas. Durante los años cincuenta, la enfermedad continuaba siendo una amenaza activa, generando entre 13.000 y 20.000 nuevos casos de parálisis anuales, de acuerdo con los registros de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Los intentos por desarrollar una vacuna se remontaban, al menos, a 1935; sin embargo, fue recién en 1953 cuando el investigador estadounidense Jonas Salk consiguió elaborar una vacuna utilizando cepas inactivadas del poliovirus, agente responsable de la infección.

En 1954 se llevó a cabo un ensayo clínico de gran escala para evaluar la eficacia de la vacuna de Salk. En dicho estudio participaron alrededor de 1,8 millones de niños provenientes de Estados Unidos, Canadá y Finlandia, convirtiéndose en lo que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) calificó como “el ensayo clínico más extenso realizado hasta entonces con un medicamento o

vacuna”. Los resultados fueron alentadores y, en abril de 1955, las autoridades sanitarias estadounidenses anunciaron que la vacuna había demostrado una efectividad situada entre el 80% y el 90%. (6)

La formulación desarrollada por Jonas Salk recibió el nombre de vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV), dado que se elaboró a partir de partículas virales que habían perdido su capacidad de replicarse. Esta preparación, administrada por vía inyectable, representó el primer gran avance en la prevención de la poliomielitis. Sin embargo, fue recién en 1962 cuando Albert Sabin introdujo una alternativa distinta: la vacuna oral contra la polio (OPV), basada en el uso de un virus vivo atenuado. La sencillez de su aplicación por vía oral permitió una distribución masiva y más accesible en diversos contextos sanitarios. En la actualidad, ambas modalidades de inmunización continúan empleándose de manera complementaria en los programas de salud pública. (7)

La Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomielitis ha documentado de manera oficial la aparición de 574 casos vinculados al poliovirus salvaje de los serotipos 1 (WPV1) y 3 (WPV3) en territorios considerados no endémicos. Entre ellos se incluyen Angola, diversos países de Asia Central y Rusia, así como Chad, Sudán, la República Democrática del Congo, Nepal y varias naciones de África Occidental.

En contraste, la Región de las Américas se ha mantenido libre de poliovirus salvaje desde 1991, año en que se notificó el último caso en el continente. No obstante, en el contexto de la interconexión global actual, la persistencia de la transmisión en otras áreas representa un riesgo latente de reaparición de brotes en países sin circulación autóctona, especialmente si no se alcanzan coberturas de vacunación superiores al 95% tanto a nivel nacional como local. De igual manera, los sistemas de vigilancia epidemiológica deben permanecer en estado de alerta permanente frente a la posibilidad de introducción de casos importados de poliomielitis ocasionados por cepas salvajes del virus. (8)

En un comunicado emitido por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), se destacó que, gracias a la implementación exitosa del Plan Nacional de Erradicación de la Poliomielitis, el país no registra casos de esta enfermedad desde 1991. Martha Velásquez, integrante del equipo técnico de la Dirección General de Salud de las Personas, señaló que el último episodio de polio en territorio peruano ocurrió en agosto de 1991 en la localidad de Pichanaki, departamento de Junín. Este caso, además, marcó el cierre de la transmisión del poliovirus salvaje en toda la Región de las Américas. (9)

Mientras que, en 1994, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis confirmó oficialmente la interrupción de la circulación del virus en el continente. Cabe recordar que, apenas dos décadas atrás, la enfermedad ocasionaba en numerosos países miles de casos de discapacidad permanente en la infancia. Ante esta realidad, en 1985 los Estados latinoamericanos asumieron el compromiso conjunto de coordinar esfuerzos regionales con el objetivo de alcanzar la erradicación de la poliomielitis hacia 1990. (10)

El 21 de marzo de 2023, el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en Perú informó oficialmente a la OPS/OMS la detección de un caso confirmado de poliovirus derivado de la vacuna tipo 1 (VDPV1). El paciente correspondía a un niño de 14 meses de edad, miembro de una comunidad indígena ubicada en el distrito de Manseriche, provincia de Datem del Marañón, en la región de Loreto. El menor no contaba con antecedentes de inmunización ni había realizado desplazamientos previos al inicio de los síntomas. Este episodio, ocurrido en la Amazonía peruana, puso en evidencia las profundas brechas y desigualdades existentes en el acceso a los servicios de salud, reflejando las limitaciones estructurales que aún persisten en el sistema sanitario nacional. (11) (12)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2024), la cobertura nacional para las tres dosis de vacuna antipoliomielítica en menores de 12 meses fue de 82.5 %. (13)

En Lima Metropolitana, la ENDES 2020 reportó que el 72 % de los niños menores de 36 meses recibió la tercera dosis, aunque solo el 42.4 % completó todo el esquema de vacunación. (14)

La disminución en la cobertura vacunal tras la pandemia de COVID-19 representa un riesgo para la reintroducción del virus, especialmente en zonas rurales y amazónicas. (15)

El 4 de abril de 2025, el Laboratorio Mundial Especializado en Polio ubicado en Japón confirmó la presencia de poliovirus en una muestra de aguas residuales recolectada el 11 de marzo de 2025 en Bowerbird Road, sector China Town, ciudad de Lae, provincia de Morobe, Papúa Nueva Guinea (PNG). El análisis determinó que el virus aislado correspondía a poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna, presentando una variación genética de 19 nucleótidos respecto a la nueva vacuna oral contra la polio tipo 2 (VDPV2-n). Además, se identificó una estrecha relación genética con el cVDPV2-n detectado previamente en Indonesia. Este hallazgo ha sido clasificado como un “evento de importación de poliovirus con alto riesgo, sin evidencia de transmisión comunitaria”, por lo que no se considera un brote en este momento. La categorización se realizó siguiendo los lineamientos establecidos en los Procedimientos Operativos Estándar de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Polio (GPEI) para la respuesta ante eventos o brotes de poliovirus. (16)

La polio, una vez controlada la infección en la infancia, determina secuelas motoras, como la afectación más evidente, y estas, en mayor o menor grado, influyen en el desarrollo psicomotor físico, psicológico, mental y social, provocando una discapacidad en la infancia. Hay diferentes autores que desde su particular óptica reseñan los diferentes compromisos colaterales derivados de las secuelas producidas por la poliomielitis, a continuación, se refieren a los mismos.

Olusanya et al. en **Nigeria**, **2022**, refieren en su investigación “Parálisis cerebral y discapacidad intelectual del desarrollo en niños menores de 5 años: resultados de la base de datos de rehabilitación GBD-OMS 2019” analizaron la base de datos de rehabilitación de 2019, disponible en 204 países, con lesiones de GBD (carga global de enfermedad), estimó que más de 53 millones de niños menores de 5 años tenían condiciones de salud que se agrupan en siete categorías agregadas de enfermedades como: trastornos musculoesqueléticos, trastornos neurológicos, deficiencias sensoriales, trastornos mentales, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades cardiovasculares y neoplasias. La carga de estas afecciones, al igual que con otras discapacidades del desarrollo reportadas previamente, es mayor en los países de ingresos bajos y medios, donde existen servicios de apoyo muy limitados en comparación con los países de ingresos altos. La detección temprana y los programas de rehabilitación de alta calidad para los niños afectados deben priorizarse a nivel mundial.
(17)

Sun et al. en **China**, **2023**, en “Estrategias precisas de rehabilitación para el deterioro funcional en niños con parálisis cerebral” participaron122 niños con parálisis cerebral en el departamento de rehabilitación del Hospital de Nanjing, China. entre septiembre de 2018 y septiembre de 2020 fueron divididos en dos grupos mediante un método controlado aleatorizado. En el grupo de tratamiento, la lista de verificación funcional determinada por la clasificación internacional de funcionamiento, discapacidad y salud para niños y jóvenes (ICF-CY) se utilizó para proporcionar una evaluación integral y sistemática de la función física y estructura, la actividad y participación, y los factores ambientales, y para formular contramedidas individualizadas y métodos precisos de rehabilitación basados en los principales problemas de la evaluación; Al grupo de control se le sometió un tratamiento de evaluación convencional. Se compararon y se informaron las diferencias en los efectos del tratamiento sobre las funciones cognitivas y motoras finas y la capacidad de autocuidado de los niños en ambos grupos.
Los resultados de este estudio mostraron que, tras el tratamiento, las puntuaciones de la Clasificación de la función motora gruesa (GMFM), Escala de

desarrollo motor de Peabody - motor fino (PDMS-FM) y Escala de desarrollo de Gesell, cociente de desarrollo (DQ) de los niños en ambos grupos fueron más altas que las del periodo previo al tratamiento, y las puntuaciones posteriores al tratamiento del grupo tratado fueron más altas que las del grupo control. Esto indica que las estrategias precisas de rehabilitación diseñadas para abordar los deterioros funcionales de los niños con parálisis cerebral bajo el marco ICF-CY pueden mejorar significativamente las funciones cognitivas y motoras gruesas y finas de los niños. (18)

Si se considera que la parálisis como secuela motora de la polio, se adquiere en un niño en edades tempranas, la afectación en el desarrollo psicomotor será más que evidente, estos lapsos temporales propios de la estimulación temprana son importantes el andamiaje de múltiples áreas del futuro ser humano, ahora este niño post infección será más dependiente de los profesionales a la rehabilitación.

En **Argentina**, **Edelvis** en **2021**, en su estudio titulado “Intermitencias de un recuerdo eludido. La poliomielitis y el síndrome postpolio entre el pasado y el presente”, sostiene que las epidemias de poliomielitis suelen ser evocadas como un fenómeno histórico ya superado. No obstante, la identificación del Síndrome Postpolio como una entidad clínica reciente y polémica irrumpe en el escenario contemporáneo, otorgando nuevas dimensiones y significados a la poliomielitis como un problema vigente. El propósito central de esta investigación es indagar en los procesos de construcción y reconocimiento diagnóstico de dicho síndrome, así como examinar las distintas interpretaciones acerca del aparente “olvido” de la enfermedad y de quienes sobrevivieron a ella. Para ello, se recurrió tanto a fuentes documentales primarias como a materiales difundidos en plataformas digitales de organizaciones vinculadas a la defensa de los derechos de las personas con discapacidad. Los hallazgos ponen de relieve las múltiples formas en que las epidemias pasadas son recordadas u omitidas, dependiendo de los marcos sociales, políticos y culturales en los que se inscriben. A partir de la particular intersección entre pasado y presente, y de las disputas en torno a la construcción de la memoria colectiva, este síndrome —concebido como una

“nueva-vieja” enfermedad— se configura como un sustrato biológico que legitima demandas actuales y busca redefinir los horizontes de ciudadanía en función de las condiciones corporales derivadas de estas secuelas. (19)

La persona que vive con una discapacidad sea física, sensorial o intelectual, pudo haber estado expuesta a múltiples causas en etapas: prenatales, perinatales o postnatales, conllevando compromisos de magnitud leve, moderada o severa, que van a mermar su calidad de vida.

En particular, en el caso de infecciones, el virus de la polio afecta mayormente a niños y luego del proceso propio de la enfermedad, la secuela neurológica más evidente es el compromiso motor, que involucra la movilidad de las extremidades inferiores, lo que lo hace más dependiente de su cuidador primario, que es el responsable de cubrir las necesidades físicas, como las atenciones de salud, como la provisión de medicamentos, fisioterapia y cuidados relacionados, como la alimentación, aseo, vestido y traslado; de la misma manera, las necesidades emocionales, que parten desde el apego hasta la consolidación del temperamento, personalidad, autoestima y demás aspectos vinculados, tornarán al niño más dependiente por mucho más tiempo.

En tanto a los antecedentes de la variable Calidad de vida, **Miszory et al**. en **Hungría**, **2023**, en el estudio “Calidad de vida de los supervivientes de la poliomielitis húngaros” en quienes se aplicó el Cuestionario SF-36 (N= 268), determinaron que los pacientes con poliomielitis, con excepción de dos dimensiones (salud mental, funcionamiento social), en la escala de 100 no alcanzan la calidad de vida “promedio” (funcionamiento físico 23 puntos, rol funcional 36 puntos, rol emocional 47 puntos, dolor corporal 48 puntos, salud general 42 puntos, vitalidad 50 puntos, cambio de salud 31 puntos). Llegando a la conclusión de que la calidad de vida de los pacientes con poliomielitis está muy por debajo de las dimensiones de la función física, mientras que la diferencia en salud mental en comparación con las personas sanas es mínima. (20)

En **Colombia**, **García-Barrera y colaboradores** en **2022**, en su investigación titulada “Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica”, plantean que la valoración de la calidad de vida de un individuo depende en gran medida de las experiencias que este atraviesa, pudiendo ser considerada positiva o negativa según dichas vivencias. El propósito central del estudio fue analizar tanto la calidad de vida como la percepción del proceso salud-enfermedad en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas no transmisibles. La investigación se desarrolló bajo un diseño mixto de tipo explicativo secuencial, tomando como población a personas mayores con diagnóstico de enfermedad crónica, atendidas en dos programas de salud en la ciudad de Tunja durante el año 2017. La muestra estuvo conformada por 44 participantes, y las variables incluyeron aspectos sociodemográficos, percepción de la salud, percepción de la enfermedad y calidad de vida. Para la recolección de datos se aplicaron los cuestionarios SF-36 e IPQ-B, además de la realización de un grupo focal. El análisis se efectuó mediante correlación de Spearman, regresión logística, abordaje fenomenológico existencial y triangulación metodológica.

Los resultados evidenciaron que el promedio global de calidad de vida fue de 59,5 %, destacándose la dimensión de salud mental con un 93,2 %. En cuanto a la percepción de la enfermedad, la categoría más relevante fue la comprensión de esta, con un puntaje de 7,3 ± 2,2. Asimismo, la valoración más alta correspondió al control personal y a la percepción general de la salud, con un coeficiente de 0,770 (p=0,000). Entre las categorías emergentes se identificaron la enfermedad como factor de marginación social y familiar, el papel del apoyo tanto familiar como espiritual, la influencia del sistema de salud, la necesidad del autocuidado, la relevancia de las redes de apoyo y la calidad de vida como eje transversal. En conclusión, el estudio confirma que la calidad de vida y la percepción del binomio salud-enfermedad mantienen una correlación significativa, y que ambas dimensiones se encuentran moduladas por las experiencias individuales y las estrategias de afrontamiento que cada persona desarrolla frente a la enfermedad. (21).

En cuanto a las **redes sociales** vinculadas a la salud, estas pueden ser utilizadas por los profesionales de la salud, los pacientes y familiares, relacionadas con diferentes entidades patológicas. Actualmente, con el avance tecnológico y el acceso mayoritario a la virtualidad, como a internet, existen diversos autores que comparten experiencias de salud entre profesionales, pacientes y familias.

Si bien es cierto que estos recursos, como las redes sociales, están presentes desde hace varios años, fue un punto de quiebre la masificación de esta alternativa virtual, la pandemia de la COVID-19, que provocó una crisis sanitaria global, donde el distanciamiento social constituyó una sugerencia prácticamente obligatoria durante varios meses.

En **Argentina**, **Quintana y colaboradores** en **2023**, en su investigación titulada "Experiencia sobre la implementación de estrategias educativas digitales en pacientes con artritis reumatoide de la comunidad Qom durante la pandemia", señalan que la emergencia sanitaria provocada por la COVID-19 relegó de manera significativa la atención de enfermedades crónicas. El propósito del estudio fue describir la experiencia vinculada al diseño y puesta en práctica de materiales audiovisuales bilingües, difundidos mediante dos plataformas digitales, dirigidos a pacientes con artritis reumatoide residentes en Rosario y PRSP. La metodología adoptada correspondió a un enfoque cualitativo. Para la distribución de los contenidos se emplearon las redes sociales Facebook y WhatsApp, y el material fue elaborado en colaboración con representantes de la comunidad Qom, un pueblo indígena argentino. Los temas abordados giraron en torno al impacto de la pandemia en personas con artritis reumatoide. En cuanto a los resultados, se registró la participación de 40 pacientes a través de la visualización de los videos, aunque en dos ocasiones fue necesario repetir la difusión debido al bajo nivel de involucramiento. La tasa de participación se mantuvo por debajo del 50%. La discusión del estudio subraya que las estrategias educativas digitales no siempre resultan eficaces en poblaciones caracterizadas por una marcada diversidad sociocultural. Asimismo, se enfatiza que las desigualdades estructurales han sido históricamente persistentes y que la pandemia no hizo más que profundizarlas, evidenciando las limitaciones de

acceso y las brechas existentes en el ámbito de la salud y la educación digital. (22)

De manera semejante, **Díaz y colaboradores** en **Argentina** en **2025**; en su trabajo titulado “Redes socio-digitales y calidad de vida en los pacientes con enfermedades raras”, plantean como propósito central examinar el impacto que ejerce la comunicación a través de redes sociales en la calidad de vida de personas que padecen enfermedades raras (ER). El estudio se desarrolló bajo un enfoque comparativo, considerando distintas asociaciones y plataformas digitales. La metodología implementada incluyó un análisis de contenido en Facebook e Instagram, la aplicación de encuestas a pacientes y familiares, así como entrevistas en profundidad con representantes de las asociaciones AIPAMM y MPN España. Los hallazgos evidencian que el uso de redes sociales no solo favorece el acceso a información ajustada a las necesidades individuales, sino que también constituye un espacio de acompañamiento emocional. También se identificaron diferencias relevantes en la eficacia de las estrategias comunicativas, dependiendo de la plataforma y del tipo de contenido difundido. En síntesis, la investigación concluye que las redes sociales se configuran como instrumentos fundamentales para incrementar la visibilidad de las enfermedades raras y brindar apoyo emocional a quienes las padecen; sin embargo, persisten desafíos vinculados a la calidad y confiabilidad de la información compartida en estos entornos digitales. (23)

Sin embargo, todo lo que se publica en las redes no tiene veracidad ni evidencia científica y la desinformación o las *“fake news”* pueden distorsionar la realidad y las personas poco preparadas pueden ser vulnerables a poner en riesgo su salud, consumiendo productos no testeados, o ser víctimas de estafa.

Al respecto, **Espinoza** y **Mazuelos**, en **Cuba**, **2020**, en su publicación “Desinformación sobre temas de salud en las redes sociales”, manifiestan que la información errónea en las redes sociales puede tener efectos adversos en la salud pública. Por eso, hoy día existe una necesidad imperante para la salud

pública de identificar oportunamente y mitigar (cuando corresponda) la información errónea referida a temas de salud en las redes sociales. Este artículo describe la desinformación en salud y sus consecuencias; resalta líneas de investigación selectas sobre la desinformación en salud y discute la necesidad de un trabajo colaborativo, multiagencial e interdisciplinario para enfrentar la desinformación en salud. (24)

Esta investigación trata de conocer la situación, calidad de vida y factores asociados de las personas con secuela de polio de una red social horizontal de Lima, en 2025, y establecer relaciones entre los antecedentes de cada uno, y a partir de estos hallazgos, establecer referencia para futuras investigaciones.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General:

¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025?

1.2.2. Problemas Específicos:

¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025?

¿Cuáles son los factores económicos asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025?

¿Cuáles son los factores de salud asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Identificar cuáles son los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

1.3.2. Objetivos Específicos

Determinar cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.
Establecer los factores económicos que asocian la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.
Determinar cuáles son los factores de salud asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

1.4. Justificación

Justificación teórica:

Desde una representación teórica, esta investigación se sostiene en la teoría de los determinantes sociales, que reconoce la interacción entre factores físicos, psicológicos y sociales en la experiencia de salud. Saberes recientes han evidenciado que los pacientes con secuela de poliomielitis enfrentan no solo limitaciones físicas, sino también retos emocionales y sociales que configuran su percepción de bienestar. La comprensión de estos factores desde una mirada integral permite avanzar en el conocimiento científico sobre enfermedades neuro virales y sus secuelas tardías, aportando a la construcción de teorías más inclusivas y contextualizadas.

Justificación práctica:

En el plano práctico, esta tesis responde a una necesidad urgente: visibilizar a una población que ha sido históricamente marginada del discurso sanitario. Los pacientes con secuelas de polio suelen enfrentar una atención fragmentada, marcada por el desconocimiento del SPP por parte de los profesionales de la salud. Esta situación genera una “odisea diagnóstica” que retarda el acceso a tratamientos adecuados y agrava el sufrimiento de los afectados.

La identificación de los factores asociados a la calidad de vida permitirá diseñar intervenciones más efectivas, centradas en la rehabilitación funcional, el acompañamiento emocional y el fortalecimiento de redes de apoyo.

Justificación profesional:

Desde la visión de un profesional de la salud que trabaja en rehabilitación, abordar las secuelas de la polio implica enfrentar desafíos clínicos complejos. La rehabilitación no solo busca mejorar la funcionalidad física, sino también aliviar el dolor crónico, prevenir deformidades ortopédicas y promover la autonomía del paciente. La literatura reciente destaca la necesidad de un abordaje multidisciplinario, que incluya fisioterapia, terapia ocupacional, psicología y medicina física.

El profesional de rehabilitación se convierte en un actor clave en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes, al ofrecer intervenciones personalizadas que consideran las particularidades de cada caso. Esta tesis se alinea con la práctica clínica al proponer estrategias basadas en evidencia para fortalecer el rol del profesional como agente de cambio en la atención integral.

1.5. Delimitantes de la investigación

Delimitante teórica: Las variables a estudiar son los factores asociados y la calidad de vida. El acceso a información netamente sobre casos similares en pacientes con secuela de polio en Perú o Lima ha sido muy reducido. Por otro lado, se pudo conseguir información en artículos médicos en revistas indexadas en idioma inglés y se tuvo que traducir.

Delimitante temporal: El presente trabajo se desarrolla en el delimitante temporal comprendido entre los meses de enero y diciembre del año 2025. Una de las dificultades que se encontró es el acceso a la información, por lo que se solicitó la participación de estos pacientes que participan de las redes sociales.

Delimitante espacial: El lugar de aplicación de la presente investigación es la ciudad de Lima, capital del Perú. Se estudió específicamente a pacientes con secuela de poliomielitis, que participan en una red social horizontal como Facebook, de quienes se recogió la información necesaria para poder sugerir las mejoras correspondientes que se puedan aplicar a su realidad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes: internacionales y nacionales.

2.1.1. A nivel internacional

En cuanto a los antecedentes internacionales, relacionados a la poliomielitis, **Koopman et al.** en **Países Bajos 2025,** en su estudio acerca de "Síndrome Postpolio" expresan que la poliomielitis es causada por una infección con el virus de la poliomielitis, que destruye las neuronas motoras de la médula espinal o del tronco encefálico, lo que provoca la manifestación clásica de paresia flácida aguda o parálisis sin pérdida sensorial. Tras una recuperación (parcial), las personas con antecedentes de poliomielitis pueden desarrollar nuevos síntomas neuromusculares tras muchos años de funcionamiento neurológico estable, conocidos como síndrome pospolio (SPP). El síntoma clave del SPP es la aparición de debilidad o fatiga musculares anormal, que puede ir acompañada de fatiga generalizada e intolerancia al frío. Se estima que aproximadamente el 60 % de los pacientes con antecedentes de poliomielitis paralítica desarrollan SPP. La hipótesis más aceptada sobre la patogénesis del SPP es el uso excesivo de las unidades motoras agrandadas, lo que provoca la degeneración distal tardía de los axones. Dado que no existe un tratamiento curativo para el SPP, la rehabilitación multidisciplinaria es la base del tratamiento y tiene como objetivo reducir los síntomas, optimizar el funcionamiento de la vida diaria y prevenir afecciones secundarias. (25)

A la par, **Toda et al.** en **Japón, 2025,** en su publicación: "Estudio sobre los cambios en los síntomas subjetivos entre los supervivientes japoneses de la poliomielitis a lo largo de 10 años" expresa como Objetivo: Definir los cambios a largo plazo en los síntomas subjetivos entre los supervivientes de la poliomielitis en Japón. En tanto el Diseño: Estudio prospectivo de cohortes. Pacientes: Sesenta y cinco supervivientes de la poliomielitis. Métodos: Se realizaron encuestas sobre los síntomas subjetivos, incluyendo la debilidad muscular y la

atrofia de las extremidades, durante 2007 y 2021. Se sumaron y puntuaron los resultados de las pruebas musculares manuales de las extremidades superiores e inferiores de ambos lados durante 2007, y se definió como lado deficiente el que obtuvo puntuaciones más bajas. Se clasificó para los participantes en grupos jóvenes y mayores según la mediana de edad en la primera encuesta (es decir, 58 años) y se compararon los síntomas subjetivos entre ambos grupos. Resultados: En general, la atrofia y la debilidad muscular progresaron en las extremidades inferiores y superiores, mientras que la fatiga se redujo. La debilidad muscular progresó sobre todo en las extremidades inferiores del lado deficiente en el grupo más joven, y en el grupo de mayor edad, progresó en las extremidades inferiores del lado bueno y en las inferiores del lado deficiente. Finalmente, la Conclusión: El momento en que se produjo la debilidad muscular progresiva difirió entre las extremidades superiores e inferiores de los supervivientes de la poliomielitis entre los más jóvenes y de mayor edad. (26)

En mismos términos, **Ofran et al.** en **Israel, 2021** en su investigación “Caídas en pacientes pospolio: prevalencia y factores de riesgo”, consideran que las personas con síndrome post-polio (PPS) sufren caídas y daños secundarios. Plantea como Objetivo: (i) analizar la correlación entre los datos de marcha espaciotemporales y las medidas de caídas (miedo y frecuencia de caídas) y (ii) probar si los parámetros de la marcha son predictores de las medidas de caídas en pacientes con PPS. Métodos: Los datos de marcha espaciotemporales de 50 personas con PPS (25 hombres; edad 65.9 ± 8.0) se adquirieron durante la marcha y mientras realizaban la prueba Timed Up-and-Go. Los sujetos llenaron la Escala de confianza del equilibrio específica de actividades (Escala ABC) e informaron el número de caídas durante el año pasado. Resultados: Las puntuaciones ABC y el número de caídas se correlacionaron con la prueba Timed Up-and-Go y la cadencia y velocidad de la marcha. El número de caídas también se correlacionó con el índice de simetría de duración del balanceo y la variabilidad de la longitud del paso. Cuatro parámetros de variabilidad de la marcha explicaron el 33.2% de la varianza del informe de caídas ($p = 0.006$). La velocidad de la marcha fue el mejor predictor de la puntuación ABC y explicó el

24,8 % de su varianza (p = 0,001). Conclusión: La variabilidad de la marcha, fácilmente medible mediante wearables o tapetes con sensor de presión, es un predictor importante de caídas en la población con SPP. Por lo tanto, la variabilidad de la marcha podría ser una herramienta eficaz antes de diseñar un programa de prevención de caídas específico para el paciente con SPP. (27)

Simeonova y colaboradores, en **Bulgaria** en **2024**, en su estudio titulado "Vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida aguda para la erradicación de la poliomielitis", señalan que en mayo de 1988 la Asamblea Mundial de la Salud estableció para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la meta de eliminar la poliomielitis a nivel global antes del año 2000. En este contexto, la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) se consolidó como el estándar de referencia para la detección de casos de polio. La sensibilidad del sistema se mide a través de la incidencia de PFA no asociada a poliomielitis en menores de 15 años, con el objetivo de identificar más de un caso por cada 100.000 niños. En cuanto a los avances, la **OMS** declaró en **2015** la erradicación del poliovirus salvaje tipo 2 y, posteriormente, en 2019, la del tipo 3. Sin embargo, el poliovirus salvaje tipo 1 continúa circulando en determinadas regiones. Frente a este escenario, la Estrategia Mundial para la Erradicación de la Polio de la OMS, correspondiente al período 2022-2026, se centra en tres objetivos fundamentales: lograr la interrupción definitiva de la transmisión en los países endémicos —principalmente Afganistán y Pakistán—, detener la propagación del poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV) y evitar la aparición de brotes en territorios donde la enfermedad ya no es endémica. (28)

En el ámbito de la poliomielitis, se han recopilado antecedentes provenientes de investigaciones doctorales internacionales, entre ellas la tesis de **Mosquera M**. en **Colombia** en **2019**, titulada "La poliomielitis y su erradicación en el proceso de modernidad colombiana". Este trabajo subraya la relevancia del tema de la erradicación de la poliomielitis, no solo por sus implicancias transnacionales, sino también por la singularidad de la enfermedad, marcada por un fuerte componente de preocupación social debido a sus secuelas paralíticas y a su

impacto predominante en la población infantil. La investigación se inscribe dentro del marco historiográfico de la historia de la medicina y de la salud pública en América Latina. En el caso colombiano, se evidencia la ausencia de estudios monográficos que aborden de manera integral la trayectoria de la poliomielitis, desde los primeros brotes epidémicos hasta las estrategias de prevención, control y erradicación, así como su relación con el proceso de modernización vivido por el país en la contemporaneidad.

Para la construcción del análisis, se recurrió a fuentes primarias obtenidas mediante una estrategia de búsqueda orientada a recuperar documentos sobre la erradicación de enfermedades infecciosas en general y, de manera específica, sobre la poliomielitis en Colombia. Las fuentes secundarias, por su parte, se recopilaron a través de una búsqueda sistemática en las principales bases de datos de historia de la medicina y de la ciencia, incluyendo materiales indexados y no indexados en repositorios biomédicos. La metodología se estructuró en fases, destacando la etapa heurística, centrada en la identificación y análisis de fuentes relevantes. El estudio también contextualiza los logros alcanzados en la Región de las Américas, donde la amplia cobertura de vacunación permitió establecer la meta de reducir a cero los casos de poliomielitis. Factores como la disponibilidad de vacunas eficaces y de bajo costo, junto con la ausencia de vectores animales o reservorios naturales de la enfermedad, facilitaron la erradicación regional. En 1994, la Región de las Américas alcanzó oficialmente este objetivo, resultado del compromiso sostenido de los gobiernos miembros de la OPS, la activa participación comunitaria, la cooperación interinstitucional y la adecuada gestión de los recursos disponibles. Dicho logro implicó, además, la responsabilidad de mantener los esfuerzos colectivos para garantizar que la región continúe libre de poliomielitis. (29)

En el estudio realizado por **Arévalo y colaboradores** en **Ecuador** durante **2021**, titulado "Calidad de vida en adultos mayores profesionales de Ecuador", se buscó examinar la calidad de vida en personas mayores considerando los factores predictivos del bienestar subjetivo, y modulando los hallazgos según el

grado de formación profesional. Este trabajo adoptó un diseño no experimental, con un enfoque deductivo, transversal y de alcance correlacional-causal. Para ello, se distribuyó una encuesta a una muestra de 500 adultos mayores en el país. Los análisis multivariados revelaron asociaciones positivas y estadísticamente significativas entre la calidad de vida y varios predictores claves, como la situación económica, el rol de la familia, la autopercepción de la salud, la autonomía en las actividades cotidianas y el conjunto de recursos disponibles para la alimentación. Cabe destacar que los adultos mayores sin formación profesional mostraron mayor vulnerabilidad ante una percepción negativa de su salud, en contraste con aquellos que sí la poseían, quienes tendieron a valorar en mayor medida su satisfacción económica. (30)

En el trabajo de **Verdugo y colegas** en **Colombia**, publicado en **2020** bajo el título "Calidad de vida en familias de personas con discapacidad", se planteó como meta principal avanzar en la comprensión de la calidad de vida familiar en contextos de discapacidad, todo ello desde la perspectiva de un enfoque asistencial centrado en la familia. Los autores revisaron sistemáticamente las interacciones entre familia y discapacidad a través del marco teórico del modelo de calidad de vida, centrándose en investigaciones clave realizadas en España y América Latina.

Entre los hallazgos más relevantes, destacan los progresos notables en la investigación sobre calidad de vida familiar, que han impulsado cambios en las prácticas profesionales y organizacionales. Estos avances facilitan decisiones informadas sobre aspectos vitales de la vida cotidiana, al tiempo que generan un creciente interés por herramientas específicas de evaluación. Tales instrumentos permiten medir el impacto real de las intervenciones y servicios ofrecidos.

En síntesis, potenciar la calidad de vida en el ámbito familiar emerge como un pilar esencial para fomentar el desarrollo personal y la plena inclusión social de las personas con discapacidad. (31)

2.1.2. A nivel nacional:

En el ámbito de los estudios nacionales sobre cobertura de inmunización antipolio, destaca el aporte de **Chaparro et al.** en **Chiclayo**, Perú, durante **2020**, en su trabajo titulado “Vacuna hexavalente en el Perú. Hacia la cobertura segura y sostenida de la vacunación en la infancia. Consenso de expertos”. Los autores subrayan que la inmunización representa una de las estrategias preventivas más efectivas para reducir la morbimortalidad infantil a nivel global. Sin embargo, persisten desafíos significativos para lograr coberturas óptimas, agravados por la multiplicidad de dosis y vacunas requeridas, lo que complica el cumplimiento de metas establecidas.

Ante esto, se promueven vacunas combinadas y fraccionadas con el fin de minimizar inyecciones, errores operativos, reacciones adversas y potenciar la adherencia familiar. El consenso se construyó mediante tres sesiones de nueve horas cada una, con la participación de seis pediatras expertos en vacunas peruanos, aplicando la metodología RAND/UCLA. El foco fue actualizar y consensuar el uso de la vacuna hexavalente [DTaP + Haemophilus influenzae tipo b (Hib) + Hepatitis B (VHB) + polio inactivada (IPV)] en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Entre las recomendaciones clave emergen: la sustitución de la polio oral (OPV) por IPV, de las pertusas de células enteras por versiones acelulares, y del DTP a los 4 años por DTaP entre los 4 y 6 años; la adopción de la hexavalente para la serie primaria (2, 4 y 6 meses); cuatro dosis de Hib (2, 4, 6 y 18 meses); su integración plena en el PAI; el rechazo a la IPV fraccionada (fIPV); y la administración exclusiva de cuatro dosis de IPV. (32)

En el panorama de las tesis doctorales nacionales sobre calidad de vida, resalta el trabajo de **Meza** en **2021**; realizado en **Huánuco**, titulado “Calidad de vida laboral y desempeño del personal de salud en tiempos de pandemia en el Hospital Materno Infantil ‘Carlos Showing Ferrari’, Huánuco -2021”. Esta investigación adoptó un enfoque cuantitativo con nivel explicativo, prospectivo, observacional, transversal y analítico, bajo un diseño correlacional. Se trabajó

con una población de 161 trabajadores de salud, seleccionando una muestra de 114 mediante muestreo probabilístico estratificado aleatorio. La recolección de datos se basó en encuestas, utilizando el cuestionario GOHISALO modificado para calidad de vida laboral y otro específico para desempeño.

Los hallazgos revelaron que el 54.4% del personal reportó calidad de vida laboral regular, el 38.6% alta y el 7% baja; en cuanto al desempeño, el 53.5% lo calificó como regular, el 40.4% como bueno y el 6.1% como deficiente. La combinación más frecuente fue alta calidad de vida laboral con buen desempeño (27.2%), mientras que la baja calidad se asoció con desempeño deficiente en solo el 3.5%. Las asociaciones entre dimensiones de la calidad de vida laboral y el desempeño fueron significativas: soporte institucional (VV de Cramer = 0.298), seguridad laboral (VV de Cramer = 0.475), integración al puesto (VV de Cramer = 0.493), satisfacción laboral (VV de Cramer = 0.263), bienestar por el trabajo (VV de Cramer = 0.433), desarrollo personal (VV de Cramer = 0.312) y administración del tiempo libre (VV de Cramer = 0.419). Globalmente, se confirmó una influencia moderada mediante $\chi 2=41.360\chi 2=41.360$, $p<0.001p<0.001$ (VV de Cramer = 0.494). Así, las hipótesis contrastadas en SPSS versión 25 validaron que la calidad de vida laboral impactó positivamente el desempeño durante la pandemia. (33)

En el contexto de tesis doctorales nacionales sobre calidad de vida, sobresale la contribución de **Huamán** en **2022**; en **Callao**, con su investigación “Imagen corporal y calidad de vida en pacientes con trasplante renal de un hospital público Callao 2022”. Este estudio se enmarcó en un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y correlacional. La muestra incluyó 71 receptores de trasplante renal, seleccionados de forma no probabilística e intencional entre quienes voluntariamente cumplieron los criterios de inclusión. Se emplearon instrumentos validados: el Cuestionario Multidimensional de Relaciones del Cuerpo con el Yo (Body Self Relations) para evaluar la imagen corporal, y el SF-36 para medir la calidad de vida. Los resultados indicaron que el 98.6% de los participantes experimentaba una insatisfacción moderada con su imagen

corporal. En cuanto a la calidad de vida, predominó un nivel muy alto (57.7%), seguido de alto (38.1%). La correlación se confirmó mediante la prueba de Rho de Spearman, con *p=0.001<0.05p*=0.001<0.05, evidenciando que una menor alteración en la imagen corporal se asocia con mayor calidad de vida en este grupo de pacientes. (34)

2.2. Bases Teóricas

2.2.1 Modelo biomédico:

El Modelo Biomédico, ha sido el modelo dominante, así aceptado con relación a la enfermedad, conocimiento y práctica médicos, basados en las ciencias biomédicas, es conocido como un “Modelo de enfermedad”.
Se basa en el reduccionismo: la enfermedad se reduce a causas biológicas, celulares o fisiológicas. Busca datos objetivos y cuantificables para el diagnóstico y tratamiento. Centra su atención en tratar la enfermedad como una entidad separada del contexto personal o social del paciente. Prioriza la intervención médica sobre otros enfoques integrales que consideren la persona en su totalidad. Este enfoque domina la medicina moderna y ha sido crucial para el avance de tratamientos basados en evidencia biológica, aunque también ha recibido críticas por su enfoque limitado.

Calvo, en **2023**, refiere que el teórico a quien se le atribuye principalmente el Modelo Biomédico en salud pública es George L. Engel, psiquiatra y profesor de medicina, que en la década de 1970 planteó críticas a este modelo y propuso el modelo alternativo biopsicosocial. Este modelo biomédico es un paradigma en ciencias de la salud que considera la enfermedad como un problema estrictamente biológico, centrado en aspectos físicos y fisiológicos, y reduce la salud a la ausencia de enfermedad, obviando factores psicológicos, sociales o ambientales. (35)

Dominó en la primera mitad del siglo XX, centrándose en la investigación del agente infeccioso, identificación del virus de la polio y desarrollo de vacunas (Salk y Sabin) como respuesta al problema.

2.2.2. Modelo de prevención primaria:

Gil-Girbau y colaboradores en **2021**; atribuyen el modelo clásico de prevención primaria en salud pública principalmente a Leavell y Clark, quienes en los años 40 lo integraron al marco de la historia natural de la enfermedad, delineando sus niveles: primario, secundario y terciario. Este enfoque conceptualiza la prevención primaria como un conjunto de intervenciones destinadas a suprimir la aparición de enfermedades o problemas sanitarios, actuando sobre los determinantes causales y condicionantes.

En esencia, el modelo de prevención primaria opera sobre poblaciones sanas para potenciar elementos protectores y mitigar la exposición a amenazas. Se sitúa en la fase prepatogénica de la evolución de la enfermedad, con el propósito explícito de bloquear su surgimiento antes de que se manifieste. Sus estrategias incluyen vacunación, educación sanitaria, fomento de estilos de vida saludables, así como la remoción de riesgos ambientales y comportamentales.

Particularmente, enfatiza la vacunación masiva orientada a la erradicación total, respaldada por sistemas de vigilancia epidemiológica activa y esfuerzos coordinados a escala global, como los impulsados por la OMS y la Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI). (36)

2.2.3. Modelo de prevención secundaria y terciaria:

Enfocado en la detección temprana de casos y rehabilitación, enfatizando la reducción de la discapacidad a largo plazo mediante terapias físicas y ocupacionales, así como apoyo psicológico y social.

Gutenbrunner et al. 2023, especifican que el Modelo de Prevención Secundaria y Terciaria en salud pública no se atribuye a un solo teórico específico, ya que estos conceptos forman parte de la epidemiología y la medicina preventiva clásica. Sin embargo, se basan en teorías desarrolladas y sistematizadas a lo largo del tiempo, con referencias clásicas que incluyen a la Escuela de Salud Pública y expertos como Leavell y Clark, que fueron pioneros en clasificar los niveles de prevención.

Concepto de Prevención Secundaria y Terciaria:

Prevención Secundaria: Se centra en la detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades en sus primeras fases, para detener o ralentizar su progresión. Implica diagnóstico precoz y control periódico para evitar secuelas avanzadas.
Prevención Terciaria: Orientada al manejo y tratamiento de enfermedades crónicas o ya diagnosticadas para reducir complicaciones, mejorar la calidad de vida, rehabilitar al paciente y evitar la progresión del daño. Incluye rehabilitación física y psicológica, y la integración social del paciente. (37)

2.2.4. Modelo biopsicosocial y perspectiva integral:

Arrieta Villarreal et al. 2021, menciona que la atención a las secuelas no solo es física, sino que implica la integración de servicios médicos, sociales y psicológicos a lo largo de la vida del paciente, así como la participación de los sobrevivientes en su propio proceso de atención y rehabilitación.

El teórico de salud pública a quien se le atribuye el Modelo biopsicosocial y la perspectiva integral es George L. Engel, un psiquiatra y médico internista estadounidense. Este modelo fue propuesto por él en 1977 como una alternativa al modelo biomédico tradicional, con la idea de que la salud y la enfermedad deben entenderse desde la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. El modelo se enfoca en una visión integral y holística de

la salud, integrando elementos biológicos, psicológicos y sociales, y resaltando la importancia de un abordaje interdisciplinar para el bienestar no solo del individuo sino también de su familia y comunidad.

El modelo biopsicosocial sostiene que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción compleja de tres tipos de factores:

- Biológicos (genética, herencia, aspectos fisiológicos).
- Psicológicos (conductas, emociones, pensamientos).
- Sociales (condiciones socioeconómicas, relaciones interpersonales, cultura).

Este modelo supera la visión reduccionista del modelo biomédico clásico y propone un enfoque integral para la evaluación y tratamiento en salud pública y clínica. (38)

2.2.5. Enfoque de determinantes sociales:

Macías-Intriago y colaboradores en **2024**; definen los determinantes sociales de la salud como las condiciones específicas en las que las personas nacen, se desarrollan, trabajan, conviven y envejecen, abarcando influencias económicas, sociales, políticas y culturales que moldean de manera decisiva la salud individual y colectiva.

Esta visión ha madurado hacia un paradigma que pone en evidencia cómo las desigualdades sociales generan inequidades evitables e injustas en materia sanitaria, lo que exige intervenciones y políticas que aborden no solo síntomas, sino también los determinantes estructurales para avanzar hacia una equidad real. El modelo conceptual de los determinantes sociales se asocia primordialmente a Marc Lalonde, quien en 1974 delineó cuatro pilares fundamentales: estilos de vida, entorno ambiental, factores biológicos y organización de los servicios sanitarios. Más adelante, la Organización Mundial

de la Salud (OMS) refinó este esquema con una estructura jerárquica de tres niveles —estructurales, intermedios y proximales—, permitiendo un análisis más integral de las inequidades desde una óptica social amplia.

Este marco resulta particularmente relevante al considerar cómo factores socioeconómicos y culturales incrementan la vulnerabilidad a enfermedades y comprometen la calidad de vida post-secuelas, mediante limitaciones en el acceso a recursos, déficits en la integración comunitaria y obstáculos para intervenciones rehabilitadoras efectivas. (39)

2.3. Marco conceptual

Bases epistemológicas:

Para una tesis doctoral como "Factores asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio", las bases epistemológicas más acordes suelen provenir del positivismo y el pospositivismo, ya que este tipo de investigación es observacional, cuantitativa y busca asociaciones estadísticas (como con regresiones o Chi cuadrado) en contextos de salud pública, sin experimentación directa. Estas corrientes enfatizan la objetividad, la medición empírica y la falsabilidad, ideales para analizar variables como factores sociodemográficos o clínicos en poblaciones con discapacidades crónicas.

Pérez, 2015, manifiesta que el Positivismo, propuesto por Auguste Comte: Se basa en la idea de que el conocimiento científico surge de hechos observables y verificables mediante métodos cuantitativos, aplicable aquí para medir "calidad de vida" con escalas validadas (ej. WHOQOL) y factores asociados vía datos empíricos. (40)

Mientras que, **Pérez, 2023**, define al Pospositivismo, desarrollado por Karl Popper: Reconoce limitaciones subjetivas, pero prioriza hipótesis testeables y

refutabilidad, perfecto para estudios epidemiológicos que identifican asociaciones sin afirmar causalidad absoluta, como en secuelas de polio. (41)

Factores Asociados:

La salud óptima trasciende los límites de la herencia genética; inciden de manera decisiva las condiciones concretas del entorno en el que las personas nacen, se forman, laboran y conviven. Estos elementos socioambientales, conocidos como determinantes o impulsores sociales de la salud, configuran no solo el bienestar físico, sino también la calidad de vida global. Así lo expone la publicación de **Cigna Healthcare** en **2025**; titulada “Factores sociales que pueden afectar su salud”, donde se ilustra que aspectos como el acceso a una vivienda digna representan un determinante clave, aunque muchos enfrentan barreras económicas para obtenerla, traduciéndose en necesidades sociales específicas que demandan intervención.

Estas necesidades sociales ejercen un impacto profundo en la salud, frecuentemente escapando al control individual. Las desigualdades en el acceso a recursos esenciales se agravan por dinámicas sistémicas y normativas que perpetúan injusticias. El texto identifica cinco dominios críticos que vinculan estos factores a los outcomes sanitarios:

Ingresos: La estabilidad económica habilita el acceso a nutrición adecuada, atención médica de calidad, albergue seguro y servicios básicos; sin embargo, aun con empleo formal, muchos no cubren la canasta básica familiar, y la informalidad o el desempleo agrava esta precariedad.

Educación: El nivel y calidad educativa influyen en las oportunidades laborales y remuneraciones futuras; quienes acceden a escuelas de excelencia, completan la secundaria o reciben apoyo familiar para estudios superiores tienden a ocupar posiciones más estables y mejor retribuidas.

Atención médica: La atención regular y de alto estándar previene complicaciones a largo plazo; el seguro y la proximidad a servicios médicos favorecen mejores resultados, mientras que barreras económicas o geográficas limitan su recepción.

Residencia: El entorno habitable moldea la salud directamente; zonas con alta violencia, contaminación ambiental o falta de infraestructura para movilidad activa (peatonal o ciclista) comprometen el bienestar y la calidad de vida.

Comunidad: Las redes sólidas de apoyo —familiares, amistades, colegas o vecinales— fomentan hábitos saludables, amortiguan el estrés y elevan la resiliencia emocional. (42)

El **Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay** en **2022**; en su documento “Conozca los principales factores de riesgo para la salud”, delineó con precisión los elementos que elevan la susceptibilidad individual a patologías diversas. Entre ellos destacan la alimentación inadecuada, los niveles elevados de lípidos sanguíneos (como colesterol y triglicéridos), el sobrepeso y la obesidad, el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo y la exposición pasiva al humo de cigarrillos, así como el sedentarismo y la falta de actividad física.

Estos determinantes actúan como precursores clave de las enfermedades no transmisibles, configurando un perfil de riesgo acumulativo que compromete el bienestar a largo plazo. Lo alentador radica en su naturaleza modificable, lo que abre ventanas para intervenciones preventivas efectivas en el ámbito de la salud pública. (43)

La **Organización Mundial de la Salud** conceptualiza los determinantes sociales de la salud (DSS) como las condiciones concretas en las que las personas nacen, se desarrollan, laboran, conviven y envejecen, junto con las fuerzas y sistemas macro que configuran esas realidades cotidianas. En su marco

conceptual, distingue dos categorías principales: los determinantes estructurales e intermedios.

Los estructurales abarcan el entramado socioeconómico y político que genera distribuciones desiguales de poder, recursos y oportunidades entre grupos definidos por clase social, género o etnia-raza. Estas disparidades sociales, a su vez, derivan en inequidades sanitarias —diferencias sistemáticas, injustas y modificables— donde los colectivos desfavorecidos exhiben consistentemente peores indicadores de salud y bienestar en comparación con los privilegiados. (44)

Calidad de vida:

Lopera-Vásquez, en **2020**, en su investigación “Calidad de vida relacionada con la salud”, manifiesta que la calidad de vida es un concepto utilizado cada vez con más frecuencia para evaluar la afectación de las enfermedades crónicas y la efectividad de los tratamientos médicos. Su abordaje en el campo de la salud suele realizarse a través de cuestionarios auto diligenciados, dada la alta instrumentalización actual del ejercicio clínico. (45)

Marín López en **2021**; en su artículo “Factores asociados a la calidad de vida y su predicción en pacientes renales en hemodiálisis”, conceptualiza la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como la apreciación subjetiva que realiza el paciente sobre cómo su enfermedad y el tratamiento asociado repercuten en sus esferas física, psicológica y social. Esta percepción puede alterarse por síntomas clínicos, efectos adversos terapéuticos o incluso la dinámica relacional con familiares y equipo médico. La CVRS ofrece una ventana valiosa hacia las dimensiones física y mental del individuo, actuando como indicador precoz de complicaciones sanitarias emergentes y facilitando un monitoreo integral del bienestar. (46)

Polio:

Lai et al. en **2022**, en su trabajo “Epidemiología mundial del poliovirus derivado de la vacuna 2016-2021: un análisis descriptivo y un estudio retrospectivo de casos y controles” hacen una definición de la poliomielitis, comúnmente conocida como "polio", y que se refiere a una enfermedad infecciosa aguda causada por el poliovirus, un enterovirus de ARN monocatenario, que daña las neuronas motoras de la médula espinal y el tronco encefálico. Existen tres tipos principales de poliovirus: tipo 1, 2 y 3. La polio afecta con mayor frecuencia a niños menores de cinco años, con el potencial de causar parálisis flácida aguda (PFA), que puede resultar en parálisis irreversible o la muerte. Afortunadamente, con la llegada y la posterior adopción generalizada de las vacunas contra la polio, la carga sanitaria mundial de la polio se ha reducido drásticamente desde entonces, y solo quedan dos países endémicos de poliovirus salvaje: Afganistán y Pakistán. (47)

Rogers en **2021**, en su publicación “La polio y su papel en la fisioterapia estadounidense” manifiesta que los primeros abordajes fisioterapéuticos -a finales del siglo XIX- a pacientes niños con polio consideraban que, al tener un uso inadecuado de los músculos, incluso parálisis, determinaría que esto causaría deformidades y, por lo tanto, a los pacientes con polio, especialmente los niños cuyos movimientos no podían ser fácilmente controlados o ausentes, tenían que estar estrictamente confinados a posiciones -muy incomodas- que mantendrían sus cuerpos rectos mediante el uso de yesos y férulas. Terminando, primero en un hospital de enfermedades infecciosas y luego, en un hospital general o en un “hogar de niños discapacitados”, en donde algunos los pacientes estuvieron fuera de casa hasta por dos años. ((48)

Síndrome Postpolio:

Según **Maeda et al**. en **2022**, en su obra “Síndrome pospolio por infección por poliovirus no paralítico” el término “síndrome postpolio (SPP)”, se aplica a los

supervivientes de la poliomielitis paralítica que desarrollan una nueva debilidad o fatiga después de alcanzar una condición estable a largo plazo. La nueva debilidad y la atrofia afectan tanto a los músculos previamente afectados como a los no afectados. Suelen ser asimétricas o segmentarias. Los poliovirus dañan las motoneuronas espinales en el cuerno anterior. Cuando el daño es menos grave, no se reconoce la parálisis. Un estudio electromiográfico (EMG) volvió a revelar que los músculos no afectados de los pacientes con SPP tienen grandes unidades motoras como resultado de una reinervación eficaz. Existe la posibilidad de que el SPP se produzca en personas con poliomielitis no paralítica. (49)

Discapacidad:

La **Organización Panamericana de la Salud** en **2025**; en su portal oficial, describe la discapacidad como un fenómeno complejo y multidimensional que engloba limitaciones físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de carácter prolongado. Estas deficiencias, al interactuar con obstáculos ambientales y sociales, restringen la participación plena y equitativa de las personas en la sociedad, en igualdad de oportunidades con el resto de la población. (50)

Discapacidad física:

Impulsa igualdad y **Pereira et al**. en **2024** plantean que la discapacidad física se define como una pérdida o limitación significativa de la función motora, parcial o total, que afecta la capacidad de movimiento o manipulación corporal, restringiendo de manera directa la realización de actividades cotidianas. Esta discapacidad puede originarse por causas variadas como lesiones, enfermedades crónicas o malformaciones congénitas, y su manifestación impacta la autonomía y la interacción con el entorno físico. (51,52)

Envejecimiento:

Gianfredi et al. en **2025** aluden que el envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social dinámico, inherente a la vida humana, caracterizado por la suma progresiva de cambios fisiológicos y funcionales que, a medida que avanza el tiempo, afectan la capacidad del organismo para adaptarse al entorno y afrontar los desafíos de la vida cotidiana. Según la literatura científica reciente, el envejecimiento no supone únicamente el deterioro, sino que es una etapa de transición y oportunidad para promover salud, dignidad y participación en la sociedad. (53)

Mientras que, **Pinilla Cárdenas et al**. en **2022**, enfatizan que este proceso conlleva una disminución progresiva de la capacidad adaptativa del cuerpo ante estímulos internos y externos, lo cual incrementa la vulnerabilidad a enfermedades, disfunciones y, eventualmente, la muerte. Sin embargo, el envejecimiento no debe ser concebido exclusivamente como deterioro fisiológico, sino también como un fenómeno multifacético que incluye aspectos psicológicos, sociales y culturales, que pueden influir en la calidad de vida y funcionalidad del individuo en la etapa adulta mayor. (54)

Discapacidad e infancia:

Olusanya et al. en **2022**; en su análisis “Prevalencia mundial y regional de discapacidades entre niños y adolescentes: análisis de los resultados de bases de datos de salud mundiales”, destacan que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de 2006 estableció una definición operativa clave para niños con discapacidad. Se refiere a aquellos menores de 18 años que presentan deficiencias físicas —como las derivadas de la poliomielitis—, mentales, intelectuales o sensoriales de larga duración, las cuales, al confrontar barreras ambientales y sociales, obstaculizan su participación plena y efectiva en la sociedad en condiciones de igualdad con sus pares. (55)

Discapacidad y envejecimiento:

La **Fundación AMAS**, en **2025**, considera que el envejecimiento en personas con discapacidad es un proceso multifacético que integra cambios biológicos, psicológicos y sociales, afectados por la interacción entre la condición de discapacidad y el avance de la edad. Se define como un fenómeno en el que la discapacidad y el envejecimiento se solapan generando desafíos específicos relacionados con un envejecimiento prematuro, mayor vulnerabilidad a enfermedades crónicas, y un tornar más complejo el satisfacer las necesidades de cuidado y apoyo. (56)

El **Observatorio estatal de la discapacidad**, en **2020**, postula que, desde el enfoque integral, se reconoce que las personas con discapacidad pueden experimentar un envejecimiento acelerado, particularmente en casos como la discapacidad intelectual, donde los signos de deterioro físico, cognitivo y emocional pueden comenzar alrededor de los 45 años, adelantándose 20 o más años respecto a la población general. Este envejecimiento prematuro se acompaña de un doble impacto: la persona con discapacidad y sus cuidadores, quienes en su mayoría también son adultos mayores, enfrentan simultáneamente los retos del envejecimiento. (57)

Guerrero Romera, en **2019**, considera que el envejecimiento en discapacidad implica además un aumento en la probabilidad de padecer afecciones crónicas propias de la edad avanzada, tales como problemas cardiovasculares, digestivos y sensoriales (visuales y auditivos), además de mayor riesgo de caídas, pérdida de autonomía y dificultades en la participación social. No obstante, la heterogeneidad en tipos y grados de discapacidad modula estas experiencias, donde el contexto social, económico y los servicios de salud juegan un papel fundamental para optimizar la calidad de vida. (58)

Finalmente la **Organización Panamericana de la Salud** en su producción “Década del envejecimiento saludable: Informe de referencia” en **2022**, se conceptualiza que el envejecimiento con discapacidad debe entenderse desde un modelo biopsicosocial que reconozca la interacción dinámica entre aspectos biológicos -como la aceleración del deterioro funcional- y factores psicosociales, incluyendo la accesibilidad, el apoyo familiar y comunitario, y la participación activa, en aras de promover un envejecimiento saludable, digno y autónomo. La evidencia reciente subraya la necesidad de enfoques integrales y personalizados para responder a las complejidades de esta población en crecimiento. (59)

Redes sociales:

Las redes sociales, según **Enciclopedia Concepto** en **2025**, dice que representan plataformas digitales que reúnen comunidades de personas unidas por intereses compartidos, actividades comunes o vínculos relacionales, como amistades, lazos familiares o dinámicas laborales. Facilitan la conexión entre individuos, actuando como canales eficaces para la comunicación y el intercambio de conocimientos, sin requerir un conocimiento previo entre los participantes —un atributo que potencia especialmente el valor de estas comunidades virtuales.

Entre sus rasgos distintivos destacan:

Alcance global: Constituyen redes comunitarias masivas con proyección planetaria.

Acceso multiplataforma: Se operan desde computadoras, tablets o dispositivos móviles.

Gratuidad predominante: Ofrecen uso libre, aunque algunas funcionalidades avanzadas exigen suscripciones.

Actualizaciones instantáneas: Proveen información y novedades en tiempo real.

Personalización de perfiles: Permiten a cada usuario configurar un perfil individualizado. (60)

Redes sociales verticales y horizontales:

A decir de **Salas** en **2025**, las redes sociales verticales se configuran como plataformas especializadas que congregan audiencias de nicho con intereses precisos, funcionando como espacios virtuales dedicados a temáticas o actividades concretas —desde la literatura hasta el turismo o el ámbito laboral— . Esta focalización las distingue claramente, resultando particularmente valiosas para empresas o profesionales insertos en sectores afines. Algunos ejemplos paradigmáticos incluyen:

- LinkedIn: Orientada a networking profesional y desarrollo de carreras.
- GoodReads: Espacio para amantes de la lectura y recomendaciones bibliográficas.
- Strava: Comunidad para atletas y seguimiento de rendimiento deportivo.
- Behance: Plataforma para creativos y portafolios visuales.
- TripAdvisor: Recurso esencial para viajeros y reseñas de destinos.

En contraste, las redes sociales horizontales adoptan un enfoque generalista, atrayendo a públicos masivos mediante el intercambio libre de contenidos variados, sin restringirse a un dominio específico. Su principal fortaleza radica en el vasto alcance demográfico. Ilustraciones clave son: Facebook: Ideal para compartir fotos, videos y actualizaciones personales. X (anteriormente Twitter): Espacio para noticias en tiempo real y debates públicos. Instagram: Plataforma visual centrada en entretenimiento e inspiración estética. TikTok: Enfocada en videos cortos y tendencias virales. (61)

2.4. Definición de términos básicos.

2.4.1. Factores asociados:

Para **Medeiros et al**. en **2021**, los factores asociados en epidemiología se refieren a variables o características (como sociodemográficas, clínicas o

ambientales) estadísticamente relacionadas con un resultado de salud, identificadas mediante análisis multivariado, sin implicar necesariamente causalidad. Esta definición surge comúnmente en estudios observacionales, donde se usan para describir asociaciones en regresiones logísticas o modelos predictivos, como en investigaciones sobre COVID-19 o secuelas de polio. (62)

2.4.2. Calidad de vida:

Según **Lima Castro** y **colaboradores** en **2024,** manifiestan que la calidad de vida se entiende como un constructo multidimensional que incluye percepciones subjetivas de bienestar físico, psicológico, social y ambiental, y refleja la evaluación que hace una persona sobre su posición en la vida dentro de su contexto cultural y valorativo.
Es un concepto dinámico que abarca tanto aspectos objetivos como subjetivos del bienestar global del individuo. (63)

2.4.3. Poliomielitis:

Traviezo en **2021** describe a la poliomielitis como una enfermedad producida por tres serotipos de virus, el poliovirus tipo 1 (más común y el más relacionado con la parálisis), el tipo 2 y el tipo 3; los tres se transmiten por la ingestión de agua o alimentos contaminados, infectando primero el intestino delgado donde se replica para luego trasladarse al torrente sanguíneo y finalmente llegar a la médula espinal, de donde salen los nervios motores de todo el cuerpo. Puede atacar los axones de las neuronas, deteriorándolas y creándose unos axones nuevos, pero que son más débiles. Como consecuencia de esto el paciente pierde la movilidad de las piernas. (64)

2.4.4. Redes sociales:

Las redes sociales, según el aporte de **Grewal** y **equipo** en **2024**, las definen que se componen de nodos, que representan a los miembros dentro de una red,

conectados por lazos o vínculos que representan las relaciones entre esos individuos.

Las redes sociales pueden afectar las creencias, los comportamientos y los resultados en materia de salud a través de diversos mecanismos, como el apoyo social, la influencia social y la difusión de información. (65)

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis.

Hipótesis General:

Los factores sociodemográficos, factores económicos y factores de salud se encuentran asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

Hipótesis Específicas:

Los factores sociodemográficos se encuentran asociados significativamente a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

Los factores económicos se encuentran asociados significativamente a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

Los factores de salud se encuentran asociados significativamente a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

3.1.1. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICE	MÉTODOS / TÉCNICAS
Factores asociados	"Estos factores pueden ser de naturaleza biológica, conductual, social, ambiental o estructural, y su identificación permite comprender la complejidad de los procesos de salud-enfermedad en poblaciones específicas." De la Guardia Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma (2020)	Los factores asociados serán definidos como aquellas variables independientes o intervinientes que presentan una relación estadísticamente significativa con la variable principal de estudio, ya sea como antecedentes, condicionantes o moduladores de su comportamiento.	Factores sociodemográficos	– Sexo – Estado civil – Edad – Grado de instrucción – Región de nacimiento – Ubigeo de nacimiento (Rural, Urbano) – Hijos – Cantidad de hijos – Registro de CONADIS – Grado de discapacidad CONADIS – Miembro de agrupación social de personas con discapacidad – Miembro de agrupación de activismo personas con discapacidad – Miembro de agrupación deportiva de personas con discapacidad	Índice de proporción de género Índice de estado civil Índice de distribución por grupos etarios Índice de nivel educativo promedio Índice de tamaño promedio del hogar	Método de investigación Método hipotético-deductivo. Tipo: Básico Nivel: Explicativo Diseño metodológico: No experimental de corte transversal. Población: 120 personas con secuela de polio de una red social horizontal. Muestra: 92 personas con secuela de polio de una red social horizontal Muestreo: No probabilístico por conveniencia.
			Factores económicos	– Estado laboral – Número de trabajos – Ingreso mensual – Vivienda – Material de construcción de la vivienda – Modificaciones arquitectónicas en casa – Servicios básicos agua potable	Índice de ingreso per cápita Tasa de empleo / desempleo Índice de propiedad de bienes Índice de acceso a servicios básicos	Técnicas: Encuesta. Instrumento: Cuestionario. Instrumentos de recolección de datos: Escala de Factores asociados. Análisis y procesamiento de datos:

			Factores de salud	– Servicios básicos de desagüe – Servicios básicos de electricidad – Servicios básicos Gas natural – Servicios básicos de teléfono fijo – Servicios básicos de Celular – Servicios básicos de Internet – Número de personas que viven en casa – Número de cuartos dedicados a dormitorio – Número máximo de personas que duermen en una misma habitación – Medio de transporte habitual – Lugar de Atención de salud – Acceso a medicina tradicional o medicina folclórica por la polio – Región del Perú donde contrajo la polio – Edad cuando la de polio lo afectó – Partes de su cuerpo se vieron afectadas por la polio – Hospitalizado por polio – Cirugía por polio – Accesorio para facilitar su desplazamiento	Índice de salud percibida Índice de prevalencia de enfermedades crónicas Índice de cobertura de servicios de salud Índice de cobertura de vacunación	Pruebas de normalidad Procesamiento estadístico descriptivo e inferencial de los datos recolectados.

				– Última visita médica relacionada a su secuela de polio – Última atención al servicio de fisioterapia relacionada a su secuela de polio – Percepción de su peso corporal. – Frecuencia de realización de actividad física – Práctica de deporte. – Tipo de deporte – Conocimiento de Síndrome pospolio (SPP) – Donde se enteró del Síndrome Pospolio (SPP)		

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICE	MÉTODOS / TÉCNICAS
Calidad de vida	La calidad de vida se concibe como una construcción multidimensional que integra la percepción subjetiva del individuo sobre su bienestar físico, psicológico, social y funcional, en relación con su entorno y sus expectativas personales. Esta percepción está influida por factores sociales, económicos, culturales y ambientales, y se convierte en un indicador clave para evaluar el impacto de las políticas sanitarias y las intervenciones en salud. la calidad de vida no puede ser reducida únicamente a parámetros objetivos, sino que debe comprenderse desde una perspectiva integral que reconozca la subjetividad del individuo.” Suárez Caicedo et al. (2022).	La calidad de vida será medida como la percepción subjetiva del bienestar general de los individuos en relación con su salud física, estado emocional, relaciones sociales y entorno, considerando el impacto de factores contextuales como enfermedades crónicas, condiciones socioeconómicas y acceso a servicios de salud. La calidad de vida relacionada con la salud debe ser abordada desde una perspectiva integral que combine indicadores objetivos con la experiencia subjetiva del paciente, reconociendo que los instrumentos estructurados, aunque útiles, pueden limitar la comprensión plena del fenómeno si no se complementan con enfoques narrativos o cualitativos.	Función física Rol físico Dolor corporal Salud General Vitalidad Función social	-Realización y limitación en las diferentes actividades físicas. -Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física. -Dolor, presencia o ausencia, limitaciones -Evaluación de su salud. - Estado de cansancio y agotamiento todo el tiempo. -Interferencia frecuente y extrema con actividades sociales por problemas físicos y emocionales.	(0-19) Calidad de vida muy baja (20-39) Calidad de vida Baja (40-59) Calidad de vida Promedio (60-79) Calidad de vida Alta (80-100) Calidad de vida Muy Alta	Método de investigación Método hipotético-deductivo. Tipo: Básico Nivel: Explicativo Diseño metodológico: No experimental de corte transversal. Población: 120 personas con secuela de polio de una red social horizontal. Muestra: 92 personas con secuela de polio de una red social horizontal Muestreo: no probabilístico por conveniencia. Técnicas: Encuesta.

			Rol emocional Salud mental Transición de salud notificada.	-Interferencias en el trabajo debido a problemas emocionales. -Sensación de felicidad, nerviosismo y depresión todo el tiempo. -Creencia sobre su salud general		Instrumento: Cuestionario. Instrumentos de recolección de datos: Cuestionario de calidad de vida SF-36. Análisis y procesamiento de datos: Pruebas de normalidad Procesamiento estadístico descriptivo e inferencial de los datos recolectados.

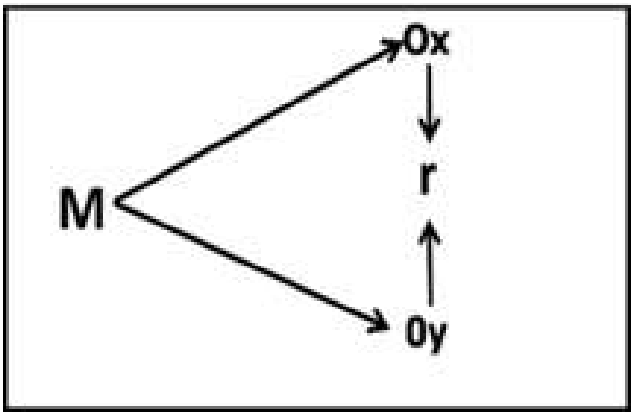
IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico.

En el campo de la salud pública, los estudios con enfoque cuantitativo y diseño no experimental de corte transversal permiten analizar fenómenos sanitarios en poblaciones amplias mediante la recolección de datos en un único punto temporal, lo que resulta especialmente útil para identificar asociaciones entre variables sociodemográficas y condiciones de salud prevalentes. Este tipo de diseño es ampliamente utilizado para estimar la magnitud de problemas de salud, evaluar desigualdades en el acceso a servicios sanitarios y establecer prioridades de intervención en contextos territoriales específicos. Tal como señalan **Rana et al**. en **2021**, los métodos cuantitativos permiten no solo describir patrones epidemiológicos, sino también establecer relaciones estadísticas robustas entre determinantes sociales y resultados en salud, lo que fortalece la toma de decisiones basada en evidencia en políticas públicas. (66)

Espinoza et al. **2021**, precisan el concepto de "estudio relacional" para diseños que buscan explorar asociaciones entre variables sin pretender inferir causalidad directa. Este tipo de investigación, común en tesis sociales y de salud, se posiciona entre lo descriptivo y lo explicativo, enfatizando la fuerza y presencia de vínculos bivariados mediante pruebas inferenciales como rho de Spearman o chi-cuadrado. (67)

El esquema del diseño desarrollado es el siguiente:



Dónde:

M = Población (muestra).

Ox = Factores asociados.

Oy = Calidad de vida.

r = Relación entre ambas variables.

4.2. Método de investigación.

En investigaciones en salud pública, el método hipotético-deductivo constituye un enfoque metodológico riguroso que permite la formulación de hipótesis a partir de teorías previamente establecidas, las cuales son posteriormente contrastadas empíricamente mediante la recolección y el análisis de datos cuantificables. Este método resulta especialmente pertinente en estudios que buscan establecer relaciones causales entre determinantes sociales y resultados en salud, ya que permite validar o refutar supuestos teóricos con base en evidencia observable.

Según **Haque M.,** en **2022**, menciona que el diseño deductivo se caracteriza por su orientación hacia la verificación de hipótesis, lo que lo convierte en una herramienta clave para la evaluación de intervenciones sanitarias y la formulación de políticas basadas en evidencia científica sólida. (68)

Mientras que para **Pérez-Guerrero et al**. en **2024**, manifiestan que un diseño no experimental de corte transversal-correlacional se caracteriza por recolectar datos de manera simultánea sobre variables que ocurren de forma natural, sin intervención del investigador. A partir de una única medición, se obtienen

asociaciones estadísticas que sirven para describir cómo se relacionan diferentes fenómenos en una población en un momento determinado. Este enfoque permite analizar patrones o vínculos entre variables, pero sus conclusiones se limitan a correlaciones, ya que no incluyen manipulación, asignación aleatoria ni control del orden temporal de los sucesos. (69)

4.3. Población y muestra.

De una población de **120** personas, se estableció por fórmula **92** pacientes con secuela de polio, a través de un método no probabilístico con muestreo intencional o de conveniencia: **Hernández et al.** en **2019**, menciona que este método se caracteriza por buscar con mucha dedicación el conseguir muestras representantes cualitativamente, mediante la inclusión de grupos aparentemente típicos. Es decir, cumplen con características de interés del investigador, además de seleccionar intencionalmente a los individuos de la población a los que generalmente se tiene fácil acceso o a través de convocatorias abiertas, en las que las personas acuden voluntariamente para participar en el estudio, hasta alcanzar el número necesario para la muestra. (70)

Cálculo del tamaño de la muestra para poblaciones finitas:
Para calcular el tamaño de la muestra (n) de una población finita (N), como una población de 120 individuos, se utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:
N es el tamaño de la población, en este caso, 120
Z es el valor crítico de la distribución normal estándar, que depende del nivel de confianza deseado (por ejemplo, para un nivel de confianza del 95%, Z es aproximadamente 1.96).

p es la proporción esperada de la característica en la población (si no se conoce, se suele usar 0.5 para maximizar el tamaño de la muestra).
e es el margen de error permitido, expresado como una proporción (por ejemplo, para un margen de error del 5% es 0.05).
n=92.
En este caso **92** pacientes con secuela de polio que forman parte integrante de la Red social horizontal Facebook que constituyen el grupo “Plan Sinergia”, espacio virtual que reúne a una agrupación de personas con discapacidad física y sensorial de Lima, Perú durante el año 2025 serán los evaluados a través de la encuesta Factores asociados y el cuestionario SF-36 de calidad de vida.

Criterios de inclusión

Personas con secuela de polio, integrantes de la red social horizontal Facebook que constituyen el grupo “Plan Sinergia”, espacio virtual que reúne a una agrupación de personas con discapacidad de Lima, Perú, durante el año 2025.
Mayores de 18 años.
Ambos sexos.
Pacientes que acepten y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Personas con discapacidad integrantes de la red social horizontal Facebook que constituyen el grupo “Plan Sinergia”, que no tienen secuela de polio, en este. espacio virtual que reúne a una agrupación de personas con discapacidad de Lima, Perú, durante el año 2025.

4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado.

El lugar de estudio es el espacio virtual que ocupa el grupo “Plan Sinergia”, que reúne a una agrupación de personas con discapacidad de la ciudad de Lima, Perú, en la red social horizontal Facebook, desde enero a diciembre del año 2025.

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

4.5.1. Técnicas:

Para la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta. La técnica de **encuesta** constituye una herramienta metodológica fundamental para la recolección sistemática de datos primarios sobre condiciones de salud, comportamientos, percepciones y determinantes sociales en poblaciones específicas. Esta técnica permite obtener información representativa y estandarizada, facilitando el análisis comparativo entre grupos y la identificación de brechas en el acceso a servicios sanitarios. Su utilidad radica en la capacidad de captar fenómenos de interés en contextos reales, con un enfoque estructurado que favorece la validez externa de los hallazgos. Según Gideon, 2012, el diseño y aplicación rigurosos de encuestas en investigación social y sanitaria requieren una planificación cuidadosa que considere el tipo de muestreo, la formulación de preguntas, la modalidad de aplicación y los posibles sesgos de respuesta, todo ello enmarcado en los principios del error total de encuesta. (71)

4.5.2. Instrumentos:

Escala de Factores asociados:

Se construyó la Escala de Factores asociados, que contiene 47 ítems distribuidos en tres dimensiones: Factores sociodemográficos (14 ítems); Factores económicos (17 ítems) y Factores de salud (16 ítems), escala que se aplicó en un tiempo aproximado de 35 minutos. Dicha escala, en la encuesta piloto, fue sometida a prueba de confiabilidad por el alfa de Cronbach, con el resultado de un valor de 0,776 ubicado en la magnitud Aceptable, según tabla de **George y Mallery, 2003.**

El resultado del alfa de Cronbach se encuentra entre los rangos vinculados a la magnitud de confiabilidad aceptable 0,70 ≤ 0,776 ≤ 0,79.

Rangos establecidos para interpretar los coeficientes del alfa de Cronbach.

Rangos de α	Magnitud
> 0,90	Excelente
0,80 - 0,89	Bueno
0,70 - 0,79	Aceptable
0,60 - 0,69	Cuestionable
0,50 - 0,59	Pobre
< 0,50	Inaceptable

Fuente: George y Mallery (2003)

Además, este instrumento fue validado por los siguientes Doctores en la especialidad y recocidos expertos:

1.- Dr. Luis Enrique Quintanilla Chacón.

2.- Dra. Gladys Medina Mandujano.

3.- Dra. Nancy Gamboa Kan.

4.- Dra. Verónica Cajas Bravo.

Sus informes favorables, se encuentran en anexos del presente trabajo.

Cuestionario SF-36 para calidad de vida relacionada a la salud.

Wong en **2021**; en su publicación “Encuesta de salud SF 12 y SF-36” en relación a la Encuesta de Salud de 36 ítems del Estudio de Resultados Médicos (Encuesta de Salud SF-36) de JE Ware y Sherbourne 1992 ; Ware et al. 1993/2000; manifiesta que es una medida de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) compuesto por 36 ítems agrupados en 10 dimensiones —función física (10 ítems), rol físico (4 ítems), dolor corporal (2 ítems), salud general (5 ítems), vitalidad (4 ítems), función social (2 ítems), rol emocional (3 ítems), salud mental (5 ítems) y transición de salud reportada (1 ítem)—, su administración dura aproximadamente 35 minutos. (72)

El cuestionario SF-36 surgió en 1992 en Estados Unidos, como parte del Estudio de Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Se trata de una escala genérica que genera un perfil integral del estado de salud, aplicable tanto a pacientes como a la población general. Su versatilidad lo ha posicionado como herramienta idónea para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en diversos grupos poblacionales, contrastar la carga de múltiples patologías, cuantificar beneficios terapéuticos variados y monitorear el bienestar individual.

Sus sólidas propiedades psicométricas —avaladas en más de 400 publicaciones— y la abundancia de investigaciones previas que permiten comparaciones normativas lo convierten en un referente indiscutible en el campo de la CVRS.

Barceló y colaboradores en **2021**; en su revisión sistemática “Utilización del Cuestionario SF-36 en personas mayores. Revisión sistemática”, analizaron estudios publicados en Scopus, EBSCO, PubMed y LILACS desde junio de 1992 hasta julio de 2020. Incluyeron 17 investigaciones con 79.542 adultos mayores de nueve países, revelando las mejores puntuaciones en funcionamiento social y las más bajas en salud general y vitalidad. Concluyeron que el SF-36 demuestra pertinencia transcultural para evaluar CVRS en este grupo etario, donde la dimensión social emerge como prioritaria en las percepciones subjetivas. (73).

Lugo y colaboradores en **2006**; en su estudio perdurable “Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia”, se propusieron evaluar la consistencia interna, la fiabilidad test-retest e Inter evaluador del SF-36 en pacientes con dolor musculoesquelético, depresión mayor, diabetes mellitus y adultos sanos.

El diseño incluyó la aplicación del instrumento —mediante entrevista y auto diligenciamiento a 605 participantes. Se emplearon estadísticos descriptivos

para ítems, escalas y grupos diagnósticos, junto con análisis de consistencia interna (ítem-escala), fiabilidad de escalas e inter/ intraobservador.
Los resultados demostraron tasas mínimas de datos omitidos (0-1.5%), correlaciones ítem-escala superiores a 0.48 y coeficientes de fiabilidad por encima de 0.70. No se observaron diferencias en puntuaciones según el modo de aplicación. La fiabilidad Inter observador superó 0.80, la test-retest excedió 0.70 sin variaciones significativas entre mediciones, confirmando la robustez psicométrica del SF-36 tras su adaptación lingüística en población colombiana adulta. (74)

Y, por otro lado, en el Perú, en su versión en español, los investigadores **Salazar & Bernabé,** en **2012**, en su estudio "El SF-36 en el Perú: Estructura factorial, validez de constructo y consistencia interna", evaluaron las propiedades psicométricas del cuestionario SF-36 en una muestra de 4344 peruanos de 15 a 64 años. La confiabilidad de consistencia interna se estimó utilizando el coeficiente α de Cronbach, la validez de constructo por comparación de grupos conocidos definidos con respecto a las características sociodemográficas clave y la estructura factorial mediante análisis factorial confirmatorio (AFC) a nivel de ítem. Se concluye que el coeficiente α de Cronbach para el cuestionario completo fue de 0,82 y osciló entre 0,66 y 0,92 por escalas. Concluyendo que el SF-36 mostró propiedades psicométricas apropiadas con respecto a la consistencia interna, la validez de constructo y la estructura factorial cuando se probó en Perú. (75)

También se utilizó el cuestionario SF-36, que tiene su denominación por constar de 36 preguntas distribuidas en 8 dimensiones diferentes. Estas dimensiones incluyen: función física, rol físico, dolor físico y salud general; a su vez, estas constituyen el componente sumario físico. Además, las otras dimensiones son: vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, que constituyen el componente sumario mental.

Barnett en **2023**; en “Encuesta de salud SF-36”, referencia a cada indicador, presentado a continuación:

1. Función física.- Capta las limitaciones que enfrenta una persona para realizar actividades físicas cotidianas, desde esfuerzo intenso hasta el autocuidado, mediante 10 preguntas específicas. Un puntaje más alto refleja menor restricción motora.
2. Rol físico.- Evalúa hasta qué punto los problemas de salud física afectan el desempeño en el trabajo o en las tareas diarias. Mediante cuatro ítems, indica si se han reducido el tiempo, la calidad o la productividad en estas áreas.
3. Dolor corporal.- Mide tanto la intensidad del dolor como su interferencia en la rutina diaria mediante dos ítems. Puntajes elevados reflejan menos dolor y menor impacto en las actividades.
4. Salud general.- A través de cinco preguntas, evalúa la percepción global del estado de salud. Incluye comparaciones con la salud pasada y expectativas respecto al futuro, reflejando la autovaloración del bienestar físico.
5. Vitalidad.- Explora los niveles de energía y fatiga con cuatro ítems, evaluando tanto sensaciones de vigor como sensación de agotamiento. Puntajes más altos indican mayor ánimo y resistencia.
6. Función social.- Dos ítems miden el grado en que la salud física o emocional limita la participación en actividades sociales, reflejando el impacto en las relaciones y en la integración social.
7. Rol emocional.- Mediante tres ítems, identifica cómo los problemas emocionales influyen en el tiempo dedicado, eficiencia y calidad en el trabajo y las obligaciones diarias, ofreciendo una visión del efecto funcional de la salud mental.
8. Salud mental.- Incluye aspectos tanto de bienestar emocional como de padecimiento psicológico, evaluando sentimientos de depresión, ansiedad, felicidad y tranquilidad en el periodo reciente. Un puntaje más alto refleja mejor estado psíquico.

9. Transición de salud.- Consiste en un ítem que permite valorar el cambio percibido en la salud en comparación con el año anterior, proporcionando una visión subjetiva de evolución o deterioro sanitario.

En tanto a los resultados obtenidos en el SF-36, Además, menciona como se construyen los 2 componentes sumarios, uno de ellos : el Componente Sumario Físico (PCS) y el otro un Componente Sumario Mental (MCS), a continuación se destaca cada una de ellas:

Componente Sumario Físico (Physical Component Summary, PCS)

Definición: El PCS del SF-36 agrupa las escalas relacionadas con la salud física: función física, limitaciones debidas a problemas físicos, dolor corporal y percepción general de salud. Se codifica usando una escala de 0–100, donde valores más altos indican mejor salud física. **Contexto psicométrico**

Se deriva mediante un modelo factorial de segundo nivel que agrupa las cuatro escalas mencionadas, garantizando propiedades psicométricas sólidas: alta consistencia interna ($\alpha > 0.90$) y validez constructiva superior.

Componente Sumario Mental (Mental Component Summary, MCS)

Definición: El MCS agrupa las escalas de vitalidad, salud mental, rol por problemas emocionales y funcionamiento social, reflejando el bienestar mental/emocional. También está normado de 0–100. **Justificación conceptual**: Las cuatro escalas se integran mediante el mismo método factorial jerárquico que el Componente sumario físico. El Componente sumario mental ha mostrado estabilidad psicométrica y se interpreta como un indicador integral de salud psicológica. (76)

Las 36 preguntas de cada dimensión se encuentran distribuidas de esta forma:
Función física: 10 preguntas (Nº de preguntas: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12).
Rol físico: 4 preguntas (Nº de preguntas: 13, 14, 15 y 16).
Dolor corporal: 2 preguntas (Nº de preguntas: 21 y 22).
Salud general: 5 preguntas (Nº de preguntas: 1, 33, 34, 35 y 36).
Vitalidad: 4 preguntas (Nº de preguntas: 23, 27, 29 y 31).

Función social: 2 preguntas (Nº de preguntas: 20 y 32).
Rol emocional: 3 preguntas (Nº de preguntas: 17, 18 y 19).
Salud mental: 5 preguntas (Nº de preguntas: 24, 25, 26, 28 y 30).
Pregunta adicional sobre la transición de salud (Nº de pregunta: 2).

La puntuación se encuentra en un rango de 0 a 100, donde 0 representa la peor calidad de vida (muy baja) y 100 la mejor (muy alta). Distribuidas de la siguiente manera:

0 – 19 = Muy baja calidad de vida.
20 – 39 = Baja calidad de vida.
40 – 59 = Promedio.
60 – 79 = Alta calidad de vida.
80 – 100 = Muy alta calidad de vida.

Las preguntas de acuerdo con el número de respuestas tienen diferentes valores en su puntuación, por ejemplo:
Preguntas con 2 alternativas: 1=0, 2=100.
Preguntas con 3 alternativas: 1=0, 2=50, 3=100.
Preguntas con 5 alternativas: 1=0, 2=25, 3=50, 4=75, 5=100.
Preguntas con 6 alternativas: 1=0, 2=20, 3=40, 4=60, 5=80, 6=100.

4.6. Análisis y procesamiento de datos.

Se procesaron los datos usando el recurso SPSS, elaborando con él datos estadísticos descriptivos: como medias, frecuencias, porcentajes: tablas y figuras simples y compuestas.

Los datos fueron procesados mediante la estadística inferencial para la comprobación de pruebas de hipótesis y el empleo de: chi cuadrado.
La prueba de Chi cuadrado (χ^2) se utiliza en estadística inferencial para evaluar la asociación entre variables categóricas, especialmente para determinar si existe relación significativa entre ellas en tablas de contingencia. Se prefiere esta prueba cuando las variables son nominales u ordinales y no se cumplen

los supuestos para pruebas paramétricas, como la normalidad o la homogeneidad de varianzas. A diferencia de pruebas paramétricas, el Chi cuadrado es una prueba no paramétrica que no asume distribución normal y es adecuada para muestras grandes.

Como experta, **McHugh ML**, en **2013**, define que el Chi cuadrado es idóneo para comparar frecuencias observadas con frecuencias esperadas bajo la hipótesis nula, facilitando el análisis de independencia o bondad de ajuste. Es útil en estudios epidemiológicos, ciencias sociales, y salud pública para analizar asociaciones en datos categóricos sin manipulación experimental. (77)

4.7. Aspectos Éticos en Investigación

Se tomaron en cuenta una serie de aspectos éticos para garantizar el bienestar y dignidad de los participantes, entre ellos se consideraron los siguientes puntos:

Consentimiento informado: Todos fueron plenamente informados sobre el propósito del estudio, los procedimientos de recolección de datos a través de los cuestionarios, así como su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Confidencialidad y privacidad: Se garantizó de manera explícita la confidencialidad de la información recopilada. Los datos personales son protegidos y manejados de manera segura para preservar la privacidad de todos los participantes.

Beneficencia y no maleficencia: Se aseguró de que los posibles beneficios del estudio superan a los riesgos potenciales inexistentes para los participantes. Además, se garantiza el respeto a su integridad física y psicológica.

Equidad y justicia: La selección de los participantes en el estudio fue justa y equitativa, evitando cualquier forma de discriminación. Los pacientes pudieron participar en igualdad de condiciones.

Supervisión ética: El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Nacional del Callao - UNAC, que supervisó el cumplimiento de los principios éticos y la normativa legal vigente en materia de investigación.

Divulgación de resultados: Los resultados del estudio fueron comunicados de manera clara y transparente, respetando la dignidad de los participantes y reconociendo su contribución a la investigación.

En todo momento se actuó con responsabilidad y respeto hacia los participantes, priorizando siempre su bienestar y protegiendo sus derechos.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos.

Resultado de los factores asociados.

TABLA 5.1.1. FACTORES ASOCIADOS: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

Variables/categorías	Frecuencia n=92	Porcentaje 100,00
1. Sexo	**fi**	**%**
Hombre	58	63,04
Mujer	34	36,96
2. Estado civil	**fi**	**%**
Divorciado	0	0,00
Viudo	6	6,52
Conviviente	20	21,74
Casado	38	41,30
Soltero	28	30,43
3. Edad	**fi**	**%**
Menos de 60	21	22,83
61 a 70	30	32,61
71 a más	41	44,56
4. Grado de instrucción	**fi**	**%**
Superior	48	52,17
Técnico	24	26,09
Secundaria	7	7,61
Primaria	5	5,43
Sin estudio	8	8,70
5. Región de nacimiento	**fi**	**%**
Costa	43	46,74
Sierra	28	30,43
Selva	21	22,83
6. Zona de nacimiento	**fi**	**%**
Rural	35	38,04
Urbana	57	61,96
7. Hijos	**fi**	**%**
Si	55	59,78
No	37	40,22
8. Número de hijos	**fi**	**%**
Si, 3 hijos,	14	15,22
Si, 2 hijos,	25	27,17
Si, 1 hijo,	16	17,39
No tengo hijos	37	40,22

9. Registro en CONADIS	fi	%
Si tengo registro de CONADIS	79	85,87
No tengo registro de CONADIS	13	14,13
10. Tipo de discapacidad en Registro CONADIS	**fi**	**%**
PcD Leve	0	0,00
PcD Moderado	48	52,17
PcD Severo	31	33,70
Respuesta NO Registro	13	14,13
11. Pertenencia a agrupación de PcD en general	**fi**	**%**
Si	47	51,09
No	45	48,91
12. Pertenencia a agrupación de activismo PcD	**fi**	**%**
Si	32	34,78
No	60	65,22
13. Pertenencia a agrupación deportiva de PcD	**fi**	**%**
Si	29	31,52
No	63	68,48
Total	92	100,00

Fuente: Datos empíricos.

De los datos presentados en la tabla 5.1.1 respecto a la dimensión: Factores sociodemográficos, podemos afirmar que, de los 92 encuestados, el 63,04% son hombres y 36,96% mujeres (Figura 5.1.1). En cuanto al estado civil, la mayoría se encuentra casado con 41,30%, seguido de solteros 30,43%, convivientes 21,74% y viudos 6,52%; no se registraron divorciados (Figura 5.1.2). Respecto a la edad, el 44,56% tiene 71 años o más, el 32,61% tiene entre 61 y 70 años, y el 22,83% tiene menos de 60 años (Figura 5.1.3). En relación con el grado de instrucción, predomina el nivel superior con 52,17%, seguido del técnico 26,09%, en menor proporción la secundaria 7,61%, el 5,43% tiene educación primaria y sin estudios el 8,70% (Figura 5.1.4). Sobre el lugar de nacimiento, el 46,74% proviene de la costa, el 30,43% de la sierra y el 22,83% de la selva. La mayora indicó haber nacido en zona urbana con 61,96 %, mientras que el 38,04 % es rural. Respecto a si el encuestado tiene hijos, el 59,78% tiene hijos y el 40,22% no los tiene. Con relación al número de hijos, el 40,22% de los encuestados indicó no tener hijos, mientras que el 27,17% señaló tener dos hijos, el 17,39% manifestó tener un hijo y el 15,22% refirió tener tres hijos.

Respecto al registro en el CONADIS, la mayoría afirmó estar inscrito con 85,87%, en tanto que el 14,13% no cuenta con dicho registro. Entre los que poseen registro, el 52,17% figura como Persona con discapacidad (PcD) nivel moderado, el 33,70% como PcD severo, y no se reportaron casos de PcD leve; además, el 14,13% corresponde a quienes no están registrados. En cuanto a la pertenencia a agrupaciones sociales de personas con discapacidad, el 48,91% manifestó que sí pertenece, mientras que el 51,09% señaló no estar afiliado. Respecto a las agrupaciones de activismo, el 34,78% indicó formar parte de alguna, frente al 65,22% que no participa en este tipo de organizaciones. Finalmente, en relación con las agrupaciones deportivas de personas con discapacidad, el 31,52% declaró pertenecer a una, mientras que el 68,48% no lo hace.

TABLA 5.1.2. FACTORES ASOCIADOS: FACTORES ECONOMICOS EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

	Variables/categorías	Frecuencia n=92	Porcentaje 100,00
14.	**Estado laboral**	**fi**	**%**
	Dependiente	28	30,43
	Independiente	44	47,83
	Jubilado	9	9,78
	Desempleado	11	11,96
15.	**Número de trabajos**	**fi**	**%**
	Pensionista	28	30,43
	1 trabajo	49	53,26
	2 trabajos	15	16,30
	3 o más trabajos	0	0,00
16.	**Ingreso mensual en soles**	**fi**	**%**
	1000 soles o menos	15	16,30
	1001 – 2000	16	17,39
	2001 – 3000	37	40,22
	Más de 3000	24	26,09
17.	**Vivienda**	**fi**	**%**
	Propia	41	44,57
	Propia Familiar	32	34,78
	Alquilada	19	20,65
18.	**Vivienda: Material de construcción**	**fi**	**%**
	Material noble	89	96,74
	Drywall	0	0,00
	Adobe	3	3,26
	Material rústico	0	0,00

19.	Vivienda: Modificaciones arquitectónicas	fi	%
	Si	32	34,78
	No	60	65,22
20.	**Agua potable**	**fi**	**%**
	Si	89	96,74
	No	3	3,26
21.	**Desagüe**	**fi**	**%**
	Si	88	95,65
	No	4	4,35
22.	**Electricidad**	**fi**	**%**
	Si	92	100,00
	No	0	0,00
23.	**Gas natural**	**fi**	**%**
	Si	37	40,22
	No	55	59,78
24.	**Teléfono fijo**	**fi**	**%**
	Si	33	35,87
	No	59	64,13
25.	**Celular**	**fi**	**%**
	Si	92	100,00
	No	0	0,00
26.	**Internet**	**fi**	**%**
	Si	68	73,91
	No	24	26,09
27.	**Número de personas en casa**	**fi**	**%**
	1 persona, solo usted	25	27,17
	2 personas	17	18,48
	3 personas o más	50	54,35
28.	**Número de habitaciones**	**fi**	**%**
	1 cuarto	61	66,30
	2 cuartos	31	33,70
	3 cuartos o más	0	0,00
29.	**Máximo número de personas em habitación**	**fi**	**%**
	1 persona	2	2,17
	2 personas	75	81,52
	3 personas o más	15	16,30
30.	**Medio de Transporte**	**fi**	**%**
	Transporte público	36	39,13
	Taxi	23	25,00
	Vehículo propio	33	35,87
Total		92	100,00

Fuente: Datos empíricos.

De la tabla 5.1.2 respecto a la dimensión: Factores económicos, podemos decir que, de las 92 personas encuestadas, la mayoría se desempeña de manera independiente con 47,83%, seguida de trabajadores dependientes con 30,43%, jubilados con 9,78% y de desempleados el 11,96% (Figura 5.1.5). En cuanto al número de trabajos, predominan quienes cuentan con un solo empleo con 53,26%, mientras que el 30,43% son pensionistas y el 16,30% tienen dos trabajos; no se reportaron encuestados con tres o más empleos. Respecto al ingreso mensual, el 40,22% percibe de 2001 a 3000 soles, el 26,09% percibe más de 3000 soles, el 17,39% ganan de 1001 a 200 soles y el 16,30% recibe de 1000 soles a menos (Figura 5.1.6). En relación con la vivienda, el 44,57% manifestó ser propietario, el 34,78% habita en vivienda familiar y el 20,65% alquila. El material predominante de construcción es el noble con 96,74%, mientras que un 3,26% habita en viviendas de adobe; no se encontraron casos de drywall ni material rústico. Asimismo, el 65,22% indicó no haber realizado modificaciones arquitectónicas en su domicilio para facilitar su desplazamiento, frente al 34,78% que sí lo ha hecho. En cuanto a los servicios básicos, la mayoría 96,74% reportaron contar con agua potable y el 3,26% no tiene. El 95,65% que representan la mayoría sí cuentan con desagüe y el 4,35% no tienen ese servicio. La totalidad del 100,00% de encuestados sí cuentan con el servicio de electricidad en sus domicilios. En cuanto a los otros servicios básicos, el 40,22% de los encuestados cuenta con gas natural, mientras que el 59,78% no dispone de este recurso. Respecto al servicio de telefonía fija, el 35,87% indicó tenerlo y el 64,13% no. En contraste, la totalidad de los encuestados 100,00% manifestó contar con celular, y el 73,91% dispone de conexión a Internet, frente al 26,09% que no lo tiene. Con relación a la composición del hogar, el 27,17% vive solo, el 18,48% comparte la vivienda con dos personas y la mayoría, 54,35% reside con tres o más integrantes. Respecto al número de dormitorios, el 66,30% dispone de un cuarto y el 33,70% de dos, no registrándose casos con tres o más. Sobre la cantidad máxima de personas que duermen en un mismo dormitorio, predomina la presencia de dos personas con 81,52%, seguida de tres o más con 16,30%, y en menor proporción, solo una persona con 2,17%. Finalmente, en lo

referente al transporte habitual, el 39,13% utiliza transporte público, el 35,87% se moviliza en su vehículo propio y el 25,00% emplea taxi para movilizarse.

TABLA 5.1.3. FACTORES ASOCIADOS: FACTORES DE SALUD EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

	Variables/categorías	Frecuencia n=92	Porcentaje 100,00
31.	**Lugar de atención en salud**	**fi**	**%**
	MINSA	21	22,84
	ESSALUD	28	30,43
	Seguro privado EPS	15	16,30
	Médico particular	28	30,43
	Medicina tradicional	0	0,00
	No utilizo	0	0,00
32.	**Acceso a medicina tradicional**	**fi**	**%**
	Si	62	67,39
	No	30	32,61
33.	**Región de contagio**	**fi**	**%**
	Costa	30	32,61
	Sierra	54	58,70
	Selva	8	8,70
34.	**Edad de infección de polio**	**fi**	**%**
	No recuerdo	24	26,09
	De 0 a 12 meses	52	56,52
	De 13 a 24 meses	16	17,39
	De 25 meses a más	0	0,00
35.	**Partes de cuerpo afectados**	**fi**	**%**
	3 o más miembros	21	22,83
	Ambos miembros inferiores	36	39,12
	Miembro inferior izquierdo	17	18,48
	Miembro inferior derecho	18	19,57
36.	**Hospitalización por polio**	**fi**	**%**
	Si	56	60,87
	No	36	39,13
37.	**Cirugía por polio**	**fi**	**%**
	Si	37	40,22
	No	55	59,78
38.	**Tipo de ayuda biomecánica**	**fi**	**%**
	Silla de ruedas	39	42,39
	Muletas Axilares	11	11,96
	Andador	42	45,65
	Soportes ortopédicos	0	0,00
	No empleo accesorios	0	0,00
39.	**Última visita médica por polio**	**fi**	**%**

	Menos de tres meses	18	19,57
	De 4 a 6 meses	34	36,95
	7 a 12 meses	23	25,00
	De 13 meses a más	17	18,48
40.	**Última visita fisioterapéutica por polio**	**fi**	**%**
	Menos de tres meses	17	18,48
	De 4 a 6 meses	30	32,61
	7 a 12 meses	26	28,26
	De 13 meses a más	19	20,65
41.	**Percepción corporal**	**fi**	**%**
	Por debajo de su peso ideal	31	33,70
	En su peso ideal	17	18,48
	Con sobrepeso	44	47,82
42.	**Veces de actividad física**	**fi**	**%**
	Tres veces a más	4	4,35
	Dos veces	29	31,52
	Una vez	18	19,57
	No hago actividad física	41	44,56
43.	**Práctica deportiva**	**fi**	**%**
	Si	41	44,57
	No	51	55,43
44.	**Tipo de deporte practicado**	**fi**	**%**
	Deporte recreativo	26	28,26
	Deporte competitivo	27	29,35
	He practicado antes, ahora no	39	42,39
	Nunca he practicado deporte	0	0,00
45.	**Conocimiento de síndrome pospolio**	**fi**	**%**
	Si	36	39,13
	No	56	60,87
46.	**Lugar de conocimiento de síndrome pospolio**	**fi**	**%**
	Redes sociales	11	11,96
	Asociación, club de polio	23	25,00
	Profesional de salud	0	0,00
	No conozco de SPP	58	63,04
Total		92	100,00

Fuente: Datos empíricos.

En la tabla 5.1.3, con respecto a la dimensión: Factores de salud, se observa que el 30,43 % de los encuestados se atendió en ESSALUD, el 30,43 % en médico particular, el 30,83 % en el MINSA y el 16,30 % en el seguro privado EPS. Asimismo, el 18,48% acude a un seguro privado (EPS) y el 11,96% a un médico particular, no registrándose casos de atención por medicina tradicional

ni ausencia de servicios de salud (Figura 5.1.7). Respecto al uso de medicina tradicional o folclórica para la polio, el 67,39% manifestó haber recurrido a esta alternativa, en tanto que el 32,61% señaló no haberla utilizado. En cuanto a la región donde contrajeron la polio, el 58,70% refirió haberla adquirido en la sierra, el 32,61% en la costa y el 8,70% en la selva. Sobre la edad al momento de la infección, el 56,52% señalaron haber sido afectados entre los 0 y 12 meses de edad, mientras que el 26,09% no recuerda, el 17,39% señala que fue de los 13 y 24 meses. Un 3,26% no recordó la edad, y ningún participante indicó haberla contraído después de los 25 meses. Con relación a las partes del cuerpo afectadas, el 39,12% manifestó compromiso de ambos miembros inferiores, seguido del 22,83% que refirió afectación en tres o más miembros, el 19,57% tuvo afectación en el miembro inferior derecho y el 18,48% señaló que le afectó en el miembro inferior izquierdo. En menor proporción, un 4,35% indicó compromiso de miembros inferiores y algún miembro superior. Asimismo, un 60,87% declaró haber sido hospitalizado a consecuencia de la polio, mientras que el 39,13% no lo fue. En el caso de intervenciones quirúrgicas, el 59,78% refirió no haber sido operado y el 40,22% sí tuvo cirugía (Figura 5.1.8). En cuanto al uso de accesorios para el desplazamiento, el 45,65% andador, el 42,3% usa silla de ruedas y el 11,96% usa muletas axilares.

Respecto a la última visita médica relacionada a la polio, el 36,95% acudió entre 4 y 6 meses, el 25,00% de los encuestados señala que su visita fue de 7 a 12 meses, el 19,57% afirma que fue hace menos de 3 meses y el 18,48% de 13 a más meses. En relación con la última atención al servicio de fisioterapia, el 32,61% de los encuestados refirió haber asistido entre los 4 y 6 meses previos, mientras que el 28,26% señaló hacerlo hace 7 y 12 meses, en menor proporción, el 20,65% acudió de 13 a más meses y el 18,48% lo hizo en un periodo menor a tres meses. Respecto a la percepción del peso actual, más de la mitad de los encuestados, el 52,17%, manifestó encontrarse con sobrepeso, asimismo, el 26,09% indicó estar en su peso ideal y el 21,74% por debajo del peso recomendado. En cuanto a la realización de actividad física semanal, la mitad de los encuestados, el 44,56%, declaró no realizar ninguna actividad, por su parte, el 31,52% manifestó ejercitarse dos veces por semana, el 19,57% una vez, y

únicamente el 4,35% señaló hacerlo tres veces o más. Con relación a la práctica de deportes, la mayoría, el 55,43%, indicó no practicarlos, mientras que el 44,57% señaló que sí lo hace. En lo referido al tipo de deporte practicado, el 42,39% mencionó haber practicado antes pero ya no, el 29,35% participa en deportes competitivos y el 28,26% en actividades recreativas, sin registrarse casos de personas que nunca hayan practicado deporte. En cuanto al conocimiento sobre el Síndrome Pospolio (SPP), el 60,87% señaló no tener conocimiento, mientras que el 39,13% manifestó conocerlo. Finalmente, respecto a la fuente de información del SPP, el 25,00% indicó haberse informado a través de asociaciones o clubes de polio, el 11,96% por medio de redes sociales, y ninguno a través de un profesional de la salud. Sin embargo, el 63,04% reiteró no tener conocimiento del SPP.

Resultados de la Calidad de vida

A continuación, se detallan los resultados obtenidos mediante el cuestionario sobre la calidad de vida, aplicado a 92 personas con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

Niveles de calidad de vida

TABLA 5.1.4. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

Niveles	fi	%	% acumulado
Muy baja	43	46.74%	46,74
Baja	10	10.87%	57,61
Promedio	28	30.43%	88.04
Alta	10	10.87%	98.91
Muy alta	1	1.09%	100
Total	92	100.00%	

Fuente: Datos empíricos.

En la tabla 5.1.4 y la figura 5.1.9. La distribución de la calidad de vida en sus diferentes niveles, con un 46,74% de un 30,43% de calidad de vida promedio; los niveles Bajo y Alto, 9,09%, tienen un nivel de calidad de vida muy alto.

TABLA 5.1.5. CALIDAD DE VIDA: COMPONENTE SUMARIO FÍSICO EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

COMPONENTE SUMARIO FÍSICO (FCS) n= 92		
Indicador	%	Escala CV
Función física	20.57	Baja calidad de vida
Rol físico	39.06	Promedio
Dolor corporal	21.95	Baja calidad de vida
Salud general	29.34	Baja calidad de vida
TOTAL	27.73	Baja calidad de vida

Escala Calidad de Vida

0-19= Muy Baja	**20-39= Baja**	**40-59= Promedio**	**60-79= Alta**	**80-100= Muy alta**

Vista la tabla 5.1.5. el Componente sumario físico, en total tiene un 27.73% que se encuentra en la escala baja calidad de vida, este resultado se genera por los indicadores: Función física: 20.57%; Dolor corporal: 21.95% y Salud general: 29.34%, los resultados de los 3 indicadores se encuentran comprendidos como baja calidad de vida; mientras que el Rol físico con 39.06% se encuentra dentro de la escala promedio.

TABLA 5.1.6. CALIDAD DE VIDA: COMPONENTE SUMARIO MENTAL EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

COMPONENTE SUMARIO MENTAL (MCS) n= 92		
Indicador	%	Escala CV
Vitalidad	28.42	Baja calidad de vida
Función social	30.43	Baja calidad de vida
Rol emocional	46.37	Promedio
Salud mental	31.04	Baja calidad de vida
	34.06	Baja calidad de vida

Escala Calidad de Vida

0-19= Muy Baja	**20-39= Baja**	**40-59= Promedio**	**60-79= Alta**	**80-100= Muy alta**

Por su parte la tabla 5.1.6. el Componente sumario mental, en total tiene un porcentaje de 34.06% que está comprendido en la escala baja calidad de vida, este resultado se genera por los indicadores: Vitalidad: 28.42%; Función social: 30.43% y Salud mental: 31.04%, estos 3 resultados dicen que los indicadores se

encuentran comprendidos como baja calidad de vida; mientras que el Rol emocional con 46.37% se encuentra dentro de la escala promedio.

TABLA 5.1.7. CALIDAD DE VIDA: FUNCIÓN FISICA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

	3. Actividades vigorosas, como levantar objetos pesados	**fi**	**%**
	Si, muy limitado	47	51,09
	Si, un poco limitado	41	44,57
	No, no está limitado en absoluto	4	4,34
	4. Actividades moderadas, como mover una mesa	**fi**	**%**
	Si, muy limitado	42	45,65
	Si, un poco limitado	39	42,39
	No, no está limitado en absoluto	11	11,96
	5. Levantar o transportar bolsas de compras	**fi**	**%**
	Si, muy limitado	42	45,65
	Si, un poco limitado	34	36,96
	No, no está limitado en absoluto	16	17,39
	6. Subir más de un piso por las escaleras	**fi**	**%**
	Si, muy limitado	68	73,92
	Si, un poco limitado	19	20,65
	No, no está limitado en absoluto	5	5,43
	7. Subir un piso por las escaleras	**fi**	**%**
	Si, muy limitado	54	58,70
	Si, un poco limitado	29	31,52
	No, no está limitado en absoluto	9	9,78
	8. Levantarse de la cama	**fi**	**%**
	Si, muy limitado	65	70,65
	Si, un poco limitado	21	22,83
	No, no está limitado en absoluto	6	6,52
	9. Caminar más de 10 cuadras	**fi**	**%**
	Si, muy limitado	62	67,39
	Si, un poco limitado	20	21,74
	No, no está limitado en absoluto	10	10,87
	10. Caminar menos de 10 cuadras	**fi**	**%**
	Si, muy limitado	55	59,78
	Si, un poco limitado	27	29,35
	No, no está limitado en absoluto	10	10,87
	11. Caminar una cuadra	**fi**	**%**
	Si, muy limitado	52	56,52
	Si, un poco limitado	30	32,61
	No, no está limitado en absoluto	10	10,87
	12. Bañarse o vestirse	**fi**	**%**
	Si, muy limitado	46	50,00

Si, un poco limitado	25	27,17
No, no está limitado en absoluto	21	22,83
Total	92	100,00

Fuente: Datos empíricos.

De la tabla 5.1.7 respecto a la dimensión: Función física, podemos afirmar que, en relación con las limitaciones funcionales de los encuestados, se evidencia que en actividades vigorosas como levantar objetos pesados, más de la mitad de los encuestados 51,09% reportó estar muy limitado, mientras que el 44,57% manifestó una limitación leve y apenas el 4,34% indicó no presentar dificultad. En las actividades moderadas, como mover una mesa, el 45,65% señaló estar muy limitado y el 42,39% un poco, en tanto que el 11,96% refirió no tener limitaciones. Una tendencia similar se observa al levantar o transportar bolsas de compras, donde el 45,65% indicó estar muy limitado, el 36,96% un poco limitado y el 17,39% sin dificultad. Las mayores restricciones se aprecian al subir por las escaleras más de un piso, donde el 73,92% manifestó estar muy limitado, seguido de un 20,65% con limitación leve y solo un 5,43% sin problemas. Al subir un piso, más de la mitad, 58,70%; señaló limitación severa, el 31,52% leve y el 9,78% ninguna dificultad. Al levantarse de la cama, el 70,65% refirieron estar muy limitados, mientras que el 22,83% reportó limitación leve y solo el 6,52% no presentó inconvenientes. Asimismo, caminar más de 10 cuadras representó una dificultad considerable para el 67,39%, moderada para el 21,74% y nula para el 10,87%. De igual forma, caminar menos de 10 cuadras se percibió como una limitación severa por el 59,78%, leve por el 29,35% y sin dificultad por el 10,87%. En cuanto a caminar una cuadra, el 56,52% reportó estar muy limitado, el 32,61% un poco limitado y el 10,87% no presentó restricciones. Finalmente, en actividades básicas como bañarse o vestirse, la mitad de los encuestados, 50,00%, señaló estar muy limitado, el 27,17% un poco y el 22,83% ninguna limitación.

TABLA 5.1.8. CALIDAD DE VIDA: ROL FISICO EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

13.	**Reduce el tiempo dedicado al trabajo o a otras actividades.**	**fi**	**%**
	Si	52	56,52
	No	40	43,48
14.	**Logró menos de lo que le gustaría**	**fi**	**%**
	Si	55	59,78
	No	37	40,22
15.	**Estaban limitados en el tipo de trabajo u otras actividades.**	**fi**	**%**
	Si	55	59,78
	No	37	40,22
16.	**Tuvo dificultades para realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le exigió un esfuerzo extra)**	**fi**	**%**
	Si	56	60,87
	No	36	39,13
Total		92	100,00

Fuente: Datos empíricos.

Mientras que en la Tabla 5.1.8. el 56,52 % de los encuestados manifestó haber reducido el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades a causa de la dimensión, y el 43,48 % refirió no haber experimentado esta restricción. Asimismo, el 59,78% señaló que logró menos de lo que hubiera deseado en sus actividades diarias, en tanto que el 40,22% indicó no haber presentado dicha dificultad. De igual manera, el 59,78% reportó estar limitado en el tipo de trabajo u ocupaciones que podía realizar, frente al 40,22% que afirmó no haber enfrentado tal limitación; Respecto a las dificultades para el trabajo el 60,87% expresó haber tenido dificultades para cumplir con sus actividades, señalando que estas demandaban un esfuerzo adicional, mientras que el 39,13% manifestó no haber tenido inconvenientes de esta naturaleza.

TABLA 5.1.9. CALIDAD DE VIDA: DOLOR CORPORAL EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

21.	Dolor corporal en las últimas 4 semanas.	fi	%
	Ninguno	0	0,00
	Muy leve	3	3,26
	Leve	6	6,52
	Moderado	20	21,74
	Grave	21	22,83
	Muy grave	42	45,65
22.	**En las últimas 4 semanas, interferencia del dolor en su trabajo normal (incluyendo el trabajo fuera del hogar y las tareas domésticas)**	**fi**	**%**
	Para nada	2	2,17
	Ligeramente	3	3,26
	Levemente	11	11,96
	Moderadamente	15	16,30
	Bastante	26	28,26
	Extremadamente	35	38,05
Total		92	100,00

Fuente: Datos empíricos.

De los datos presentados en la tabla 5.1.9 respecto a la dimensión: Dolor corporal, podemos señalar que, casi la mitad de los encuestados, el 45,65%, reportó haber experimentado dolor muy grave en las últimas cuatro semanas, mientras que el 22,83% indicó haber tenido dolor grave y el 21,74% lo calificó como moderado, en menor proporción, un 6,52% manifestó dolor leve y un 3,26% muy leve y ninguno de los encuestados señaló ausencia de dolor. Por otro lado, respecto a la interferencia del dolor en el desempeño de las actividades cotidianas, el 38,05% manifestó que este afectó su desempeño de manera extrema, seguido del 28,26% que lo consideró bastante limitante y el 16,30% que refirió una interferencia moderada. Asimismo, un 11,96% lo percibió como leve y el 3,26% como ligera, mientras que únicamente el 2,17% señaló que el dolor no influyó en su trabajo o actividades diarias.

TABLA 5.1.10. CALIDAD DE VIDA: SALUD GENERAL EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

1.	**Como considera su salud**	**fi**	**%**
	Excelente	7	7,61
	Muy bueno	11	11,96
	Bueno	15	16,30
	Regular	20	21,74
	Pobre	39	42,39
33.	**Parece que me enfermo un poco más fácilmente que otras personas**	**fi**	**%**
	Definitivamente cierto	41	44,57
	Mayormente cierto	22	23,91
	No lo sé	16	17,39
	Mayormente falso	9	9,78
	Definitivamente falso	4	4,35
34.	**Estoy tan saludable como cualquier otra persona que conozco**	**fi**	**%**
	Definitivamente cierto	10	10,87
	Mayormente cierto	12	13,04
	No lo sé	12	13,04
	Mayormente falso	18	19,57
	Definitivamente falso	40	43,48
35.	**Espero que mi salud empeore**	**fi**	**%**
	Definitivamente cierto	40	43,48
	Mayormente cierto	20	21,74
	No lo sé	17	18,48
	Mayormente falso	9	9,78
	Definitivamente falso	6	6,52
36.	**Mi salud es excelente**	**fi**	**%**
	Definitivamente cierto	5	5,43
	Mayormente cierto	15	16,30
	No lo sé	15	16,30
	Mayormente falso	18	19,57
	Definitivamente falso	39	42,39
Total		92	100,00

Fuente: Datos empíricos.

Al observar la tabla 5.1.10 respecto a la dimensión: Salud General, podemos afirmar que, en relación con la percepción general de la salud, el 42,39% de los encuestados señaló tener una salud pobre, mientras que el 21,74% la calificó como regular y un 16,30% como buena, en menor proporción, un 11,96% refirió muy buena salud y solo el 7,61% indicó tener una salud excelente. Respecto a la afirmación “Parece que me enfermo un poco más fácilmente que otras personas”, el 44,57% manifestó estar definitivamente de acuerdo, el 23,91%

mayormente de acuerdo y el 17,39% no lo supo precisar, por otro lado, el 9,78% estuvo mayormente en desacuerdo y solo el 4,35% definitivamente en desacuerdo. En cuanto a la percepción de “Estoy tan saludable como cualquier otra persona que conozco”, el 43,48% expresó estar definitivamente en desacuerdo, el 19,57% mayormente en desacuerdo y el 13,04% no lo supo precisar, en contraste, un 13,04% estuvo mayormente de acuerdo y únicamente el 10,87% definitivamente de acuerdo. Sobre la expectativa de que su salud empeore, el 43,48 % indicó estar de acuerdo y el 21,78 % de acuerdo, el 18,48 % no supo responder, mientras que el 9,78 % estuvo mayormente en desacuerdo y el 6,52 % en desacuerdo. Finalmente, ante la afirmación “Mi salud es excelente”, el 42,39% estuvo definitivamente en desacuerdo, seguido por el 19,57% mayormente en desacuerdo, en menor proporción, el 16,30% no lo supo precisar, el 16,30% estuvo mayormente de acuerdo y solo el 5,43% definitivamente de acuerdo.

TABLA 5.1.11. CALIDAD DE VIDA: VITALIDAD EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

23.	**Estás lleno de energía**	**fi**	**%**
	Todo el tiempo	4	4,34
	La mayor parte del tiempo	8	8,70
	Una buena parte del tiempo	11	11,96
	Algunas veces	14	15,22
	Un poco del tiempo	15	16,30
	Ninguna de las veces	40	43,48
27.	**Tienes mucha energía**	**fi**	**%**
	Todo el tiempo	4	4,35
	La mayor parte del tiempo	11	11,96
	Una buena parte del tiempo	11	11,96
	Algunas veces	11	11,96
	Un poco del tiempo	13	14,13
	Ninguna de las veces	42	45,65
29.	**Estás agotado**	**fi**	**%**
	Todo el tiempo	41	44,57
	La mayor parte del tiempo	14	15,22
	Una buena parte del tiempo	12	13,04
	Algunas veces	11	11,96
	Un poco del tiempo	10	10,87
	Ninguna de las veces	4	4,35
31.	**Te sientes cansado**	**fi**	**%**
	Todo el tiempo	40	43,48

La mayor parte del tiempo	14	15,22
Una buena parte del tiempo	13	14,13
Algunas veces	12	13,04
Un poco del tiempo	9	9,78
Ninguna de las veces	4	4,35
Total	92	100,00

Fuente: Datos empíricos.

Al observar la tabla 5.1.11. respecto a la dimensión: Vitalidad, podemos afirmar que, en relación con la percepción de energía, se observó que en el ítem 23: "Estás lleno de energía", el 43,48% de los encuestados refirió no haberse sentido con energía en ninguna ocasión, mientras que el 16,30 % indicó sentirse con energía solo un poco del tiempo y el 15,22% algunas veces, en contraste, un grupo reducido manifestó haber tenido energía la mayor parte del tiempo 8,70% o todo el tiempo 4,34%. En el ítem 27: "Tienes mucha energía", la mayoría también refirió bajos niveles de energía, pues el 45,65% señaló no haber tenido energía en ninguna ocasión, seguido por el 14,13% que mencionó un poco del tiempo y el 11,96% algunas veces, solo el 4,35% manifestó haber tenido mucha energía todo el tiempo. Respecto al ítem 29: "Estás agotado", predominó la respuesta Todo el tiempo con 44,57%, seguida por La mayor parte del tiempo con 15,22 % y Una buena parte del tiempo con 13,04%, únicamente el 4,35% expresó no haberse sentido agotado en ningún momento. De manera similar, en el ítem 31: "Te sientes cansado", el 43,48% señaló sentirse cansado todo el tiempo, el 15,22% la mayor parte del tiempo y el 14,13% una buena parte del tiempo, solo el 4,35% manifestó no haberse sentido cansado en absoluto.

TABLA 5.1.12. CALIDAD DE VIDA: FUNCIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

20. Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han interferido en sus actividades sociales normales con familiares, amigos, vecinos o grupos?	**fi**	**%**
Para nada	7	7,61
Ligeramente	11	11,96
Moderadamente	12	13,04
Bastante	22	23,91
Extremadamente	40	43,48
32. Durante las últimas 4 semanas, El tiempo que su salud física o sus	**fi**	**%**

	problemas emocionales han interferido con sus actividades sociales (como visitar a amigos, familiares, etc.)		
	Todo el tiempo	43	46,74
	La mayor parte del tiempo	22	23,91
	Una buena parte del tiempo	12	13,04
	Algunas veces	9	9,78
	Un poco del tiempo	6	6,52
Total		92	100,00

Fuente: Datos empíricos.

De la Tabla 5.1.12. el 23,91% de la dimensión Función social de las 92 personas, el 43,4%, dijo que la afectación fue bastante, mientras que el 13,04%, dijo que la interferencia fue ligera y que solo el 7,61%, afirmó que no presentó ninguna limitación. Por otra parte, en relación con el tiempo en que la salud física o emocional influyó en las actividades sociales, el 46,74% de los encuestados indicó que ocurrió todo el tiempo, el 23,91% refirió que fue la mayor parte del tiempo, y el 13,04% expresó que sucedió en una buena parte del tiempo, asimismo, el 9,78% mencionó que la interferencia se dio algunas veces y solo el 6,52% señaló que ocurrió un poco del tiempo.

TABLA 5.1.13. CALIDAD DE VIDA: ROL EMOCIONAL EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

17.	**Reduce el tiempo dedicado al trabajo o a otras actividades.**	**fi**	**%**
	Si	49	53,26
	No	43	46,74
18.	**Logró menos de lo que le gustaría**	**fi**	**%**
	Si	48	52,17
	No	44	47,83
19.	**No realizó el trabajo ni otras actividades con el cuidado habitual.**	**fi**	**%**
	Si	51	55,43
	No	41	44,57
Total		92	100,00

Fuente: Datos empíricos.

De la tabla 5.1.13, correspondiente a la dimensión Rol emocional, se observa que, de las 92 personas encuestadas, el 53,26% manifestó haber reducido la cantidad de tiempo dedicado al trabajo o a otras actividades debido a su

condición, mientras que el 46,74% señaló no haber presentado esta limitación. Asimismo, el 52,17% indicó que logró menos de lo que hubiera deseado en sus actividades cotidianas, frente al 47,83% que refirió no haber enfrentado esta restricción. Del mismo modo, el 55,43% reportó no haber realizado su trabajo u otras actividades con el cuidado habitual, en contraste con el 44,57% que manifestó no haber tenido tal dificultad.

TABLA 5.1.14. CALIDAD DE VIDA: SALUD MENTAL EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

24.	**Es muy nervioso**	**fi**	**%**
	Todo el tiempo	30	32,61
	La mayor parte del tiempo	19	20,65
	Una buena parte del tiempo	16	17,39
	Algunas veces	13	14,13
	Un poco del tiempo	9	9,78
	Ninguna de las veces	5	5,43
25.	**Se siente deprimido**	**fi**	**%**
	Todo el tiempo	37	40,22
	La mayor parte del tiempo	19	20,65
	Una buena parte del tiempo	13	14,13
	Algunas veces	9	9,78
	Un poco del tiempo	9	9,78
	Ninguna de las veces	5	5,43
26.	**Se siente tranquilo y en paz**	**fi**	**%**
	Todo el tiempo	6	6,52
	La mayor parte del tiempo	9	9,78
	Una buena parte del tiempo	11	11,96
	Algunas veces	15	16,30
	Un poco del tiempo	20	21,74
	Ninguna de las veces	31	33,70
28.	**Se siente desanimado y triste**	**fi**	**%**
	Todo el tiempo	32	34,78
	La mayor parte del tiempo	22	23,91
	Una buena parte del tiempo	17	18,48
	Algunas veces	9	9,78
	Un poco del tiempo	7	7,61
	Ninguna de las veces	5	5,43
30.	**Eres una persona feliz**	**fi**	**%**
	Todo el tiempo	7	7,61
	La mayor parte del tiempo	10	10,87
	Una buena parte del tiempo	11	11,96
	Algunas veces	12	13,04
	Un poco del tiempo	13	14,13

Ninguna de las veces	39	42,39
Total	92	100,00

Fuente: Datos empíricos.

De la tabla 5.1.14, correspondiente a la dimensión: Salud mental, se observa que, de las 92 personas encuestadas, el 32,61% manifestó haber sido una persona muy nerviosa todo el tiempo, mientras que el 20,65% indicó que lo fue la mayor parte del tiempo y el 17,39% una buena parte del tiempo; en contraste, solo el 5,43% refirió no haberse sentido nervioso en ningún momento. Respecto a la sensación de depresión al punto de no encontrar estímulo, el 40,22% declaró haberlo experimentado todo el tiempo, seguido por el 20,65% que lo reportó la mayor parte del tiempo; únicamente el 5,43% mencionó no haber pasado por esta situación. En cuanto a la percepción de tranquilidad y paz, se aprecia una tendencia opuesta, pues el 33,70% señaló no haberse sentido tranquilo en ninguna ocasión, mientras que solo el 6,52% indicó haberlo estado todo el tiempo. Sobre el estado de desánimo y tristeza, el 34,78% expresó haberlo sentido de manera constante, y el 23,91% la mayor parte del tiempo, frente a un 5,43% que indicó no haber experimentado estas emociones. Finalmente, al evaluar la felicidad, se advierte que el 42,39% manifestó no haber sido una persona feliz en ninguna ocasión, mientras que solo el 7,61% declaró sentirse feliz todo el tiempo.

TABLA 5.1.15. CALIDAD DE VIDA: TRANSICIÓN DE SALUD NOTIFICADA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

2.	**En comparación con hace un año, su salud en general es**	**fi**	**%**
	Mucho mejor ahora que hace un año	3	3,26
	Un poco mejor ahora que hace un año	15	16,30
	Aproximadamente lo mismo	16	17,39
	Un poco peor ahora que hace un año	19	20,65
	Mucho peor ahora que hace un año	39	42,40
Total		92	100,00

Fuente: Datos empíricos.

De la Tabla 5.1.15, correspondiente a la dimensión: Transición de salud notificada, se observa que de los 92 encuestados, el 42,40% indicó que su salud se encuentra mucho peor ahora que hace un año, mientras que el 20,65% señaló que está un poco peor, asimismo, el 17,39% manifestó que su estado de salud se mantiene aproximadamente igual al del año anterior. En contraste, solo el 16,30% reportó sentirse un poco mejor, y solo el 3,26% afirmó encontrarse mucho mejor en comparación con el año previo.

5.2. Resultados inferenciales

Luego del análisis descriptivo de los datos se procede a realizar el análisis inferencial de los datos sobre los factores asociados a la calidad de vida de los pacientes con secuela de polio, en la red social horizontal, Lima, 2025

TABLA 5.2.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

Factores	Categorías	Calidad de vida					Valor Prueba Chi	p-valor
		Muy baja	Baja	Normal	Alta	Muy alta		
Sexo	Mujer	19	4	8	3	0	2,643	0,619
	Hombre	24	6	20	7	1		
Estado civil	Viudo	3	0	3	0	0	8,009	0,777
	Conviviente	10	2	4	4	0		
	Casado	17	4	14	3	0		
	Soltero	13	4	7	3	1		
Edad	De 71 a más	24	2	10	5	0	19,251	0,014
	De 61 a 70 años	14	7	7	1	1		
	Menos de 60 años	5	1	11	4	0		
Grado de instrucción	Sin estudio	8	0	0	0	0	26,678	0,045
	Primaria	5	0	0	0	0		
	Secundaria	2	1	4	0	0		
	Técnico	12	1	8	2	1		
	Superior	16	8	16	8	0		
Región donde nació	Selva	8	4	4	5	0	12,653	0,124
	Sierra	17	1	7	3	0		
	Costa	18	5	17	2	1		
Zona de nacimiento	Rural	21	7	6	1	0	13,688	0,008
	Urbano	22	3	22	9	1		

Tiene hijos	No	24	2	7	3	1	10,668	0,031
	Si	19	8	21	7	0		
Cantidad de hijos	No tengo hijos	24	2	7	3	1	34, 741	<0,001
	1 hijo	9	5	2	0	0		
	2 hijos	4	3	15	3	0		
	3 o mas	6	0	4	4	0		
Registro en CONADIS	No	5	2	4	2	0	0,955	0,917
	Si	38	8	24	8	1		
Registro carnet	No tengo registro	5	2	4	2	0	6,203	0,624
	Severo	14	5	7	5	0		
	Moderado	24	3	17	3	1		
Pertenencia agrupación social	No	32	4	6	3	0	22,366	<0,001
	Si	11	6	22	7	1		
Pertenencia agrupación activismo	No	34	5	17	3	1	10,909	0,028
	Si	9	5	11	7	0		
Pertenencia agrupación deportiva	No	38	6	15	3	1	18,419	0,001
	Si	5	4	13	7	0		
Total		**43**	**10**	**28**	**10**	**1**	**92**	

Fuente: Datos empíricos.

De la tabla 5.2.1 se asevera que existe ocho factores socio demográficos que si están asociados de manera significativa con la calidad de vida en los pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025, dado que el coeficiente Chi cuadrado es mayor al valor teórico y el p-valor correspondiente es menor a la significancia α=0,05 siendo los siguientes: Factor Edad (p-valor= 0,014) ya que un porcentaje significativo de los pacientes con secuela de polio de mayor edad tienen un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja (Figura 5.2.1); Factor Grado de instrucción (p-valor= 0,045) porque se aprecia que una cantidad significativa de los pacientes de menor instrucción presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja (Figura 5.2.2); Factor Zona de nacimiento (p-valor= 0,008) debido a que una cantidad significativa de pacientes con secuela de polio de la zona rural tienen un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja (Figura 5.2.3); Factor Tiene hijos (p-valor= 0,031) dado que se aprecia que un gran porcentaje de los pacientes no tienen hijos y presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja; Factor Cantidad de hijos (p-valor= <0,001) porque se aprecia que un porcentaje significativo de los pacientes no tienen hijos o tienen solo uno y su

nivel de calidad de vida es Muy baja o Baja; Factor Pertenencia a una agrupación social (p-valor=< 0,001) porque se aprecia que una cantidad significativa de los pacientes no pertenecen a ninguna organización social y a la vez presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja; Factor Pertenencia a una agrupación de activismo (p-valor= 0,028) debido a que una cantidad significativa de los pacientes no pertenecen a ninguna organización en referencia y presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja y Factor Pertenencia a una agrupación deportiva (p-valor= 0,001) porque se observa que un porcentaje significativo de pacientes encuestados no pertenecen a alguna organización deportiva y tienen un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja.

Los otros factores no están asociados significativamente como condicionantes sociodemográficos a la calidad de vida en los pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025, porque el p-valor obtenido es mayor a la significancia (α=0,05).

TABLA 5.2.2. FACTORES ECONÓMICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

Factores	Categorías	Calidad de vida					Valor Prueba Chi	p-valor
		Muy baja	Baja	Normal	Alta	Muy alta		
Estado laboral	Desempleado	11	0	0	0	0	21,882	0,039
	Jubilado	2	3	2	2	0		
	Dependiente	11	3	10	4	0		
	Independiente	19	4	16	4	1		
Tiene varios trabajos	Pensionista	20	3	3	2	0	21,346	0,006
	Un trabajo	21	6	16	6	0		
	Dos trabajos	2	1	9	2	1		
Ingreso mensual de sus trabajos	0 - 1000	14	1	0	0	0	22,925	0,028
	1001 - 2000	7	3	4	2	0		
	2001 - 3000	16	4	13	4	0		
	3001 - más	6	2	11	4	1		
Vivienda	Alquilada	7	1	9	2	0	5,782	0,672
	Propia familiar	16	4	7	4	1		
	Propia	20	5	12	4	0		
Material de la vivienda	Adobe	1	0	2	0	0	2,165	0,705
	Material noble	42	10	26	10	1		
	No	22	3	5	2	0	10,220	0,037

Modificaciones arquitectónicas	Si	21	7	23	8	1		
Tiene agua potable	No	3	0	0	0	0	3,534	0,473
	Si	40	10	28	10	1		
Tiene desagüe	No	4	0	0	0	0	4,765	0,312
	Si	39	10	28	10	1		
Tiene electricidad	Si	43	10	28	10	1		
	No	0	0	0	0	0		
Tiene gas natural	No	27	5	16	6	1	1,314	0,859
	Si	16	5	12	4	0		
Tiene teléfono fijo	No	28	6	16	8	1	2,341	0,673
	Si	15	4	12	2	0		
Tiene celular	Si	43	10	28	10	1		
	No	0	0	0	0	0		
Tiene internet	No	19	0	3	2	0	14,812	0,005
	Si	24	10	25	8	1		
Personas que viven en casa	Solo Usted	19	1	4	1	0	16,586	0,035
	2 personas	9	1	4	3	0		
	3 personas o más	15	8	20	6	1		
Número de cuartos	Un cuarto	27	7	18	9	0	4,831	0,305
	2 cuartos	16	3	10	1	1		
Número máximo de personas	3 personas o más	7	1	6	0	1	12,273	0,139
	2 personas	36	8	21	10	0		
	1 persona	0	1	1	0	0		
Medio de transporte	Transporte público	26	1	8	1	0	21,299	0,006
	Taxi	6	5	8	3	1		
	Vehículo propio	11	4	12	6	0		
	Total	**43**	**10**	**28**	**10**	**1**	**92**	

Fuente: Datos empíricos.

De la tabla 5.2.2 se asevera que existe siete factores económicos que si están asociados de manera significativa con la calidad de vida en los pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025, dado que el coeficiente Chi cuadrado es mayor al valor teórico y el p-valor correspondiente es menor a la significancia α=0,05 siendo los siguientes: Factor Estado laboral (p-valor= 0,039) ya que un porcentaje significativo de los pacientes con secuela de polio están desempleados y tienen un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja (Figura 5.2.4); Factor Tenencia de varios trabajos (p-valor= 0,006) porque se aprecia que una cantidad significativa de los pacientes tienen un bajo ingreso económico debido a que son pensionistas y presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja; Factor Ingreso mensual de sus trabajos (p-valor= 0,028) debido a que

una cantidad significativa de pacientes con secuela de polio de la zona rural tienen ingresos de 0 a 1000 soles mensuales y presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja (Figura 5.2.5); Factor Modificaciones arquitectónicas en sus viviendas (p-valor= 0,037) dado que se aprecia que un gran porcentaje de los pacientes No han modificado sus viviendas en función a sus necesidades y presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja; Factor Cuenta con internet (p-valor= 0,005) porque se aprecia que un porcentaje significativo de los pacientes no tienen internet y su nivel de calidad de vida es Muy baja o Baja; Factor Número de personas que viven en la casa (p-valor= 0,035) porque se aprecia que una cantidad significativa de los pacientes no tienen acceso a internet por los costos y a la vez presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja; Factor Medio de transporte (p-valor= 0,006) debido a que una cantidad significativa de los pacientes hacen uso de transporte público.

Los otros factores no están asociados significativamente como condicionantes económicos a la calidad de vida de los pacientes con secuela de polio en la red social horizontal de Lima, porque el p-valor obtenido es mayor a la significancia (α=0,05).

TABLA 5.2.3. FACTORES DE SALUD Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

Factores	Categorías	Calidad de vida					Valor Prueba Chi	p-valor
		Muy baja	Baja	Normal	Alta	Muy alta		
Atención de salud	Médico particular	22	0	6	0	0	27,810	0,006
	MINSA	6	4	5	6	0		
	ESSALUD	10	4	10	3	1		
	Seguro privado EPS	5	2	7	1	0		
Uso de medicina tradicional	No	13	6	8	2	1	6,522	0,163
	Si	30	4	20	8	0		
Región dónde se infectó	Selva	6	1	0	1	0	11,169	0,192
	Sierra	22	4	20	8	0		
	Costa	15	5	8	1	1		
Edad cuando se infectó de polio	No recuerdo	23	0	0	1	0	42,810	<0,001
	De 0 a 12 meses	16	10	21	4	1		
	De 13 a 24 meses	4	0	7	5	0		
	3 o más miembros	21	0	0	0	0	35,621	<0,001

Partes del cuerpo infectados	Ambos miembros inferiores	12	6	12	5	1		
	Miembro inferior izquierdo	4	3	7	3	0		
	Miembro inferior derecho	6	1	9	2	0		
Hospitalización por polio	Si	27	7	15	7	0	2,948	0,567
	No	16	3	13	3	1		
Cirugía por polio	Si	26	3	3	5	0	18,974	<0,001
	No	17	7	25	5	1		
Accesorio para desplazamiento	Silla de ruedas	32	2	5	0	0	42,808	<0,001
	Andador	10	8	15	8	1		
	Muletas auxiliares	1	0	8	2	0		
Visita médica	Menos de 3 meses	14	2	2	0	0	26,620	0,009
	De 4 a 6 meses	20	3	7	4	0		
	De 7 a 12 meses	4	4	12	2	1		
	De 13 a más.	5	1	7	4	0		
Servicio de Fisioterapia	Menos de 3 meses	15	2	0	0	0	28,199	0,005
	De 4 a 6 meses	17	2	9	2	0		
	De 7 a 12 meses	6	4	11	5	0		
	De 13 a más	5	2	8	3	1		
Peso del paciente	Por debajo de su peso ideal	24	3	3	1	0	22,626	0,004
	Con sobre peso	15	6	17	5	1		
	En su peso ideal	4	1	8	4	0		
Actividad física semanal	No hace	29	3	4	4	1	26,615	0,009
	Una vez	5	4	8	1	0		
	Dos veces	8	2	14	5	0		
	3 veces a más	1	1	2	0	0		
Realiza deporte	No	36	4	8	3	0	26,932	<0,001
	Si	7	6	20	7	1		
Tipo de deporte	Nunca he practicado	24	1	0	0	0	40,413	<0,001
	Practiqué antes, ahora no	8	5	14	3	0		
	Recreativo	6	2	8	3	0		
	Competitivo	5	2	6	4	1		
Conocimiento síndrome Pospolio (SPP)	No	35	4	12	5	0	15,300	0,004
	Si	8	6	16	5	1		
Lugar donde se enteró del SPP	No conozco	29	3	20	6	0	12,296	0,138
	Asociación, club de polio	8	6	6	2	1		
	Redes sociales	6	1	2	2	0		
	Total	**43**	**10**	**28**	**10**	**1**	**92**	

Fuente: Datos empíricos.

Se asevera, partir de la tabla 5.2.3 que, que existe doce factores de salud que si están asociados de manera significativa con la calidad de vida en los pacientes

con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025, dado que el coeficiente Chi cuadrado es mayor al valor teórico y el p-valor correspondiente es menor a la significancia α=0,05 siendo los siguientes: Factor Lugar donde actualmente realiza su atención de salud (p-valor= 0,006) ya que un porcentaje significativo de los pacientes se atenden en médico particular y tienen un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja (Figura 5.2.6); Factor Conocimiento de la edad cuando se infectó de polio (p-valor=<0,001) porque se aprecia que una cantidad significativa de los pacientes no recuerdan cuán se infectaron de Polio y presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja; Factor Partes de su cuerpo que son afectados por la polio (p-valor= <0,001) debido a que una cantidad significativa de pacientes tienen tres o más miembros afectados y presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja; Factor Intervención quirúrgica por polio (p-valor= <0,001) dado que se aprecia que un gran porcentaje de los pacientes si han tenido cirugía por causas de polio y presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja; Factor Accesorio para desplazamiento (p-valor= <0,001) porque se aprecia que un porcentaje significativo de los pacientes hacen uso de silla de ruedas y su nivel de calidad de vida es Muy baja o Baja; Factor última visita médica por secuela de polio (p-valor= 0,009) porque se aprecia que una cantidad significativa de los pacientes que han tenido dicha visita hace menos de tres meses y a la vez presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja; Factor Servicio de fisioterapia (p-valor= 0,005) debido a que una cantidad significativa de los pacientes hacen uso del servicio de fisioterapia hace menos de tres meses y presentan Muy baja y Baja calidad de vida.

También se tiene el Factor Peso del paciente (p-valor= 0,004) debido a que una cantidad significativa de los pacientes tienen un peso por debajo del peso ideal y presentan muy baja y baja calidad de vida. Factor Actividad física (p-valor=<0,009) porque se aprecia que una cantidad significativa de los pacientes no hacen deporte y presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja; Factor Práctica de deporte (p-valor= <0,001) debido a que una cantidad significativa de pacientes no practican deporte y tienen un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja; Factor Tipo de deporte (p-valor= <0,001) dado que se aprecia que un gran

porcentaje de los pacientes Nunca han practicado o practicaron antes y actualmente ya no y presentan un nivel de calidad de vida Muy baja o Baja y Factor Tiene conocimiento que existe síndrome pospolio (p-valor= <0,004) porque se aprecia que un porcentaje significativo de los pacientes no tenían conocimiento y su nivel de calidad de vida es Muy baja o Baja.

Los otros factores no están asociados significativamente como condicionantes de salud a la calidad de vida de los pacientes con secuela de polio en la red social horizontal de Lima, 2025, porque el p-valor obtenido es mayor a la significancia (α=0,05).

TABLA 5.2.4. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

Factores Sociodemográficos	**p-valor =** 0,016
Edad	0,014
Grado de instrucción	0,045
Zona de nacimiento	0,008
Tiene hijos	0,031
Cantidad de hijos	<0,001
Pertenencia agrupación social	<0,001
Pertenencia agrupación activismo	0,028
Pertenencia agrupación deportiva	0,001

Fuente: Datos empíricos.

De la tabla 5.2.4 se asevera que existen ocho factores sociodemográficos que se asocian significativamente con la calidad de vida de los pacientes que tienen secuela de polio, porque se aprecia p-valor menor a la significancia α=0,05.

TABLA 5.2.5. FACTORES ECONÓMICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

Factores Económicos	**p-valor =** 0,022
Estado laboral	0,039
Tiene varios trabajos	0,006
Ingreso mensual de sus trabajos	0,028

Modificaciones arquitectónicas	0,037
Cuenta con internet	0,005
Personas que viven en casa	0,035
Medio de transporte	0,006

Fuente: Datos empíricos.

En la tabla 5.2.5. también se aprecia que existen siete factores económicos que también se asocian significativamente con la calidad de vida de los pacientes que tienen secuela de polio, dado p-valor menor a la significancia α=0,05.

TABLA 5.2.6. FACTORES DE SALUD ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

Factores de salud	**p-valor =** 0,003
Atención de salud	0,006
Edad cuando se infectó de polio	<0,001
Partes del cuerpo infectados	<0,001
Cirugía por polio	<0,001
Accesorio para desplazamiento	<0,001
Visita médica	0,009
Servicio de Fisioterapia	0,005
Peso del paciente	0,004
Actividad física semanal	0,009
Práctica de deporte	<0,001
Tipo de deporte	<0,001
Conocimiento síndrome Pospolio	0,004

Fuente: Datos empíricos.

Y respecto a la tabla 5.2.6. Se finaliza aseverando que existen doce factores de salud que se asocian con la calidad de vida de los pacientes que tienen secuela de polio en una red de Lima.

Finalmente, se concluye que existen 27 factores: 8 factores sociodemográficos, 7 factores económicos y 12 factores de salud que están asociados a los niveles de calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.

Hipótesis general:

Los factores sociodemográficos, factores económicos y factores de salud se encuentran asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.
Se plantean las hipótesis de trabajo para comprobar las hipótesis de investigación:

H_0: No existen factores sociodemográficos, económicos y de salud que se asocian a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

H_1: Existen factores sociodemográficos, económicos y de salud que se asocian a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

Dado que los factores y niveles de calidad de vida se expresan mediante categorías ordinales, se procede a utilizar la prueba Chi cuadrado de independencia.

En la contrastación se tiene que en la tabla 5.2.4 se aprecian 8 factores sociodemográficos (p-valor=0,016), hay 7 factores económicos (p-valor=0,022) y 12 factores de salud (p-valor=0,003) que están asociados a los niveles de calidad de vida de los pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima. Como el p-valor en cada dimensión es menor a la significancia, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), por lo tanto, se comprueba la veracidad de la hipótesis general de investigación: Los factores sociodemográficos factores económicos y factores de salud se encuentran

asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1:

Los factores sociodemográficos se encuentran asociados significativamente a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

Se plantean las hipótesis de trabajo:

H_0: No existen factores sociodemográficos que se asocian a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

H_1: Existen factores sociodemográficos que se asocian a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

De la tabla 5.2.4 se observan 8 factores sociodemográficos (p-valor=0,016) que están asociados a los niveles de calidad de vida de los pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025. Debido a que el p-valor es menor a la significancia, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), por lo tanto, se comprueba la hipótesis específica 1: Los factores sociodemográficos se encuentran asociados significativamente a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

Hipótesis específica 2:

Los factores económicos se encuentran asociados significativamente a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

Se plantean las hipótesis de trabajo:

H_0: No existen factores económicos que se asocian a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

H_1: Existen factores económicos que se asocian a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

De la tabla 5.2.4 se observan 7 factores económicos (p-valor=0,022) que están asociados a los niveles de calidad de vida de los pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima. Dado que el p-valor es menor a la significancia, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), por lo tanto, se comprueba la hipótesis específica 2: Los factores económicos se encuentran asociados significativamente a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

Hipótesis específica 3:

Los factores de salud se encuentran asociados significativamente a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025. Se plantean las hipótesis de trabajo:

H_0: No existen factores de salud que se asocian a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

H_1: Existen factores de salud que se asocian a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

De la tabla 5.2.4 se observan 12 factores de salud (p-valor=0,003) que están asociados a los niveles de calidad de vida de los pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025. Dado que el p-valor es menor a la significancia, se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alterna (H1), por lo tanto, se comprueba la hipótesis específica 3: Los factores de salud se encuentran asociados significativamente a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.

6. 2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

Los resultados obtenidos no coinciden con el trabajo de **Huamán** LH, **2022**, (28), referente a la calidad de vida, la mayoría presentó un nivel muy alto con 57,7%, seguido de un nivel alto con 38,1%. La prueba estadística Rho de Spearman obtuvo un p-valor de 0.001 < 0.05 al establecer relación entre la imagen corporal y la calidad de vida. La diferencia es que hay relación entre la imagen corporal y la calidad de vida en pacientes con trasplante renal del hospital en estudio; a menor afectación de la imagen corporal, mayor calidad de vida, la diferencia está en que el nivel de calidad de vida de este trabajo es muy bajo con un 46,74%, mientras que en sus resultados presentó un nivel muy alto con 57,7%.

Otra investigación que difiere a los resultados obtenidos en calidad de vida, es el estudio que corresponde a **Marian da Silva e Silva et al.** en **Brasil** en **2021**, en su publicación “Calidad de vida: relación con aspectos sociodemográficos y cognitivos en personas mayores en grupos comunitarios” que presenta como **objetivo,** analizar la relación existente entre la calidad de vida y los factores sociodemográficos y cognitivos en personas mayores que participan en grupos sociales. Siendo el **método** un estudio epidemiológico de enfoque cuantitativo y diseño transversal, aplicado a adultos mayores residentes en una capital del sur de Brasil. Para la recolección de datos se emplearon cuatro instrumentos: uno para caracterización sociodemográfica, otro para evaluar la calidad de vida, un tercero para aspectos cognitivos y un último para identificar quejas subjetivas de memoria. En los **resultados,** observaron diferencias significativas en la calidad de vida y sus distintos dominios en función de variables como edad, nivel educativo, ingresos, región de residencia y desempeño cognitivo. En las preguntas generales del cuestionario, 176 participantes (54,83%) calificaron su calidad de vida como buena, mientras que 151 (47,04%) manifestaron sentirse satisfechos con su estado de salud general. Finalmente llegaron a la **conclusión**, que **l**os factores sociodemográficos y cognitivos muestran una asociación directa con la calidad de vida de los adultos mayores activos en el municipio. Destaca la presencia de quejas subjetivas de memoria, las cuales se relacionaron con todos los dominios evaluados. Estos hallazgos pueden servir

como base para diseñar estrategias orientadas a la promoción de la salud y la mejora de la calidad de vida en la población adulta mayor. (78)

En tanto a los resultados de la variable Calidad de vida coincidentes con este trabajo, **Miszory et al.** en **Hungría**, **2023** (14), en el estudio “Calidad de vida de los supervivientes de la poliomielitis húngaros” en quienes se aplicó el Cuestionario SF-36 (N= 268), determinaron que los pacientes con poliomielitis, con excepción de dos dimensiones (salud mental, funcionamiento social), en la escala de 100 no alcanzan la calidad de vida “promedio” (funcionamiento físico 23 puntos, rol funcional 36 puntos, rol emocional 47 puntos, dolor corporal 48 puntos, salud general 42 puntos, vitalidad 50 puntos, cambio de salud 31 puntos). Llegando a la **conclusión** de que la calidad de vida de los pacientes con poliomielitis está muy por debajo de las dimensiones de la función física, mientras que la diferencia en salud mental en comparación con las personas sanas es mínima, muy similar a los resultados obtenidos en esta investigación.

Resultados similares son también los obtenidos por **Latifoglou et al.** en **Turquía**, en **2023**, en su artículo “Coexistencia de fibromialgia y síndrome pospolio en personas con poliomielitis previa en Turquía: relaciones con síntomas, alteraciones relacionadas con la polio y calidad de vida”, presenta como **introducción** que este estudio se centra en analizar la prevalencia de fibromialgia (FM) y su relación con los síntomas clínicos, las alteraciones asociadas a la poliomielitis (PRI) y la calidad de vida (CdV) en personas con antecedentes de poliomielitis paralítica (PsPP), tanto en presencia como en ausencia del síndrome pospolio (SPP). En tanto al **objetivo** principal fue determinar la frecuencia de FM y explorar cómo se vincula con los síntomas, las secuelas relacionadas con la polio y la CdV en individuos con PsPP, diferenciando aquellos que presentan SPP. En los **métodos**, la investigación incluyó 74 participantes menores de 60 años, de los cuales 60 cumplían criterios diagnósticos de SPP. La presencia y severidad de la FM se evaluaron conforme a los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) de 1990, 2010 y 2016, complementados con la Escala de Gravedad de la Fibromialgia. Para

valorar los síntomas del SPP, el PRI y la CdV se utilizaron la Escala de Evaluación de Afecciones Autoinformadas en Personas con Efectos Tardíos de la Polio, la Escala de Gravedad de la Fatiga y el Perfil de Salud de Nottingham. Se realizaron análisis de frecuencia, comparación y correlación. En relación con los **resultados** entre los pacientes con PsPP y SPP, el 15 % cumplió los criterios ACR de 1990, el 32 % los de 2010 y el 35 % los de 2016. Ningún participante sin SPP presentó criterios diagnósticos de FM. Aquellos con FM coexistente mostraron mayor severidad en los síntomas del SPP y en las alteraciones relacionadas con la polio, además de una calidad de vida significativamente más baja. Se identificó una correlación significativa entre la gravedad de la FM y la intensidad de los síntomas del SPP, el PRI y la disminución de la CdV. Finalmente presentan como **conclusiones** que la fibromialgia se presenta con frecuencia en pacientes con síndrome pospolio y contribuye a incrementar su carga clínica, al asociarse con síntomas más intensos, mayores limitaciones funcionales y peor calidad de vida. Reconocer esta coexistencia, derivar oportunamente y aplicar estrategias de manejo adecuadas puede reducir la severidad de los síntomas y mejorar la CdV en personas con SPP. (79)

Del mismo modo, los estudios de **Meiner et al.** en **Jerusalén**, **2021**, en “Gravedad de la enfermedad y salud psicológica en pacientes con poliomielitis en Jerusalén: Estudio de seguimiento en 10 años” manifiestan en la **introducción:** Que durante la gran epidemia de poliomielitis en Israel en la década de 1950, más de 7.000 personas resultaron afectadas. Con el paso del tiempo, quienes sufrieron secuelas de la enfermedad han experimentado un deterioro adicional, principalmente por el envejecimiento acelerado y la aparición del síndrome pospolio. Sus **objetivos** fueron analizar la relación entre la gravedad de las secuelas y los aspectos funcionales y psicológicos en pacientes con poliomielitis residentes en Jerusalén, a lo largo de un seguimiento de diez años. Respecto a los **métodos,** el estudio incluyó a 145 personas con antecedentes de polio, de las cuales 82 habían sido evaluadas una década antes. La severidad de las secuelas se midió mediante el Índice de Secuelas Post-Polio (IPPS), mientras que el estado psicológico se valoró con el

Cuestionario de Salud General (GHQ) y las escalas de Esperanza y Satisfacción con la Vida. Los **resultados** determinaron que la edad promedio actual fue de 66,4 ± 8,0 años, frente a 57,8 ± 12,8 años en la evaluación previa. El 75,9 % eran judíos y el 28,3 % mantenían actividad laboral, cifras que contrastan con el 75 % y 37,3 % del estudio anterior. La puntuación del IPPS mostró un incremento en la gravedad de los síntomas, y más pacientes requirieron ayuda para realizar actividades de la vida diaria (AVD). Sin embargo, el puntaje del GHQ permaneció estable. Se observó que los pacientes no judíos presentaban un estado físico más desfavorable que sus pares judíos. En tanto las **conclusiones,** determinaron que el aumento de la edad se asocia con mayor severidad de las secuelas y menor independencia en las AVD. A pesar del deterioro físico, los pacientes muestran una notable resiliencia emocional, y el empleo se confirma como un factor clave para mantener la fortaleza psicológica.

Nota: Las evaluaciones con GHQ y las escalas de Esperanza y Satisfacción con la Vida evidencian que, incluso ante el empeoramiento físico, el bienestar psicológico se mantiene estable durante diez años. El trabajo actúa como un recurso esencial de apoyo y propósito. Finalmente la **discusión** determina que la poliomielitis crónica continúa afectando la calidad de vida décadas después de la infección inicial. Este impacto, sumado al envejecimiento acelerado, subraya la necesidad de programas específicos de rehabilitación que incluyan capacitación laboral, con el fin de reducir el deterioro funcional en esta población. (80)

6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes

Al respecto, esta investigación cumple con todas las normas éticas consideradas por los reglamentos de la Universidad Nacional del Callao, asimismo respeta todos los principios de confidencialidad, individualidad e integridad de cada uno de los 92 participantes; que de manera explícita se les menciona el carácter anónimo y de privacidad de los datos personales, cada uno de ellos que voluntariamente y sin coacción completaron las encuestas presentadas.

El presente trabajo es original, autentico en contenido y datos obtenidos, afirmando que en su totalidad y partes no han sido difundidos en otros medios e investigaciones previas.

VII. CONCLUSIONES

Existe ocho factores socio demográficos que si están asociados de manera significativa con la calidad de vida de los pacientes con secuela de polio en la red de Lima, dado que presentan Muy baja o baja calidad de vida, estos son: Edad (p-valor= 0,014), Grado de instrucción (p-valor= 0,045), Zona de nacimiento (p-valor= 0,008), Tiene hijos (p-valor= 0,031), Cantidad de hijos (p-valor= <0,001), Pertenencia a una agrupación social (p-valor=< 0,001), Pertenencia a una agrupación de activismo (p-valor= 0,028) y Pertenencia a una agrupación deportiva (p-valor= 0,001).

Existe siete factores económicos que si están asociados de manera significativa con la calidad de vida de los pacientes con secuela de polio en la red de Lima, dado que presentan Muy baja o baja calidad de vida, estos son: Estado laboral (p-valor= 0,039), Tenencia de varios trabajos (p-valor= 0,006), Factor Ingreso mensual de sus trabajos (p-valor= 0,028), Modificaciones arquitectónicas en sus viviendas (p-valor= 0,037), Cuenta con internet (p-valor= 0,005), Número de personas que viven en la casa (p-valor= 0,035) y Medio de transporte (p-valor= 0,006).

Existe doce factores de salud que si están asociados de manera significativa con la calidad de vida de los pacientes con secuela de polio en la red de Lima, dado que presentan Muy baja o baja calidad de vida, estos son: Lugar donde actualmente realiza su atención de salud (p-valor= 0,006), Conocimiento de la edad cuando se infectó de polio (p-valor=<0,001), Partes de su cuerpo que son afectados por la polio (p-valor= <0,001), Intervención quirúrgica por polio (p-valor= <0,001), Accesorio para desplazamiento (p-valor= <0,001), última visita médica por secuela de polio (p-valor= 0,009), Servicio de fisioterapia (p-valor= 0,005), Peso del paciente (p-valor= 0,004), Actividad física (p-valor=<0,009), Práctica de deporte (p-valor= <0,001), Tipo de deporte (p-valor= <0,001), Tiene conocimiento que existe síndrome pospolio (p-valor= <0,004).

La investigación destaca la importancia del acceso a servicios de rehabilitación y apoyo social en la calidad de vida de estos pacientes, aunque se requieren estudios adicionales para validar su impacto a largo plazo. Estos hallazgos contribuyen a la formulación de estrategias de salud pública más efectivas y centradas en las necesidades específicas de esta población. Se recomienda la implementación de programas de apoyo social y rehabilitación, considerando las variables identificadas como factores de riesgo.

VIII. RECOMENDACIONES

Las personas con discapacidad, en este caso secuela de polio, sumado a que los participantes en el estudio se encuentran en edades que se acercan al adulto mayor, tienen que tomar en cuenta recomendaciones en diferentes esferas, como la física, psicológica y social, en tanto a ello:

Mejorar los accesos a los servicios de salud, que aborden los **factores físicos**, que prevengan la debilidad y atrofia muscular y evitar alteraciones posturales (escoliosis, pie caído) y disminuir los riesgos de enfermedades crónicas concomitantes como hipertensión, diabetes y obesidad, aquí los programas de prevención secundaria y terciaria son plenamente recomendables.

La alerta a las implicancias del síndrome pospolio que afecta alrededor del 25-50% de los supervivientes, manifestándose con fatiga extrema, dolor muscular progresivo, intolerancia al frío y mayor debilidad décadas después del episodio inicial, son muchas las personas que desconocen esta entidad, así que el plano educativo e informativo es trascendente.

Un abordaje interdisciplinario adecuado y oportuno lograría evitar las limitaciones funcionales, así como proveer recursos para mitigar la fatiga crónica: Reportada en el 70-90% de los casos de síndrome pospolio, que impacta directamente en la capacidad para realizar actividades diarias, generando dificultades para caminar y mantener en lo posible su independencia con el empleo de dispositivos como ortesis o sillas de ruedas y otros accesorios.

Asimismo, un abordaje alrededor de los **factores psicológicos** como la depresión y ansiedad: relacionadas con la aceptación de la discapacidad, pérdida de autonomía y cambios en la imagen corporal, pueden desestabilizar emocionalmente a quien no tiene recursos de un buen manejo de sus emociones.

Finalmente, los **factores sociales** también ameritan la toma de decisiones para un mejor manejo alrededor de una serie de acciones que eviten la dependencia familiar: La necesidad de apoyo para movilizarse o realizar tareas básicas limita la independencia y participación social. Así como impedir el aislamiento: La sociedad también tiene un rol importante al disminuir las barreras arquitectónicas presentando una ciudad más accesible para la convivencia y que permita eliminar manifestaciones de discriminación y de estigma social que no hacen más que reducir las oportunidades de integración laboral y comunitaria.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Du X, Yang J, Li J, Wang J. Gastrointestinal Infectious Disease-Related Central Nervous System Infections (Poliomyelitis). En: Radiology of Infectious and Inflammatory Diseases - Volume 1. Singapore: Springer Nature Singapore; 2023. p. 71–3.
2. Sáinz MP, Pelayo R, Laxe S, Castaño B, Capdevilla E, Portell E. Describiendo el síndrome pospolio. Neurología. el 1 de junio de 2022;37(5):346–54.
3. Wolbert JG, Higginbotham K. Poliomyelitis (Polio). StatPearls [Internet]. 2020 [citado el 23 de abril de 2022]; Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32644370
4. J.J. Borrego, A. Bosch. La poliomielitis y sus sellos. SEM@foro [Internet]. diciembre de 2017 [citado el 12 de junio de 2024];22–9. Disponible en: https://www.semicrobiologia.org/wp-content/uploads/2021/04/8-Polio_Sellos.pdf
5. Bibliográfica R. POLIOMIELITIS: UN VIAJE A TRAVÉS DE LA HISTORIA POLIOMYELITIS: A JOURNEY THROUGH HISTORY. Vol. 18. 2021.
6. Redacción BBC News Mundo. BBC News Mundo. 2020 [citado el 15 de agosto de 2022]. Qué fue el incidente Cutter y cómo ayudó a que el desarrollo de vacunas sea más seguro. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias-54021337
7. Organización Panamericana de la Salud. La historia de la polio: de la erradicación a la reemergencia [Internet]. 2022 [citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/historias/historia-polio-erradicacion-reemergencia
8. infoMED Vigilancia en Salud Pública. Vigilancia en Salud Pública. 2010 [citado el 13 de junio de 2024]. Poliomielitis en Africa. Disponible en: https://temas.sld.cu/vigilanciaensalud/2010/10/
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Enfermedades No transmisibles y Transmisibles. ENDES 2024 [Internet]. Lima; 2025 may [citado el 28 de diciembre de 2025]. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib2017/libro.pdf

10. Ministerio de Salud. En el Perú no existe poliomielitis desde hace 15 años [Internet]. Lima; 2006 feb [citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/41987-en-el-peru-no-existe-poliomielitis-desde-hace-15-anos/
11. Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza. Perú: El caso del niño con poliovirus derivado de vacuna tipo 1 en la provincia de Datem del Marañón - Departamento de Loreto. [Internet]. Lima; 2023 abr [citado el 7 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-04-24/mclcp-alerta-sobre-polio-abril-2023v80.pdf
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Boletines epidemiológicos y ENDES 2024. 2024 [citado el 28 de diciembre de 2025]; Disponible en: https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Indicadores de Salud Infantil 2024 [Internet]. 2024 [citado el 28 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib2016/libro.pdf
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Indicadores de Salud Infantil 2020. [Internet]. Lima; 2021 [citado el 28 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1792/index.html
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Informe Nacional de Salud. ENDES 2024 [Internet]. Lima; 2025 may [citado el 29 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6813623-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2024
16. Organización Mundial de la Salud OMS - Región Pacífico Occidental. Detección de poliovirus tipo 2 derivado de vacuna en Morobe, Papúa

Nueva Guinea – Abril 2025 [Internet]. Polio Bulletín. 2025 [citado el 28 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e5386201-a841-4ffb-af54-82c0bf0b8571/content

17. Olusanya BO, Gladstone M, Wright SM, Hadders-Algra M, Boo NY, Nair MKC, et al. Cerebral palsy and developmental intellectual disability in children younger than 5 years: Findings from the GBD-WHO Rehabilitation Database 2019. Front Public Health [Internet]. el 25 de agosto de 2022;10. Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.894546/full
18. Sun Y, Jiang N, Zhu M, Hua H. Precise Rehabilitation Strategies for Functional Impairment in Children with Cerebral Palsy. Intelligent Automation & Soft Computing [Internet]. 2023;36(3):3191–202. Disponible en: https://www.techscience.com/iasc/v36n3/51927
19. Daniela Edelvis Testa. INTERMINTENCIAS DE UN RECUERDO ELUDIDO. LA POLIOMIELITIS Y EL SÍNDROME POSTPOLIO ENTRE EL PASADO Y EL PRESENTE. Revista Salud, Historia y Sanidad [Internet]. 2021 [citado el 15 de junio de 2024];16(2):55–62. Disponible en: https://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/331
20. Miszory EV, Járomi M, Pakai A. Quality of life in Hungarian polio survivors. Journal of Public Health (Germany). 2021;
21. García-Barrera AE, Horta-Roa LF, Bautista-Roa MA, Ibáñez-Pinilla EA, Cobo-Mejía EA. Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. Revista Salud Bosque. el 3 de agosto de 2022;12(1):1–13.
22. Quintana R, Fernandez S, Bensi A, Guggia L, Iglesias P, Valdata M. Experiencia sobre la implementación de estrategias educativas digitales en pacientes con artritis reumatoidea de la comunidad qom durante la pandemia. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Rosario [Internet]. el 8 de noviembre de 2023;3:54–7. Disponible en: https://fcmcientifica.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/109

23. Díaz Campos J, Puntí-Brun M. Redes sociodigitales y calidad de vida en los pacientes con enfermedades raras. index.comunicación [Internet]. el 15 de julio de 2025 [citado el 27 de agosto de 2025];15(2):57–82. Disponible en: https://indexcomunicacion.es/index.php/indexcomunicacion/article/view/2023
24. Espinoza Portilla E, Mazuelos Cardoza C. Desinformación sobre temas de salud en las redes sociales. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud (ACIMED) [Internet]. abril de 2020 [citado el 27 de agosto de 2025];31(2):1–5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/ics/v31n2/2307-2113-ics-31-02-e1498.pdf
25. Koopman FS, Nollet F. Síndrome Post-Polio. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology [Internet]. el 1 de enero de 2025 [citado el 2 de diciembre de 2025];438–47. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780323957021000877
26. Toda F, Sawada K, Imoto D, Hayashi K, Fujii S, Saitoh E, et al. Estudio sobre los cambios en los síntomas subjetivos entre los supervivientes japoneses de la poliomielitis a lo largo de 10 años. J Rehabil Med [Internet]. el 22 de abril de 2025 [citado el 3 de agosto de 2025];57:jrm42213–jrm42213. Disponible en: https://medicaljournalssweden.se/jrm/article/view/42213/50002
27. Ofran Y, Schwartz I, Shabat S, Seyres M, Karniel N, Portnoy S. Caídas en pacientes con secuelas de poliomielitis: prevalencia y factores de riesgo. Biology (Basel). el 28 de octubre de 2021;10(11):1110.
28. Simeonova I, Mladenova I, Patel A. Vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida aguda para la erradicación de la poliomielitis (breve revisión). Acta Medica Bulgarica. el 1 de marzo de 2024;51(1):62–6.
29. Mosquera Gordillo M. La poliomielitis y su erradicación en el proceso de modernidad colombiana (1900-1994) [Internet]. Universidad Miguel Hernández de Elche; 2019 [citado el 20 de junio de 2024]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=218245

30. Arévalo-Avecillas DX, Game-Varas CI, Padilla-Lozano CP, Wong-Laborde NI. Calidad de vida en adultos mayores profesionales de Ecuador. Revista Venezolana de Gerencia. el 28 de enero de 2021;26(93):414–31.
31. Verdugo Alonso MÁ, Córdoba Andrade L, Rodríguez Aguilella A. Calidad de vida en familias de personas con discapacidad. Pensando Psicología. el 2 de marzo de 2020;16(1):1–23.
32. Chaparro-Dammert LE, Campos-Guevara F, Del Águila O, Urquizo-Aréstegui R, Kolevic-Roca L, Mucha-Lara J. Vacuna hexavalente en el Perú. Hacia la cobertura segura y sostenida de la vacunación en la infancia. Consenso de expertos. Revista del Cuerpo Médico del HNAAA. el 23 de diciembre de 2020;13(3):327–32.
33. Meza Espinoza EM. Calidad de vida laboral y desempeño del personal de salud en tiempos de pandemia en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, Huánuco - 2021 [Internet]. [Huánuco]: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2023 [citado el 16 de junio de 2024]. Disponible en: https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/8485
34. Huamán Carhuas LH. Imagen corporal y calidad de vida en pacientes con trasplante renal de un Hospital Público Callao, 2022 [Internet]. [Callao]: Universidad Nacional del Callao; 2023 [citado el 16 de junio de 2024]. Disponible en: https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3608793
35. Calvo D. Los modelos biomédico y biopsicosocial en Medicina. Rev Med La Paz [Internet]. julio de 2023 [citado el 2 de noviembre de 2025];29(2). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v29n2/1726-8958-rmcmlp-29-02-112.pdf
36. Gil-Girbau M, Pons-Vigués M, Rubio-Valera M, Murrugarra G, Masluk B, Rodríguez-Martín B, et al. Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. Gac Sanit [Internet]. enero de 2021 [citado el 2 de noviembre de 2025];35(1):48–59. Disponible en: comet-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v35n1/0213-9111-gs-35-01-48.pdf

37. Gutenbrunner C, Nugraha B, Meyer T. Prevention Aiming at Functioning—Describing Prevention in the Context of Rehabilitation: A Discussion Paper. Int J Environ Res Public Health. el 4 de abril de 2023;20(7):5399.
38. Arrieta Villarreal JL, Guzmán-Saldaña R. Modelo Biopsicosocial: De la teoría a la clínica. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [Internet]. el 5 de diciembre de 2021;10(19):101–2. Disponible en: https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/8033
39. Macías-Intriago MG, Haro-Alvarado JI, Piguave-Figueroa TJ, Carrillo-Zambrano GY. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la calidad de vida en Ecuador. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud y Vida. el 1 de julio de 2024;8(16):155–65.
40. Pérez J. El Positivismo y la investigación científica. Revista empresarial. el 21 de septiembre de 2015;9(3):29–34.
41. Pérez-Rivas FJ, Jiménez-González J, Bayón Cabeza M, Belmonte Cortés S, de Diego Díaz-Plaza M, Domínguez-Bidagor J, et al. Diseño y validación de contenido mediante opiniones de expertos de un instrumento que evalúa el estilo de vida de adultos: el cuestionario 'PONTE A 100'. Healthcare. el 16 de julio de 2023;11(14):2038.
42. Cigna Healthcare. Factores sociales que pueden afectar su salud [Internet]. [citado el 26 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/factores-sociales-que-pueden-afectar-a-la-salud-acq4591
43. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Paraguay. Conozca los principales factores de riesgo para la salud [Internet]. 2022 [citado el 26 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.mspbs.gov.py/portal/25703/conozca-los-principales-factores-de-riesgo-para-la-salud.html
44. Organización Panamericana de la salud OPS. Determinantes sociales de la salud [Internet]. [citado el 26 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

45. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Cien Saude Colet [Internet]. el 3 de febrero de 2020 [citado el 27 de mayo de 2022];25(2):693–702. Disponible en: https://orcid.org/0000-0001-6689-4834
46. Marín López MT, Rodríguez-Rey R, Montesinos F, Rodríguez de Galvis S, Ágreda-Ladrón MR, Hidalgo Mayo E. Factores asociados a la calidad de vida y su predicción en pacientes renales en hemodiálisis. Nefrología. agosto de 2021;
47. Lai YA, Chen X, Kunasekaran M, Rahman B, MacIntyre CR. Epidemiología mundial del poliovirus derivado de la vacuna 2016-2021: un análisis descriptivo y un estudio retrospectivo de casos y controles. EClinicalMedicine [Internet]. agosto de 2022 [citado el 7 de junio de 2024];50:101508. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589537022002383
48. Rogers N. La polio y su papel en la fisioterapia estadounidense. Phys Ther [Internet]. el 1 de junio de 2021 [citado el 15 de agosto de 2022];101(6). Disponible en: https://academic.oup.com/ptj/article/doi/10.1093/ptj/pzab126/6309267
49. Maeda K, Sugihara Y. Síndrome pospolio por infección por poliovirus no paralítico. Internal Medicine [Internet]. el 15 de septiembre de 2022;61(18):7985–21. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/internalmedicine/61/18/61_7985-21/_article
50. Organización Panamericana de la Salud. Discapacidad [Internet]. 2025 [citado el 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/discapacidad
51. Impulsa igualdad. Entendiendo la discapacidad física y orgánica [Internet]. 2024 [citado el 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.impulsaigualdad.org/discapacidad-fisica/
52. Pereira RS da S, Sousa SS, Martins MM, Machado WCA, Schoeller SD. Percepciones de las personas con discapacidad física sobre la

accesibilidad y las condiciones sociales: intervenciones para la enfermería de rehabilitación. Rev Bras Enferm. 2024;77(5).

53. Gianfredi V, Nucci D, Pennisi F, Maggi S, Veronese N, Soysal P. Envejecimiento, longevidad y envejecimiento saludable: el enfoque de salud pública. Aging Clin Exp Res. el 17 de abril de 2025;37(1):125.
54. Pinilla Cárdenas MA, Ortiz Álvarez MA, Suárez-Escudero JC. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. Salud Uninorte. el 16 de febrero de 2022;37(02):488–505.
55. Olusanya BO, Kancherla V, Shaheen A, Ogbo FA, Davis AC. Prevalencia mundial y regional de discapacidades entre niños y adolescentes: análisis de los resultados de bases de datos de salud mundiales. Front Public Health [Internet]. el 23 de septiembre de 2022;10. Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.977453/full
56. Fundación AMAS, Fernández A. El reto del envejecimiento en personas con discapacidad intelectual [Internet]. 2025 [citado el 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.fundacion-amas.org/actualidad/cuando-el-tiempo-se-adelanta-el-reto-del-envejecimiento-en-personas-con-discapacidad-intelectual/
57. Observatorio estatal de la discapacidad. Estudio sobre la situación de las personas con discapacidad en proceso de envejecimiento y necesidades de prestación de apoyos en Extremadura. 2020 [citado el 2 de noviembre de 2025]; Disponible en: https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/DISCAPACIDAD-ENVEJECIMIENTO-SEPAD-v1.pdf
58. Guerrero Romera C. Indicadores de envejecimiento en personas con discapacidad. La percepción de las familias. European Journal of Child Development, Education and Psychopathology [Internet]. el 28 de mayo de 2019 [citado el 2 de noviembre de 2025];7(1):59. Disponible en: https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ejpad/article/view/769
59. Organización Panamericana de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable: Informe de referencia. Sadana R, editor. Washington DC: World Health Organization; 2022.

60. Enciclopedia Concepto. Editorial Etece. 2025 [citado el 2 de diciembre de 2025]. Redes sociales. Disponible en: https://concepto.de/redes-sociales/
61. Salas Rubén. Diferencias entre redes sociales verticales y horizontales [Internet]. 2025 [citado el 2 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.beedigital.es/redes-sociales-pymes-autonomos/diferencias-entre-redes-sociales-verticales-y-horizontales/
62. Medeiros Figueiredo A, Daponte-Codina A, Moreira Marculino Figueiredo DC, Toledo Vianna RP, Costa de Lima K, Gil-García E. Factores asociados a la incidencia y la mortalidad por COVID-19 en las comunidades autónomas. Gac Sanit. septiembre de 2021;35(5):445–52.
63. Lima-Castro S, Blanco V, Torres ÁJ, Guisande A, Vázquez FL. Health-Related Quality of Life and Associated Variables in People With Physical Disabilities. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud [Internet]. 2024 [citado el 13 de septiembre de 2025];15(1):1. Disponible en: https://www.rips.cop.es/pdf/art702024.pdf
64. Traviezo L. Poliomielitis, una historia de inicio triste y final feliz. Boletín Médico de Postgrado. 2021;37(1):15–20.
65. Grewal E, Godley J, Wheeler J, Tang KL. Uso del análisis de redes sociales en la investigación en salud: un protocolo de revisión exploratoria. BMJ Open [Internet]. el 24 de mayo de 2024;14(5):e078872. Disponible en: https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2023-078872
66. Rana J, Gutierrez PL, Oldroyd JC. Quantitative Methods. En: Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 1–6.
67. Espinoza L, Ochoa J. El nivel de investigación relacional en las ciencias sociales. Acta Jurídica Peruana [Internet]. el 21 de mayo de 2021 [citado el 6 de diciembre de 2025];3(2):93–111. Disponible en: http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/AJP/article/view/257
68. Haque MdS. Inductive and/or Deductive Research Designs. En: Principles of Social Research Methodology. Singapore: Springer Nature Singapore; 2022. p. 59–71.

69. Pérez-Guerrero EE, Guillén-Medina MR, Márquez-Sandoval F, Vera-Cruz JM, Gallegos-Arreola MP, Rico-Méndez MA, et al. Consideraciones metodológicas y estadísticas para estudios transversales, de casos y controles y de cohortes. J Clin Med. el 9 de julio de 2024;13(14):4005.
70. Hernández CE, Carpio N. Introducción a los tipos de muestreo. ALERTA Revista Científica del Instituto Nacional de Salud. el 13 de marzo de 2019;2(1):75–9.
71. Gideon Lior. Handbook of survey methodology for the social sciences. Springer; 2012. 520 p.
72. Wong G. Encuesta de salud SF-12 y SF-36. En: Encyclopedia of Gerontology and Population Aging [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021 [citado el 25 de diciembre de 2025]. p. 4490–3. Disponible en: https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-030-22009-9_426
73. Barceló R, Ornelas M, Blanco H. Utilización del Cuestionario de Salud SF-36 en personas mayores. Revisión sistemática. Ansiedad y Estres. el 1 de enero de 2021;27(2–3):95–102.
74. Lima Castro SE. Calidad de vida de personas de Ecuador con discapacidad y variables asociadas [Internet]. 2023 [citado el 2 de octubre de 2025]. Disponible en: http://hdl.handle.net/10347/32454
75. Salazar FR, Bernabé E. The Spanish SF-36 in Peru: Factor structure, construct validity, and internal consistency. Asia Pac J Public Health [Internet]. el 4 de marzo de 2012 [citado el 24 de septiembre de 2022];27(2):NP2372–80. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1010539511432879
76. Barnett A. Encuesta de Salud SF-36. En: Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Cham: Springer International Publishing; 2023. p. 6421–2.
77. McHugh ML. The Chi-square test of independence. Biochem Med (Zagreb). 2013;143–9.
78. Marian da Silva e Silva AC, Arakawa-Belaunde A. Calidad de vida: relación con aspectos sociodemográficos y cognitivos en personas mayores en

grupos comunitarios. International Journal of Medical and Surgical Sciences. el 2 de enero de 2021;1–13.

79. Latifoglou E, Çınar E, Tanıgör G, On AY. Coexistencia de fibromialgia y síndrome pospolio en personas con poliomielitis previa en Turquía: relaciones con síntomas, alteraciones relacionadas con la polio y calidad de vida. Disabil Rehabil. el 9 de octubre de 2023;45(21):3511–8.

80. Meiner Z, Marmor A, Jalagel M, Shiri S, Schwartz I. Gravedad de la enfermedad y salud psicológica en pacientes con poliomielitis en Jerusalén: Estudio de seguimiento de 10 años.S IN JERUSALEM - 10 YEARS FOLLOW-UP STUDY. Harefuah. marzo de 2021;160(3):148–54.

X. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia:
Anexo 2: Consentimiento informado
Anexo 3: Operacionalización de variables
Anexo 4: instrumentos de recolección de datos
Anexo 5 Validez de contendo por expertos.
Anexo 5: Matriz de datos

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.

Título: "FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA 2025"

Investigador: Manuel Ricardo, Castro Elías.

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables /Dimensiones	Metodología
Problema general: ¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025? **Problemas específicos:** ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025? ¿Cuáles son los factores económicos asociados a la calidad	**Objetivo general** Identificar cuáles son los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025. **Objetivos específicos:** Determinar cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025 Establecer cuáles son los factores económicos asociados a la calidad de vida en pacientes con	**Hipótesis general** Los factores sociodemográficos, factores económicos y factores de salud se encuentran asociados a la calidad de vida de los pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025. **Hipótesis específicas:** Los factores sociodemográficos se encuentran asociados significativamente a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025. Los factores económicos se encuentran asociados significativamente a la calidad de vida en pacientes con	**Variable 1:** Factores asociados **Dimensiones:** • Factores sociodemográficos • Factores económicos • Factores de salud **Variable 2:** Calidad de vida **Dimensiones:** • Función física • Rol físico • Dolor corporal • Salud General • Vitalidad • Función social • Rol emocional	**Método de investigación** Método hipotético deductivo. **Tipo:** Básico **Nivel:** Explicativo **Diseño metodológico:** No experimental de corte transversal **Población:** 120 personas con secuela de polio de una red social horizontal. **Muestra:**

de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025? ¿Cuáles son los factores de salud asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025?.	secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025. Determinar cuáles son los factores de salud asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.	secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025. Los factores de salud se encuentran asociados significativamente a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima, 2025.	• Salud mental • Transición de salud notificada	92 personas con secuela de polio de una red social horizontal Muestreo: No probabilístico por conveniencia **Técnicas:** Encuesta para ambas V1 y V2. **Instrumento:** Cuestionario, **Instrumentos de recolección de datos:** -Escala de factores asociados; -Cuestionario de calidad de vida, SF-36. **Análisis y procesamiento de datos:** Pruebas de normalidad Procesamiento estadístico

				descriptivo e inferencial de los datos recolectados.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Enlace Google Forms:
https://docs.google.com/forms/d/1cxX-MD7GXfV8racjxNJ8GAWaIgjTBlmxT1ZGu3iT6-Q/edit

Título: “FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA 2025”

Investigador: MANUEL RICARDO CASTRO ELÍAS Doctorado en Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Callao.

Introducción:

¡Hola!

Nos complace presentarle esta encuesta de “Polio en adultos” y solicitar su colaboración. Valoramos enormemente su opinión y creemos que sus respuestas son fundamentales para ayudarnos a comprender mejor ciertos aspectos relacionados.

Es importante destacar que su participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Su privacidad y confidencialidad son nuestra máxima prioridad, por lo que todas tus respuestas serán tratadas de forma anónima y utilizadas únicamente con fines estadísticos. En ningún caso se revelará su identidad ni se compartirán datos personales sin consentimiento expreso.

La encuesta aborda diversos temas relevantes para una investigación de posgrado y nos ayudará a obtener una visión más completa y precisa alrededor de la Polio en adultos.

Ojo: No existen respuestas correctas o incorrectas, ya que lo que buscamos es recopilar una amplia variedad de datos.

Le animamos a responder todas las preguntas de manera honesta y sincera, ya que su contribución es fundamental para obtener resultados significativos. Cuantas más personas participen, más sólida será nuestra investigación y más útiles serán los resultados que podamos obtener.

Agradecemos sinceramente su tiempo y esfuerzo para completar esta encuesta. Gracias de antemano por su colaboración y confianza. ¡Comencemos!

Si estoy de acuerdo en participar en la encuesta de “Polio en adultos” y acepto los términos y condiciones de confidencialidad, voluntariedad. Pedimos que nos brinde su consentimiento marcando la casilla correspondiente al final de este texto.

☐ SI ACEPTO

Agradecemos de antemano su tiempo, colaboración y disposición para participar en esta encuesta.

Sus respuestas son valiosas y nos ayudarán a obtener conocimientos importantes acerca de la “Polio en adultos”

Enlace Google Forms:

https://docs.google.com/forms/d/1cxX-MD7GXfV8racjxNJ8GAWaIgjTBlmxT1ZGu3iT6-Q/edit

Atentamente.
Manuel Ricardo Castro Elías

ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICE	MÉTODOS / TÉCNICAS
FACTORES ASOCIADOS	"Estos factores pueden ser de naturaleza biológica, conductual, social, ambiental o estructural, y su identificación permite comprender la complejidad de los procesos de salud-enfermedad en poblaciones específicas. " De la Guardia Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma (2020)	Los factores asociados serán definidos como aquellas variables independientes o intervinientes que presentan una relación estadísticamente significativa con la variable principal de estudio, ya sea como antecedentes, condicionantes o moduladores de su comportamiento."	**Factores sociodemográficos** **Factores económicos**	**Sexo** **Estado civil** **Edad** **Grado de instrucción** **Región de nacimiento** **Ubigeo de nacimiento (Rural, Urbano)** **Hijos** **Cantidad de hijos** **Registro de CONADIS** **Grado de discapacidad CONADIS** **Miembro de agrupación social de personas con discapacidad**	**Índice de proporción de género** **Índice de estado civil** **Índice de distribución por grupos etarios** **Índice de nivel educativo promedio** **Índice de tamaño promedio del hogar**	**Método de investigación** Método hipotético-deductivo. **Tipo:** Básico **Nivel:** Explicativo **Diseño metodológico:** No experimental de corte transversal. **Población:** 120 personas con secuela de polio de una red social horizontal. **Muestra:** 92 personas con secuela de polio de una red social horizontal Muestreo: No probabilístico por conveniencia. **Técnicas:** Encuesta. **Instrumento:**

				Miembro de agrupación de activismo personas con discapacidad **Miembro de agrupación deportiva de personas con discapacidad** **Estado laboral** **Número de trabajos** **Ingreso mensual** **Vivienda** **Material de construcción de la vivienda** **Modificaciones arquitectónicas en casa** **Servicios básicos agua potable** **Servicios básicos de desagüe**	**Índice de ingreso per cápita** **Tasa de empleo / desempleo** **Índice de propiedad de bienes** **Índice de acceso a servicios básicos**	Cuestionario. **Instrumentos de recolección de datos:** Escala de Factores asociados. **Análisis y procesamiento de datos:** Pruebas de normalidad Procesamiento estadístico descriptivo e inferencial de los datos recolectados.

			Factores de salud	**Servicios básicos de electricidad** **Servicios básicos Gas natural** **Servicios básicos de teléfono fijo** **Servicios básicos de Celular** **Servicios básicos de Internet** **Número de personas que viven en casa** **Número de cuartos dedicados a dormitorio** **Número máximo de personas que duermen en una misma habitación** **Medio de transporte habitual**	**Índice de salud percibida** **Índice de prevalencia de enfermedades crónicas** **Índice de cobertura de servicios de salud** **Índice de cobertura de vacunación**	

				Lugar de Atención de salud **Acceso a medicina tradicional o medicina folclórica por la polio** **Región del Perú donde contrajo la polio** **Edad cuando la de polio lo afectó** **Partes de su cuerpo se vieron afectadas por la Polio** **Hospitalizado por polio** **Cirugía por polio** **Accesorio para facilitar su desplazamiento** **Última visita médica relacionada a su secuela de polio**		

				Última atención al servicio de Fisioterapia relacionada a su secuela de polio **Percepción de que su peso corporal.** **Frecuencia de realización de actividad física** **Práctica de deporte.** **Tipo de deporte** **Conocimiento de Síndrome pospolio (SPP)** **Donde se enteró del Síndrome Pospolio (SPP)**		

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICE	MÉTODOS / TÉCNICAS
CALIDAD DE VIDA	La calidad de vida, se concibe como una construcción multidimensional que integra la percepción subjetiva del individuo sobre su bienestar físico, psicológico, social y funcional, en relación con su entorno y sus expectativas personales. Esta percepción está influida por factores sociales, económicos, culturales y ambientales, y se convierte en un indicador clave para evaluar el impacto de las políticas sanitarias y las intervenciones en salud. la calidad de vida no puede ser reducida únicamente a parámetros objetivos, sino que debe comprenderse desde una perspectiva integral que reconozca la subjetividad del	La calidad de vida será medida como la percepción subjetiva del bienestar general de los individuos en relación con su salud física, estado emocional, relaciones sociales y entorno, considerando el impacto de factores contextuales como enfermedades crónicas, condiciones socioeconómicas y acceso a servicios de salud. La calidad de vida relacionada con la salud debe ser abordada desde una perspectiva integral que combine indicadores objetivos con la experiencia	**Función física** **Rol físico** **Dolor corporal** **Salud General** **Vitalidad** **Función social** **Rol emocional**	**-Realización y limitación en las diferentes actividades físicas.** **-Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física.** **-Dolor, presencia o ausencia, limitaciones** **-Evaluación de su salud.** **- Estado de cansancio y agotamiento todo el tiempo.** **-Interferencia frecuente y extrema con actividades sociales por problemas**	**(0-19) Calidad de vida muy baja** **(20-39) Calidad de vida Baja** **(40-59) Calidad de vida Promedio** **(60-79) Calidad de vida Alta** **(80-100) Calidad de vida Muy Alta**	**Método de investigación** Método hipotético-deductivo. **Tipo:** Básico **Nivel:** Explicativo **Diseño metodológico:** No experimental de corte transversal. **Población:** 120 personas con secuela de polio de una red social horizontal. **Muestra:** 92 personas con secuela de polio de una red social horizontal Muestreo: no probabilístico por conveniencia. **Técnicas:** Encuesta. **Instrumento:** Cuestionario. **Instrumentos de recolección de datos:** Cuestionario de calidad de vida SF-36..

	individuo.” Suárez Caicedo et al. (2022).	subjetiva del paciente, reconociendo que los instrumentos estructurados, aunque útiles, pueden limitar la comprensión plena del fenómeno si no se complementan con enfoques narrativos o cualitativos.	**Salud mental** **Transición de salud notificada.**	**físicos y emocionales.** **-Interferencias en el trabajo debido a problemas emocionales.** **-Sensación de felicidad, nerviosismo y depresión todo el tiempo.** **-Creencia sobre su salud general**		**Análisis y procesamiento de datos:** Pruebas de normalidad Procesamiento estadístico descriptivo e inferencial de los datos recolectados.

ANEXO 4: ENCUESTAS

ANEXO 4.1: ENCUESTA FACTORES ASOCIADOS

¡Hola!

Lo invito a participar en mi tesis doctoral “Factores asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima 2025”.
Su opinión es súper valiosa para mí y me ayudará un montón a entender mejor la realidad alrededor de las personas con secuela de polio.
No se preocupen por las respuestas, ¡no hay respuestas correctas o incorrectas! Lo que más me interesa es su perspectiva sincera.
Además, quiero que sepan que su privacidad es lo más importante. Toda la información que compartan será tratada con la más estricta confidencialidad y se usará únicamente para fines de esta investigación. Sus nombres y cualquier dato que pueda identificarlos se mantendrán en total anonimato.
Participar es muy fácil y solo les tomará unos 25 minutos. Si se animan, pueden acceder a la encuesta a través de este enlace: https://docs.google.com/forms/d/1cxX-MD7GXfV8racjxNJ8GAWaIgjTBlmxT1ZGu3iT6-Q/prefill
¡Mil gracias de antemano por su tiempo y colaboración! Su ayuda es fundamental para que este proyecto salga adelante.
Un saludo.

I. Factores sociodemográficos (13 ítems)

1. Sexo:
   - Hombre
   - Mujer
2. ¿Cuál es su Estado civil?:
   - Divorciado
   - Viudo
   - Conviviente
   - Casado
   - Soltero
3. ¿Cuál es su Edad?:
   - 60 o menos
   - 61 a 70
   - 71 o más
4. ¿Cuál es su máximo grado de instrucción?:
   - Superior
   - Técnico

- Secundaria
- Primaria
- Sin estudio

5. ¿Cuál es la región de nacimiento?:
    - Costa
    - Sierra
    - Selva
6. ¿Considera que su lugar de nacimiento, es rural o urbano?:
    - Rural
    - Urbano
7. ¿Tiene hijos?:
    - Si
    - No
8. ¿Cuántos hijos tiene?:
    - 3 o más
    - 2 hijos
    - 1 hijo
    - No tengo hijos
9. ¿Está registrado en CONADIS?:
    - Si
    - No
10. Para CONADIS, ¿Cuál es su grado de discapacidad?
    - Leve
    - Moderado
    - Severo
    - No tengo registro
11. ¿Pertenece a alguna agrupación social de discapacidad?:
    - Si
    - No
12. ¿Pertenece a alguna agrupación de activismo en discapacidad?:
    - Si
    - No
13. ¿Pertenece a alguna agrupación deportiva de discapacidad?:
    - Si

- No

II. Factores económicos (17 ítems)

14. ¿Cuál es su estado laboral?:
    - Dependiente
    - Independiente
    - Jubilado
    - Desempleado
15. ¿Cuántos trabajos tiene actualmente?:
    - Pensionista
    - 1 trabajo
    - 2 trabajos
    - 3 o más trabajos
16. ¿Cuál es su ingreso mensual? En soles:
    - 0 – 1000
    - 1001 – 2000
    - 2001 – 3000
    - 3001 a más
17. ¿A quién corresponde la propiedad de la Vivienda que ocupa?:
    - Propia
    - Propia Familiar
    - Alquilada
18. ¿Cuál es el material de construcción predominante en su domicilio?
    - Material noble
    - Drywall
    - Adobe
    - Material rústico
19. Por su discapacidad, ¿Tuvo que hacer modificaciones arquitectónicas a su vivienda?
    - Si
    - No
20. ¿Cuenta con agua?
    - Si

- No

21. ¿Cuenta con desagüe?
    - Si
    - No
22. ¿Cuenta con electricidad?
    - Si
    - No
23. ¿Cuenta con gas natural?
    - Si
    - No
24. ¿Cuenta con teléfono fijo?
    - Si
    - No
25. ¿Cuenta con celular?
    - Si
    - No
26. ¿Cuenta con Internet?
    - Si
    - No
27. ¿Cuántas personas viven en su domicilio?
    - Solo usted
    - 2 personas
    - 3 personas o más
28. ¿Con cuántas habitaciones cuenta su domicilio?
    - 1 cuarto
    - 2 cuartos
    - 3 cuartos o más
29. ¿Cuál es el número máximo de personas que ocupan una habitación?
    - 1 persona
    - 2 personas
    - 3 personas o más
30. ¿Cuál es su habitual medio de transporte?:
    - Transporte público
    - Taxi

- Vehículo propio

III. Factores de Salud (16 ítems)

31. ¿Dónde recibe su atención de salud?:
    - MINSA
    - ESSALUD
    - Seguro privado EPS
    - Médico particular
    - Medicina tradicional
    - No utilizo
32. ¿Ha recurrido alguna vez a la medicina folklórica?
    - Si
    - No
33. ¿En qué región se infectó de polio?:
    - Costa
    - Sierra
    - Selva
34. ¿A qué edad se infectó de polio?:
    - No recuerdo
    - De 0 a 12 meses
    - De 13 a 24 meses
    - De 25 meses a más
35. ¿Qué partes de su cuerpo paralizó la polio?
    - 3 o más miembros
    - Ambos miembros inferiores
    - Miembro inferior izquierdo
    - Miembro inferior derecho
36. ¿Alguna vez estuvo hospitalizado por polio?
    - Si
    - No
37. ¿Alguna vez tuvo cirugía por polio?
    - Si
    - No

38. ¿Qué tipo de accesorios emplea para desplazamiento cotidiano?:
    - Silla de ruedas
    - Muletas Axilares
    - Andador
    - Soportes ortopédicos
    - No empleo accesorios
39. ¿Cuándo fue la última visita a un médico por polio?
    - Menos de tres meses
    - De 4 a 6 meses
    - De 7 a 12 meses
    - De 13 meses a más
40. ¿Cuándo fue la última visita a un fisioterapeuta por polio?
    - Menos de tres meses
    - De 4 a 6 meses
    - De 7 a 12 meses
    - De 13 meses a más
41. Actualmente, ¿Cómo considera su peso corporal?
    - Por debajo de su peso ideal
    - En su peso ideal
    - Con sobrepeso
42. ¿Cuál es su frecuencia de actividad física en la semana?
    - 3 veces o más
    - Dos veces
    - Una vez
    - No hago actividad física
43. En la actualidad: ¿Practica deporte?:
    - Si
    - No
44. ¿Qué tipo de deporte practica?:
    - Recreativo
    - Competitivo
    - Práctica antes, ahora no
    - Nunca he practicado

45. ¿Tiene conocimiento del síndrome pospolio (SPP)?
    - Si
    - No

46. De conocer del síndrome pospolio (SPP) ¿Dónde se enteró?
    - Redes sociales
    - Asociación, club de polio
    - Profesional de salud
    - No conozco

ANEXO 4.2: CUESTIONARIO de CALIDAD DE VIDA SF-36

¡Hola!

Lo invito a participar en mi tesis doctoral “Factores asociados a la calidad de vida en pacientes con secuela de polio de una red social horizontal, Lima 2025”.

Su opinión es súper valiosa para mí y me ayudará un montón a entender mejor la realidad alrededor de las personas con secuela de polio.

No se preocupen por las respuestas, ¡no hay respuestas correctas o incorrectas! Lo que más me interesa es su perspectiva sincera.

Además, quiero que sepan que su privacidad es lo más importante. Toda la información que compartan será tratada con la más estricta confidencialidad y se usará únicamente para fines de esta investigación. Sus nombres y cualquier dato que pueda identificarlos se mantendrán en total anonimato.

Participar es muy fácil y solo les tomará unos 25 minutos. Si se animan, pueden acceder a la encuesta a través de este enlace: https://docs.google.com/forms/d/1cxX-MD7GXfV8racjxNJ8GAWaIgjTBlmxT1ZGu3iT6-Q/prefill

¡Mil gracias de antemano por su tiempo y colaboración! Su ayuda es fundamental para que este proyecto salga adelante.

Un saludo.

1. En general, ¿diría usted que su salud es:
    - Excelente
    - Muy bueno

- Bueno
- Regular
- Pobre

2. En comparación con hace un año , ¿cómo calificaría ahora su salud en general ?
    - Mucho mejor ahora que hace un año
    - Un poco mejor ahora que hace un año
    - Aproximadamente lo mismo
    - Un poco peor ahora que hace un año
    - Mucho peor ahora que hace un año

Los siguientes puntos tratan sobre actividades que podrías realizar en un día típico. ¿Tu salud actual te limita para realizar estas actividades? De ser así, ¿en qué medida?

3. Actividades vigorosas , como levantar objetos pesados
    - Si, muy limitado
    - Si, un poco limitado
    - No, no está limitado en absoluto

4.Actividades moderadas , como mover una mesa
    - Si, muy limitado
    - Si, un poco limitado
    - No, no está limitado en absoluto

5. Levantar o transportar bolsas de compras
    - Si, muy limitado
    - Si, un poco limitado
    - No, no está limitado en absoluto

6. Subir más de un piso por las escaleras
    - Si, muy limitado
    - Si, un poco limitado
    - No, no está limitado en absoluto

7. Subir un piso por las escaleras
    - Si, muy limitado
    - Si, un poco limitado
    - No, no está limitado en absoluto

8. Levantarse de la cama
    - Si, muy limitado
    - Si, un poco limitado
    - No, no está limitado en absoluto
9. Caminar más de 10 cuadras
    - Si, muy limitado
    - Si, un poco limitado
    - No, no está limitado en absoluto
10. Caminar menos de 10 cuadras
    - Si, muy limitado
    - Si, un poco limitado
    - No, no está limitado en absoluto
11. Caminar una cuadra
    - Si, muy limitado
    - Si, un poco limitado
    - No, no está limitado en absoluto
12. Bañarse o vestirse
    - Si, muy limitado
    - Si, un poco limitado
    - No, no está limitado en absoluto

Durante las últimas 4 semanas , ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias habituales como resultado de su salud física ?

13. Reduce la cantidad de tiempo que dedicas al trabajo o a otras actividades.
    - Si
    - No
14. Logró menos de lo que le gustaría
    - Si
    - No
15. Estaban limitados en el tipo de trabajo u otras actividades.
    - Si
    - No
16. Tuvo dificultades para realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le exigió un esfuerzo extra)

- Si
- No

Durante las últimas 4 semanas , ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias habituales como resultado de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

17. Reduce la cantidad de tiempo que dedicas al trabajo o a otras actividades.
    - Si
    - No
18. Logró menos de lo que le gustaría
    - Si
    - No
19. No realizó el trabajo ni otras actividades con el cuidado habitual.
    - Si
    - No
20. Durante las últimas 4 semanas , ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han interferido en sus actividades sociales normales con familiares, amigos, vecinos o grupos?
    - Para nada
    - Ligeramente
    - Moderadamente
    - Bastante
    - Extremadamente
21. ¿Cuánto dolor corporal ha tenido durante las últimas 4 semanas ?
    - Ninguno
    - Muy leve
    - Leve
    - Moderado
    - Grave
22. Durante las últimas 4 semanas , ¿cuánto interfirió el dolor en su trabajo normal (incluyendo el trabajo fuera del hogar y las tareas domésticas)?
    - Para nada
    - Ligeramente

- Moderadamente
- Bastante
- Extremadamente

Estas preguntas se refieren a cómo se siente y cómo le ha ido durante las últimas cuatro semanas. Para cada pregunta, por favor, responda con la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido.
¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas

23. ¿Te sentiste lleno de energía?
    - Todo el tiempo
    - La mayor parte del tiempo
    - Una buena parte del tiempo
    - Algunas veces
    - Un poco del tiempo
    - Ninguna de las veces
24. ¿Has sido una persona muy nerviosa?
    - Todo el tiempo
    - La mayor parte del tiempo
    - Una buena parte del tiempo
    - Algunas veces
    - Un poco del tiempo
    - Ninguna de las veces
25. ¿Te has sentido tan deprimido que nada podía animarte?
    - Todo el tiempo
    - La mayor parte del tiempo
    - Una buena parte del tiempo
    - Algunas veces
    - Un poco del tiempo
    - Ninguna de las veces
26. ¿Te has sentido tranquilo y en paz?
    - Todo el tiempo
    - La mayor parte del tiempo

- Una buena parte del tiempo
- Algunas veces
- Un poco del tiempo
- Ninguna de las veces

27. ¿Tenías mucha energía?
    - Todo el tiempo
    - La mayor parte del tiempo
    - Una buena parte del tiempo
    - Algunas veces
    - Un poco del tiempo
    - Ninguna de las veces
28. ¿Te has sentido desanimado y triste?
    - Todo el tiempo
    - La mayor parte del tiempo
    - Una buena parte del tiempo
    - Algunas veces
    - Un poco del tiempo
    - Ninguna de las veces
29. ¿Te sentiste agotado?
    - Todo el tiempo
    - La mayor parte del tiempo
    - Una buena parte del tiempo
    - Algunas veces
    - Un poco del tiempo
    - Ninguna de las veces
30. ¿Has sido una persona feliz?
    - Todo el tiempo
    - La mayor parte del tiempo
    - Una buena parte del tiempo
    - Algunas veces
    - Un poco del tiempo
    - Ninguna de las veces

31. ¿Te sentiste cansado?
    - Todo el tiempo
    - La mayor parte del tiempo
    - Una buena parte del tiempo
    - Algunas veces
    - Un poco del tiempo
    - Ninguna de las veces

32. Durante las últimas 4 semanas , ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han interferido con sus actividades sociales (como visitar a amigos, familiares, etc.)?
    - Todo el tiempo
    - La mayor parte del tiempo
    - Una buena parte del tiempo
    - Algunas veces
    - Un poco del tiempo
    - Ninguna de las veces

¿Qué tan VERDADERA o FALSA es cada una de las siguientes afirmaciones para usted?

33. Parece que me enfermo un poco más fácilmente que otras personas.
    - Definitivamente cierto
    - Mayormente cierto
    - No lo sé
    - Mayormente falso
    - Definitivamente falso

34. Estoy tan saludable como cualquier otra persona que conozco.
    - Definitivamente cierto
    - Mayormente cierto
    - No lo sé
    - Mayormente falso
    - Definitivamente falso

35. Espero que mi salud empeore

- Definitivamente cierto
- Mayormente cierto
- No lo sé
- Mayormente falso
- Definitivamente falso

36. Mi salud es excelente
    - Definitivamente cierto
    - Mayormente cierto
    - No lo sé
    - Mayormente falso
    - Definitivamente falso

ANEXO 5: CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE FACTORES ASOCIADOS: Dra. Cajas Bravo.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Dimensión 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
1	Sexo	X		X		X		
2	¿Cuál es su estado civil?	X		X		X		
3	¿Cuál es su edad?	X		X		X		
4	¿Cuál es su máximo grado de instrucción?	X		X		X		
5	¿Cuál es la región de nacimiento?	X		X		X		
6	¿Considera que su lugar de nacimiento, es rural o urbano?	X		X		X		
7	¿Tiene Hijos?	X		X		X		
8	¿Cuántos hijos tiene?	X		X		X		
9	¿Está registrado en CONADIS?	X		X		X		
10	Para CONADIS, ¿Cuál es su grado de discapacidad?	X		X		X		
11	¿Pertenece a alguna agrupación social de discapacidad?	X		X		X		
12	¿Pertenece a alguna agrupación de activismo en discapacidad?	X		X		X		
13	¿Pertenece a alguna agrupación deportiva de discapacidad?	X		X		X		
	Dimensión 2: FACTORES ECONÓMICOS	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
14	¿Cuál es su estado laboral?	X		X		X		
15	¿Cuántos trabajos tiene actualmente?	X		X		X		
16	¿Cuál es su ingreso mensual en soles?	X		X		X		
17	¿A quién corresponde la propiedad de la vivienda que ocupa?	X		X		X		
18	¿Cuál es el material de construcción predominante en su domicilio?	X		X		X		
19	Por su discapacidad, ¿Tuvo que hacer modificaciones arquitectónicas a su vivienda?	X		X		X		
20	¿Cuenta con agua?	X		X		X		
21	¿Cuenta con desagüe?	X		X		X		
22	¿Cuenta con electricidad?	X		X		X		
23	¿Cuenta con gas natural?	X		X		X		
24	¿Cuenta con teléfono fijo?	X		X		X		
25	¿Cuenta con celular?	X		X		X		
26	¿Cuenta con Internet?	X		X		X		
27	¿Cuántas personas viven en su domicilio?	X		X		X		
28	¿Con cuántas habitaciones cuenta su domicilio?	X		X		X		
29	¿Cuál es el número máximo de personas que ocupan una habitación?	X		X		X		

30	¿Cuál es su medio de transporte habitual?	X		X		X		
	Dimensión 3: FACTORES DE SALUD	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
31	¿Dónde recibe su atención de salud?	X		X		X		
32	¿Ha recurrido alguna vez a la medicina folklórica?	X		X		X		
33	¿En qué región se infectó de polio?	X		X		X		
34	¿A qué edad se infectó de polio?	X		X		X		
35	¿Qué partes de su cuerpo paralizó la polio?	X		X		X		
36	¿Alguna vez estuvo hospitalizado por polio?	X		X		X		
37	¿Alguna vez tuvo cirugía por polio?	X		X		X		
38	¿Qué tipo de accesorios emplea para el desplazamiento cotidiano?	X		X		X		
39	¿Cuándo fue la última visita a un médico por polio?	X		X		X		
40	¿Cuándo fue la última visita a un fisioterapeuta por polio?	X		X		X		
41	Actualmente, ¿Cómo considera su peso corporal?	X		X		X		
42	¿Cuál es su frecuencia de actividad física en la semana?	X		X		X		
43	En la actualidad: ¿Practica deporte?	X		X		X		
44	¿Qué tipo de deporte practica?	X		X		X		
45	¿Tiene conocimiento del síndrome pospolio (SPP)?	X		X		X		
46	De conocer del síndrome pospolio (SPP) ¿Dónde se enteró?	X		X		X		

Elaboración propia.

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Dra. Cajas Bravo Verónica. DNI: 08343126

Especialidad del validador: Metodóloga Investigadora Renacyt

25 de setiembre del 2025

[1]**Pertinencia:**El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE FACTORES ASOCIADOS. Dr. Quintanilla Chacón

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]	Relevancia[2]	Claridad[3]	Sugerencias

	Dimensión 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Sexo	x		x		x		
2	¿Cuál es su Estado civil?	x		x		x		
3	¿Cuál es su Edad?	x		x		x		
4	¿Cuál es su máximo Grado de instrucción?	x		x		x		
x	¿Cuál es la Región de nacimiento?	x		x		x		
6	¿Considera que su lugar de nacimiento, es rural o urbano?	x		x		x		
7	¿Tiene Hijos?	x		x		x		
8	¿Cuántos hijos tiene?	x		x		x		
9	¿Está Registrado en CONADIS?	x		x		x		
10	Para CONADIS ¿Cuál es su Grado de discapacidad?	x		x		x		
11	¿Pertenece a alguna agrupación social de discapacidad?	x		x		x		
12	¿Pertenece a alguna agrupación de activismo en discapacidad?	x		x		x		
13	¿Pertenece a alguna agrupación deportiva de discapacidad?	x		x		x		
	Dimensión 2: FACTORES ECONÓMICOS	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
14	¿Cuál es su Estado laboral?	x		x		x		
15	¿Cuántos trabajos tiene actualmente?	x		x		x		
16	¿Cuál es su Ingreso mensual, en soles?	x		x		x		
17	¿A quién corresponde la propiedad de la Vivienda que ocupa?	x		x		x		
18	¿Cuál es el Material de construcción predominante en su domicilio?	x		x		x		
19	Por su discapacidad ¿Tuvo que hacer Modificaciones arquitectónicas a su vivienda?	x		x		x		
20	¿Cuenta con Agua?	x		x		x		
21	¿Cuenta con Desagüe?	x		x		x		
22	¿Cuenta con Electricidad?	x		x		x		
23	¿Cuenta con Gas natural?	x		x		x		
24	¿Cuenta con Teléfono fijo?	x		x		x		
25	¿Cuenta con Celular?	x		x		x		
26	¿Cuenta con Internet?	x		x		x		
27	¿Cuántas personas viven en su domicilio?	x		x		x		
28	¿Con cuántas habitaciones cuenta su domicilio?	x		x		x		
29	¿Cuál es el número máximo de personas que ocupan una habitación?	x		x		x		
30	¿Cuál es su habitual Medio de transporte?	x		x		x		
	Dimensión 3: FACTORES DE SALUD	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
31	¿Dónde recibe su Atención de salud?	**x**		**x**		**x**		
32	¿Ha recurrido alguna vez a la Medicina folklórica?	**x**		**x**		**x**		
33	¿En qué región se infectó de polio?	**x**		**x**		**x**		
34	¿A qué Edad se infectó de polio?	**x**		**x**		**x**		
35	¿Qué partes de su cuerpo paralizó la polio?	**x**		**x**		**x**		

36	¿Alguna vez estuvo Hospitalizado por polio?	**x**		**x**		**x**		
37	¿Alguna vez tuvo Cirugía por polio?	**x**		**x**		**x**		
38	¿Qué tipo de Accesorios emplea para desplazamiento cotidiano?	**x**		**x**		**x**		
39	¿Cuándo fue la Última visita a un Médico por polio?	**x**		**x**		**x**		
40	¿Cuándo fue la Última visita a un Fisioterapeuta por polio?	**x**		**x**		**x**		
41	Actualmente, ¿Cómo considera su peso corporal?	**x**		**x**		**x**		
42	¿Cuál es su frecuencia de Actividad física en la semana?	**x**		**x**		**x**		
43	En la actualidad: ¿Practica deporte?	**x**		**x**		**x**		
44	¿Qué Tipo de deporte practica?	**x**		**x**		**x**		
45	¿Tiene conocimiento del síndrome post polio (SPP)?	**x**		**x**		**x**		
46	De conocer del síndrome post polio (SPP) ¿Dónde se enteró?	**x**		**x**		**x**		

Elaboración propia.

Observaciones: Considero que la encuesta está bien elaborada, por lo tanto, hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [Si] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Quintanilla Chacón, Luis Enrique DNI: 10002526

Especialidad del validador: Dr. Medio Ambiente y Salud Pública.

Lima 5 de septiembre de 2025



Firma del Experto Informante.

[1]**Pertinencia:**El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE FACTORES ASOCIADOS: Dra. Gamboa Kan

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Dimensión 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
1	Sexo	X		X		X		
2	¿Cuál es su estado civil?	X		X		X		

3	¿Cuál es su edad?	X		X		X		
4	¿Cuál es su máximo grado de instrucción?	X		X		X		
5	¿Cuál es la región de nacimiento?	X		X		X		
6	¿Considera que su lugar de nacimiento, es rural o urbano?	X		X		X		
7	¿Tiene Hijos?	X		X		X		
8	¿Cuántos hijos tiene?	X		X		X		
9	¿Está registrado en CONADIS?	X		X		X		
10	Para CONADIS, ¿Cuál es su grado de discapacidad?	X		X		X		
11	¿Pertenece a alguna agrupación social de discapacidad?	X		X		X		
12	¿Pertenece a alguna agrupación de activismo en discapacidad?	X		X		X		
13	¿Pertenece a alguna agrupación deportiva de discapacidad?	X		X		X		
	Dimensión 2: FACTORES ECONÓMICOS	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
14	¿Cuál es su estado laboral?	X		X		X		
15	¿Cuántos trabajos tiene actualmente?	X		X		X		
16	¿Cuál es su ingreso mensual en soles?	X		X		X		
17	¿A quién corresponde la propiedad de la vivienda que ocupa?	X		X		X		
18	¿Cuál es el material de construcción predominante en su domicilio?	X		X		X		
19	Por su discapacidad, ¿Tuvo que hacer modificaciones arquitectónicas a su vivienda?	X		X		X		
20	¿Cuenta con agua?	X		X		X		
21	¿Cuenta con desagüe?	X		X		X		
22	¿Cuenta con electricidad?	X		X		X		
23	¿Cuenta con gas natural?	X		X		X		
24	¿Cuenta con teléfono fijo?	X		X		X		
25	¿Cuenta con celular?	X		X		X		
26	¿Cuenta con Internet?	X		X		X		
27	¿Cuántas personas viven en su domicilio?	X		X		X		
28	¿Con cuántas habitaciones cuenta su domicilio?	X		X		X		
29	¿Cuál es el número máximo de personas que ocupan una habitación?	X		X		X		
30	¿Cuál es su medio de transporte habitual?	X		X		X		
	Dimensión 3: FACTORES DE SALUD	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
31	¿Dónde recibe su atención de salud?	X		X		X		
32	¿Ha recurrido alguna vez a la medicina folklórica?	X		X		X		
33	¿En qué región se infectó de polio?	X		X		X		
34	¿A qué edad se infectó de polio?	X		X		X		
35	¿Qué partes de su cuerpo paralizó la polio?	X		X		X		
36	¿Alguna vez estuvo hospitalizado por polio?	X		X		X		
37	¿Alguna vez tuvo cirugía por polio?	X		X		X		
38	¿Qué tipo de accesorios emplea para el desplazamiento cotidiano?	X		X		X		

39	¿Cuándo fue la última visita a un médico por polio?	X		X		X		
40	¿Cuándo fue la última visita a un fisioterapeuta por polio?	X		X		X		
41	Actualmente, ¿Cómo considera su peso corporal?	X		X		X		
42	¿Cuál es su frecuencia de actividad física en la semana?	X		X		X		
43	En la actualidad: ¿Practica deporte?	X		X		X		
44	¿Qué tipo de deporte practica?	X		X		X		
45	¿Tiene conocimiento del síndrome pospolio (SPP)?	X		X		X		
46	De conocer del síndrome pospolio (SPP) ¿Dónde se enteró?	X		X		X		

Elaboración propia.

Observaciones: Si hay suficiencia. Sugiero que continúe con el estudio de investigación, le deseo éxitos.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Dra. GAMBOA KAN NANCY DNI:10373413

Especialidad del validador: DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

Callao 11 de setiembre del 2025

[1]**Pertinencia:**El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE I Medina Mandujano.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Dimensión 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
1	Sexo	**X**		**X**		**X**		
2	¿Cuál es su Estado civil?	**X**		**X**		**X**		
3	¿Cuál es su Edad?	**X**		**X**		**X**		
4	¿Cuál es su máximo Grado de instrucción?	**X**		**X**		**X**		
5	¿Cuál es la Región de nacimiento?	**X**		**X**		**X**		
6	¿Considera que su lugar de nacimiento, es rural o urbano?	**X**		**X**		**X**		
7	¿Tiene Hijos?	**X**		**X**		**X**		
8	¿Cuántos hijos tiene?	**X**		**X**		**X**		

9	¿Está Registrado en CONADIS?	**X**		**X**		**X**		
10	Para CONADIS ¿Cuál es su Grado de discapacidad?	**X**		**X**		**X**		
11	¿Pertenece a alguna agrupación social de discapacidad?	**X**		**X**		**X**		
12	¿Pertenece a alguna agrupación de activismo en discapacidad?	**X**		**X**		**X**		
13	¿Pertenece a alguna agrupación deportiva de discapacidad?	**X**		**X**		**X**		
	Dimensión 2: FACTORES ECONÓMICOS	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
14	¿Cuál es su Estado laboral?	**X**		**X**		**X**		
15	¿Cuántos trabajos tiene actualmente?	**X**		**X**		**X**		
16	¿Cuál es su Ingreso mensual, en soles?	**X**		**X**		**X**		
17	¿A quién corresponde la propiedad de la Vivienda que ocupa?	**X**		**X**		**X**		
18	¿Cuál es el Material de construcción predominante en su domicilio?	**X**		**X**		**X**		
19	Por su discapacidad ¿Tuvo que hacer Modificaciones arquitectónicas a su vivienda?	**X**		**X**		**X**		
20	¿Cuenta con Agua?	**X**		**X**		**X**		
21	¿Cuenta con Desagüe?	**X**		**X**		**X**		
22	¿Cuenta con Electricidad?	**X**		**X**		**X**		
23	¿Cuenta con Gas natural?	**X**		**X**		**X**		
24	¿Cuenta con Teléfono fijo?	**X**		**X**		**X**		
25	¿Cuenta con Celular?	**X**		**X**		**X**		
26	¿Cuenta con Internet?	**X**		**X**		**X**		
27	¿Cuántas personas viven en su domicilio?	**X**		**X**		**X**		
28	¿Con cuántas habitaciones cuenta su domicilio?	**X**		**X**		**X**		
29	¿Cuál es el número máximo de personas que ocupan una habitación?	**X**		**X**		**X**		
30	¿Cuál es su habitual Medio de transporte?	**X**		**X**		**X**		
	Dimensión 3: FACTORES DE SALUD	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
31	¿Dónde recibe su Atención de salud?	**X**		**X**		**X**		
32	¿Ha recurrido alguna vez a la Medicina folklórica?	**X**		**X**		**X**		
33	¿En qué región se infectó de polio?	**X**		**X**		**X**		
34	¿A qué Edad se infectó de polio?	**X**		**X**		**X**		
35	¿Qué partes de su cuerpo paralizó la polio?	**X**		**X**		**X**		
36	¿Alguna vez estuvo Hospitalizado por polio?	**X**		**X**		**X**		
37	¿Alguna vez tuvo Cirugía por polio?	**X**		**X**		**X**		
38	¿Qué tipo de Accesorios emplea para desplazamiento cotidiano?	**X**		**X**		**X**		
39	¿Cuándo fue la Última visita a un Médico por polio?	**X**		**X**		**X**		
40	¿Cuándo fue la Última visita a un Fisioterapeuta por polio?	**X**		**X**		**X**		
41	Actualmente, ¿Cómo considera su peso corporal?	**X**		**X**		**X**		
42	¿Cuál es su frecuencia de Actividad física en la semana?	**X**		**X**		**X**		
43	En la actualidad: ¿Practica deporte?	**X**		**X**		**X**		
44	¿Qué Tipo de deporte practica?	**X**		**X**		**X**		

45	¿Tiene conocimiento del síndrome post polio (SPP)?	**X**		**X**		**X**		
46	De conocer del síndrome post polio (SPP) ¿Dónde se enteró?	**X**		**X**		**X**		

Elaboración propia.

Observaciones: SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: DRA. MEDINA MANDUJANO, GLADYS DNI: 07365239

Especialidad del validador: DOCTORA EN SALUD PÚBLICA. 6 de setiembre del 2025

[1]**Pertinencia:**El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CALIDAD DE VIDA: Cuestionario SF-36 (*): Dra. Cajas Bravo.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Dimensión 1: Salud General	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
1	En general, ¿diría usted que su salud es?:	X		X		X		
2	En comparación con hace un año, ¿cómo calificaría ahora su salud en general ?	X		X		X		
33	Parece que me enfermo un poco más fácilmente que otras personas.	X		X		X		
34	Estoy tan saludable como cualquier otra persona que conozco.	X		X		X		
35	Espero que mi salud empeore	X		X		X		
36	Mi salud es excelente	X		X		X		
	Dimensión 2: Función física	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Los siguientes puntos tratan sobre actividades que podrías realizar en un día típico. ¿Tu salud actual te limita para realizar estas actividades? De ser así, ¿en qué medida?								
3	Actividades vigorosas, como levantar objetos pesados	X		X		X		
4	Actividades moderadas, como mover una mesa	X		X		X		
5	Levantar o transportar bolsas de compras	X		X		X		
6	Subir más de un piso por las escaleras	X		X		X		
7	Subir un piso por las escaleras	X		X		X		

8	Levantarse de la cama	X		X		X		
9	Caminar más de 10 cuadras	X		X		X		
10	Caminar menos de 10 cuadras	X		X		X		
11	Caminar una cuadra	X		X		X		
12	Bañarse o vestirse	X		X		X		
	Dimensión 3: Rol Físico	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Durante las últimas 4 semanas , ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias habituales como resultado de su salud física ?								
13	Reduce la cantidad de tiempo que dedicas al trabajo o a otras actividades.	X		X		X		
14	Logró menos de lo que le gustaría	X		X		X		
15	Estaban limitados en el tipo de trabajo u otras actividades.	X		X		X		
16	Tuvo dificultades para realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le exigió un esfuerzo extra)	X		X		X		
	Dimensión 4: Rol emocional	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Durante las últimas 4 semanas , ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias habituales como resultado de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?								
17	Reduce la cantidad de tiempo que dedicas al trabajo o a otras actividades	X		X		X		
18	Logró menos de lo que le gustaría	X		X		X		
19	No realizó el trabajo ni otras actividades con el cuidado habitual.	X		X		X		
	Dimensión 5: Función Social	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
20	Durante las últimas 4 semanas , ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han interferido en sus actividades sociales normales con familiares, amigos, vecinos o grupos?	X		X		X		
32	Durante las últimas 4 semanas , ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han interferido con sus actividades sociales (como visitar a amigos, familiares, etc.)?	X		X		X		
	Dimensión 6: Dolor Físico	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
21	¿Cuánto dolor corporal ha tenido durante las últimas 4 semanas ?	X		X		X		
22	Durante las últimas 4 semanas , ¿cuánto interfirió el dolor en su trabajo normal (incluyendo el trabajo fuera del hogar y las tareas domésticas)?	X		X		X		
	Dimensión 7: Vitalidad	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Estas preguntas se refieren a cómo se siente y cómo le ha ido durante las últimas cuatro semanas . Para cada pregunta, por favor, responda con la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas								
23	¿Te sentiste lleno de energía?	X		X		X		
27	¿Tenías mucha energía?	X		X		X		
29	¿Te sentiste agotado?	X		X		X		
31	¿Te sentiste cansado?	X		X		X		
	Dimensión 8: Salud Mental	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Estas preguntas se refieren a cómo se siente y cómo le ha ido durante las últimas cuatro semanas . Para cada pregunta, por favor, responda con la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas								
24	¿Has sido una persona muy nerviosa?	X		X		X		

25	¿Te has sentido tan deprimido que nada podía animarte?	X		X		X		
26	¿Te has sentido tranquilo y en paz?	X		X		X		
28	¿Te has sentido desanimado y triste?	X		X		X		
30	¿Has sido una persona feliz?	X		X		X		

(*) Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 (Validado en otros estudios)

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Dra. Cajas Bravo. Verónica DNI: 08343126 25 de setiembre del 2025

Especialidad del validador: Metodóloga investigadora Renacyt.

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CALIDAD DE VIDA: Cuestionario SF-36 (*): Dr. Quintanilla Chacón.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Dimensión 1: Salud General	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
1	En general, ¿diría usted que su salud es?:	x		x		x		
2	En comparación con hace un año, ¿Cómo calificaría ahora su salud en general ?	x		x		x		
33	Parece que me enfermo un poco más fácilmente que otras personas.	x		x		x		
34	Estoy tan saludable como cualquier otra persona que conozco.	x		x		x		
35	Espero que mi salud empeore	x		x		x		
36	Mi salud es excelente	x		x		x		
	Dimensión 2: Función física	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Los siguientes puntos tratan sobre actividades que podrías realizar en un día típico. ¿Tu salud actual te limita para realizar estas actividades? De ser así, ¿en qué medida?								
3	Actividades vigorosas, como levantar objetos pesados	**x**		**x**		**x**		
4	Actividades moderadas, como mover una mesa	x		x		X		
5	Levantar o transportar bolsas de compras	x		x		x		
6	Subir más de un piso por las escaleras	x		x		x		
7	Subir un piso por las escaleras	**x**		**x**		**x**		
8	Levantarse de la cama	**x**		**x**		**x**		
9	Caminar más de 10 cuadras	**x**		**x**		**x**		

10	Caminar menos de 10 cuadras	**x**		**x**		**x**		
11	Caminar una cuadra	**x**		**x**		**x**		
12	Bañarse o vestirse	**x**		**x**		**x**		
	Dimensión 3: Rol Físico	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Durante las últimas 4 semanas , ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias habituales como resultado de su salud física ?								
13	Reduce la cantidad de tiempo que dedicas al trabajo o a otras actividades.	**x**		**x**		**x**		
14	Logró menos de lo que le gustaría	**x**		**x**		**x**		
15	Estaban limitados en el tipo de trabajo u otras actividades.	**x**		**x**		**x**		
16	Tuvo dificultades para realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le exigió un esfuerzo extra)	**x**		**x**		**x**		
	Dimensión 4: Rol emocional	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Durante las últimas 4 semanas , ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias habituales como resultado de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?								
17	Reduce la cantidad de tiempo que dedicas al trabajo o a otras actividades	**x**		**x**		**x**		
18	Logró menos de lo que le gustaría	**x**		**x**		**x**		
19	No realizó el trabajo ni otras actividades con el cuidado habitual.	**x**		**x**		**x**		
	Dimensión 5: Función Social	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
20	Durante las últimas 4 semanas , ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han interferido en sus actividades sociales normales con familiares, amigos, vecinos o grupos?	**x**		**x**		**x**		
32	Durante las últimas 4 semanas , ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han interferido con sus actividades sociales (como visitar a amigos, familiares, etc.)?	**x**		**x**		**x**		
	Dimensión 6: Dolor Físico	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
21	¿Cuánto dolor corporal ha tenido durante las últimas 4 semanas ?	**x**		**x**		**x**		
22	Durante las últimas 4 semanas , ¿cuánto interfirió el dolor en su trabajo normal (incluyendo el trabajo fuera del hogar y las tareas domésticas)?	**x**		**x**		**x**		
	Dimensión 7: Vitalidad	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Estas preguntas se refieren a cómo se siente y cómo le ha ido durante las últimas cuatro semanas . Para cada pregunta, por favor, responda con la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas								
23	¿Te sentiste lleno de energía?	**x**		**x**		**x**		
27	¿Tenías mucha energía?	**x**		**x**		**x**		
29	¿Te sentiste agotado?	x		x		x		
31	¿Te sentiste cansado?	x		x		x		
	Dimensión 8: Salud Mental	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Estas preguntas se refieren a cómo se siente y cómo le ha ido durante las últimas cuatro semanas . Para cada pregunta, por favor, responda con la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas								
24	¿Has sido una persona muy nerviosa?	**x**		**x**		**x**		
25	¿Te has sentido tan deprimido que nada podía animarte?	**x**		**x**		**x**		
26	¿Te has sentido tranquilo y en paz?	**x**		**x**		**x**		

28	¿Te has sentido desanimado y triste?	**x**		**x**		**x**		
30	¿Has sido una persona feliz?	**x**		**x**		**x**		

(*) Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 (Validado en otros estudios)

Observaciones: Considero que la encuesta tiene suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [Si] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. Quintanilla Chacón, Luis Enrique. DNI: 10002526

Especialidad del validador: Dr. Medio Ambiente y Salud Pública.

Lima 5 de septiembre de 2025



Firma del Experto Informante.

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

C NTO QUE MIDE

C

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	Dimensión 1: Salud General	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
1	En general, ¿diría usted que su salud es?:	X		X		X		
2	En comparación con hace un año, ¿cómo calificaría ahora su salud en general ?	X		X		X		
33	Parece que me enfermo un poco más fácilmente que otras personas.	X		X		X		
34	Estoy tan saludable como cualquier otra persona que conozco.	X		X		X		
35	Espero que mi salud empeore	X		X		X		
36	Mi salud es excelente	X		X		X		
	Dimensión 2: Función física	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Los siguientes puntos tratan sobre actividades que podrías realizar en un día típico. ¿Tu salud actual te limita para realizar estas actividades? De ser así, ¿en qué medida?								
3	Actividades vigorosas, como levantar objetos pesados	X		X		X		
4	Actividades moderadas, como mover una mesa	X		X		X		
5	Levantar o transportar bolsas de compras	X		X		X		
6	Subir más de un piso por las escaleras	X		X		X		
7	Subir un piso por las escaleras	X		X		X		
8	Levantarse de la cama	X		X		X		
9	Caminar más de 10 cuadras	X		X		X		
10	Caminar menos de 10 cuadras	X		X		X		
11	Caminar una cuadra	X		X		X		
12	Bañarse o vestirse	X		X		X		

	Dimensión 3: Rol Físico	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Durante las últimas 4 semanas , ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias habituales como resultado de su salud física ?								
13	Reduce la cantidad de tiempo que dedicas al trabajo o a otras actividades.	X		X		X		
14	Logró menos de lo que le gustaría	X		X		X		
15	Estaban limitados en el tipo de trabajo u otras actividades.	X		X		X		
16	Tuvo dificultades para realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le exigió un esfuerzo extra)	X		X		X		
	Dimensión 4: Rol emocional	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Durante las últimas 4 semanas , ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias habituales como resultado de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?								
17	Reduce la cantidad de tiempo que dedicas al trabajo o a otras actividades	X		X		X		
18	Logró menos de lo que le gustaría	X		X		X		
19	No realizó el trabajo ni otras actividades con el cuidado habitual.	X		X		X		
	Dimensión 5: Función Social	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
20	Durante las últimas 4 semanas , ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han interferido en sus actividades sociales normales con familiares, amigos, vecinos o grupos?	X		X		X		
32	Durante las últimas 4 semanas , ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han interferido con sus actividades sociales (como visitar a amigos, familiares, etc.)?	X		X		X		
	Dimensión 6: Dolor Físico	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
21	¿Cuánto dolor corporal ha tenido durante las últimas 4 semanas ?	X		X		X		
22	Durante las últimas 4 semanas , ¿cuánto interfirió el dolor en su trabajo normal (incluyendo el trabajo fuera del hogar y las tareas domésticas)?	X		X		X		
	Dimensión 7: Vitalidad	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Estas preguntas se refieren a cómo se siente y cómo le ha ido durante las últimas cuatro semanas . Para cada pregunta, por favor, responda con la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas								
23	¿Te sentiste lleno de energía?	X		X		X		
27	¿Tenías mucha energía?	X		X		X		
29	¿Te sentiste agotado?	X		X		X		
31	¿Te sentiste cansado?	X		X		X		
	Dimensión 8: Salud Mental	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Estas preguntas se refieren a cómo se siente y cómo le ha ido durante las últimas cuatro semanas . Para cada pregunta, por favor, responda con la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas								
24	¿Has sido una persona muy nerviosa?	X		X		X		
25	¿Te has sentido tan deprimido que nada podía animarte?	X		X		X		
26	¿Te has sentido tranquilo y en paz?	X		X		X		
28	¿Te has sentido desanimado y triste?	X		X		X		
30	¿Has sido una persona feliz?	X		X		X		

(*) Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 (Validado en otros estudios)

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia, solo tiene que sistematizar los tiempos al aplicar este instrumento, por lo demás siga usted adelante, le deseo éxitos y una feliz culminación.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Dra. Gamboa Kan Nancy DNI: 10373413

Especialidad del validador: Dra. En Ciencias de la Salud 11 de setiembre del 2025

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Firma del Experto Informante.

C		**…OAD DE VI…**						**…**
		…ncia[1]		**Relev**				
		…o		**Si**				
1	En general, ¿diría usted que su salud es?	X		X				
2	En comparación con hace un año, ¿cómo calificaría ahora su salud en general ?	X		X				
33	Parece que me enfermo un poco más fácilmente que otras personas.	X		X				
34	Estoy tan saludable como cualquier otra persona que conozco.	X		X		X		
35	Espero que mi salud empeore	X		X		X		
36	Mi salud es excelente	X		X		X		
	Dimensión 2: Función física	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Los siguientes puntos tratan sobre actividades que podrías realizar en un día típico. ¿Tu salud actual te limita para realizar estas actividades? De ser así, ¿en qué medida?								
3	Actividades vigorosas, como levantar objetos pesados	X		X		X		
4	Actividades moderadas, como mover una mesa	X		X		X		
5	Levantar o transportar bolsas de compras	X		X		X		
6	Subir más de un piso por las escaleras	X		X		X		
7	Subir un piso por las escaleras	X		X		X		
8	Levantarse de la cama	X		X		X		
9	Caminar más de 10 cuadras	X		X		X		
10	Caminar menos de 10 cuadras	X		X		X		
11	Caminar una cuadra	X		X		X		
12	Bañarse o vestirse	X		X		X		
	Dimensión 3: Rol Físico	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Durante las últimas 4 semanas , ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias habituales como resultado de su salud física ?								
13	Reduce la cantidad de tiempo que dedicas al trabajo o a otras actividades.	X		X		X		
14	Logró menos de lo que le gustaría	X		X		X		
15	Estaban limitados en el tipo de trabajo u otras actividades.	X		X		X		

16	Tuvo dificultades para realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le exigió un esfuerzo extra)	**X**		**X**		**X**		
	Dimensión 4: Rol emocional	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Durante las últimas 4 semanas , ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias habituales como resultado de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?								
17	Reduce la cantidad de tiempo que dedicas al trabajo o a otras actividades	**X**		**X**		**X**		
18	Logró menos de lo que le gustaría	**X**		**X**		**X**		
19	No realizó el trabajo ni otras actividades con el cuidado habitual.	**X**		**X**		**X**		
	Dimensión 5: Función Social	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
20	Durante las últimas 4 semanas , ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han interferido en sus actividades sociales normales con familiares, amigos, vecinos o grupos?	**X**		**X**		**X**		
32	Durante las últimas 4 semanas , ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han interferido con sus actividades sociales (como visitar a amigos, familiares, etc.)?	**X**		**X**		**X**		
	Dimensión 6: Dolor Físico	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
21	¿Cuánto dolor corporal ha tenido durante las últimas 4 semanas ?	**X**		**X**		**X**		
22	Durante las últimas 4 semanas , ¿cuánto interfirió el dolor en su trabajo normal (incluyendo el trabajo fuera del hogar y las tareas domésticas)?	**X**		**X**		**X**		
	Dimensión 7: Vitalidad	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Estas preguntas se refieren a cómo se siente y cómo le ha ido durante las últimas cuatro semanas . Para cada pregunta, por favor, responda con la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas								
23	¿Te sentiste lleno de energía?	**X**		**X**		**X**		
27	¿Tenías mucha energía?	**X**		**X**		**X**		
29	¿Te sentiste agotado?	**X**		**X**		**X**		
31	¿Te sentiste cansado?	**X**		**X**		**X**		
	Dimensión 8: Salud Mental	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Estas preguntas se refieren a cómo se siente y cómo le ha ido durante las últimas cuatro semanas . Para cada pregunta, por favor, responda con la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas								
24	¿Has sido una persona muy nerviosa?	**X**		**X**		**X**		
25	¿Te has sentido tan deprimido que nada podía animarte?	**X**		**X**		**X**		
26	¿Te has sentido tranquilo y en paz?	**X**		**X**		**X**		
28	¿Te has sentido desanimado y triste?	**X**		**X**		**X**		
30	¿Has sido una persona feliz?	**X**		**X**		**X**		

(*) Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 (Validado en otros estudios)

Observaciones: SÍ HAY SUFICIENCIA. ALGUNAS PREGUNTAS ESTÁN EN DIRECCIÓN POSITIVA Y OTRAS EN NEGATIVA POR LO TANTO AL MOMENTO DE CODIFICAR DEBE DE CONSIDERAR ESTE ASPECTO 23—24

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Dra. GLADYS MEDINA MANDUJANO **DNI: 07365239**

Especialidad del validador: DOCTORA EN SALUD PÚBLICA **6 de setiembre del 2025**

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Firma del Experto Informante.

ANEXO 6: FIGURAS

RESULTADOS DESCRIPTIVOS:

FIGURA 5.1.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: PORCENTAJE SEXO DE PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA,2025.

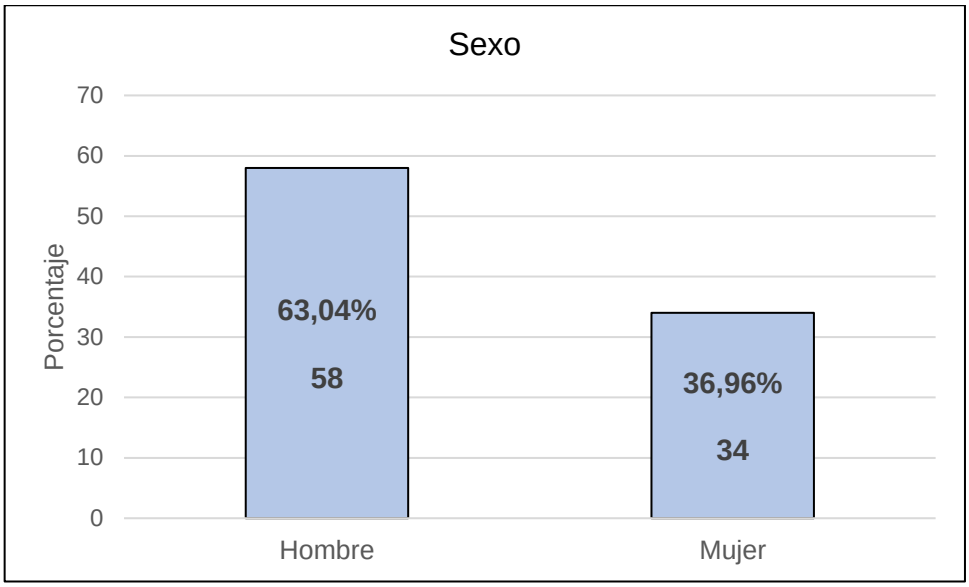


FIGURA 5.1.2. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: PORCENTAJE ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA,2025.

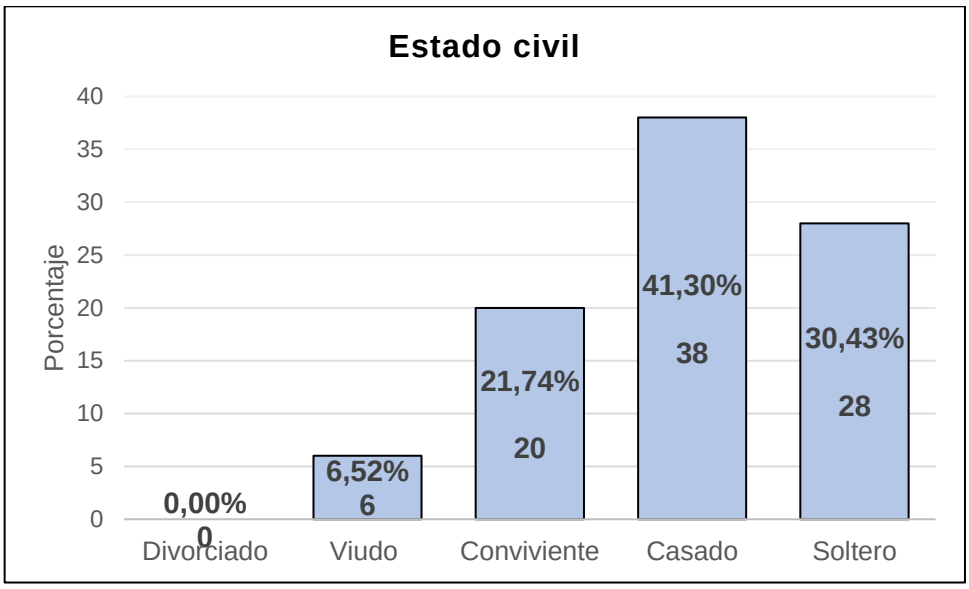


FIGURA 5.1.3 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: PORCENTAJE RANGO DE EDAD DE PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA,2025.

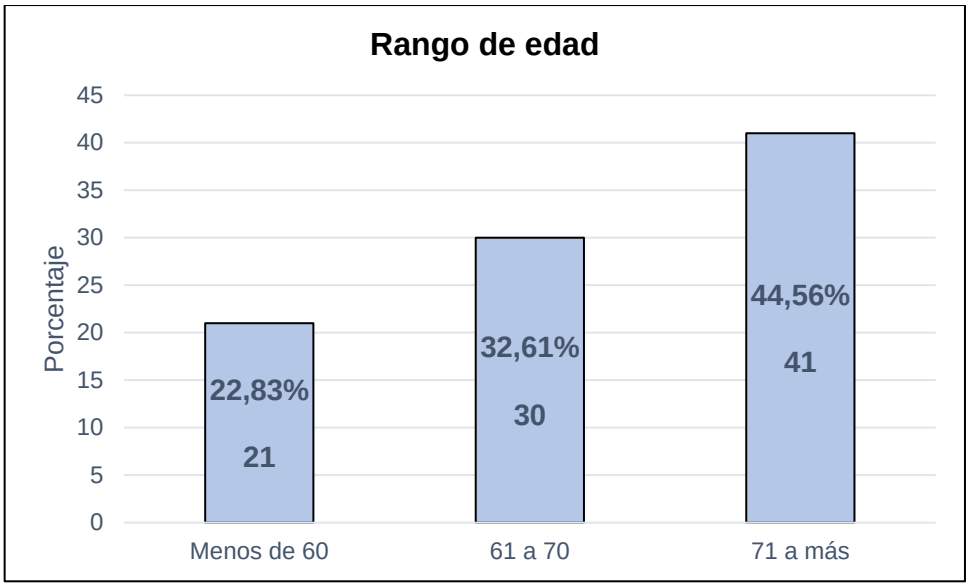


FIGURA 5.1.4 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: PORCENTAJE GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA,2025.

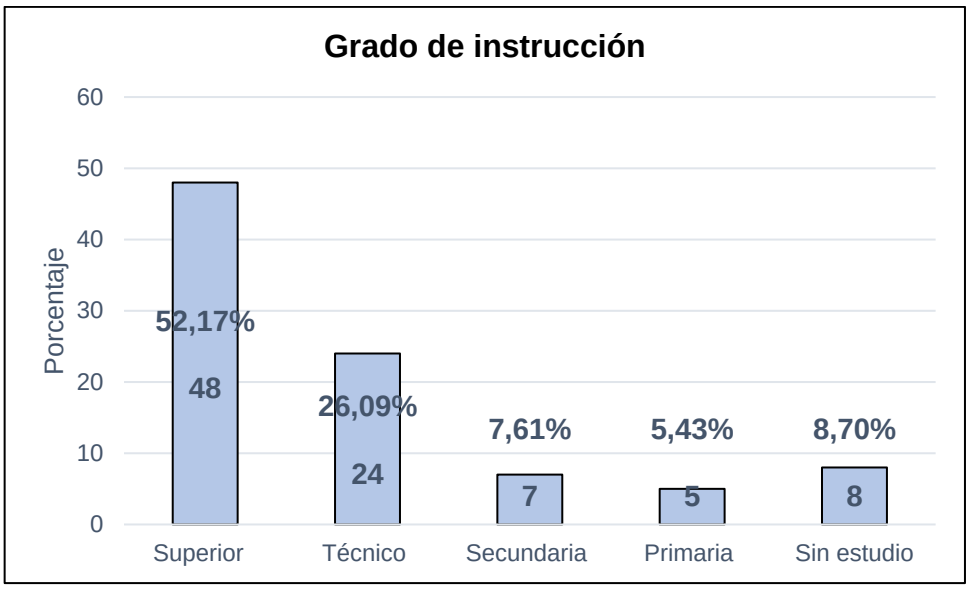


FIGURA 5.1.5 FACTORES ECONÓMICOS: PORCENTAJE ESTADO LABORAL DE PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA,2025.

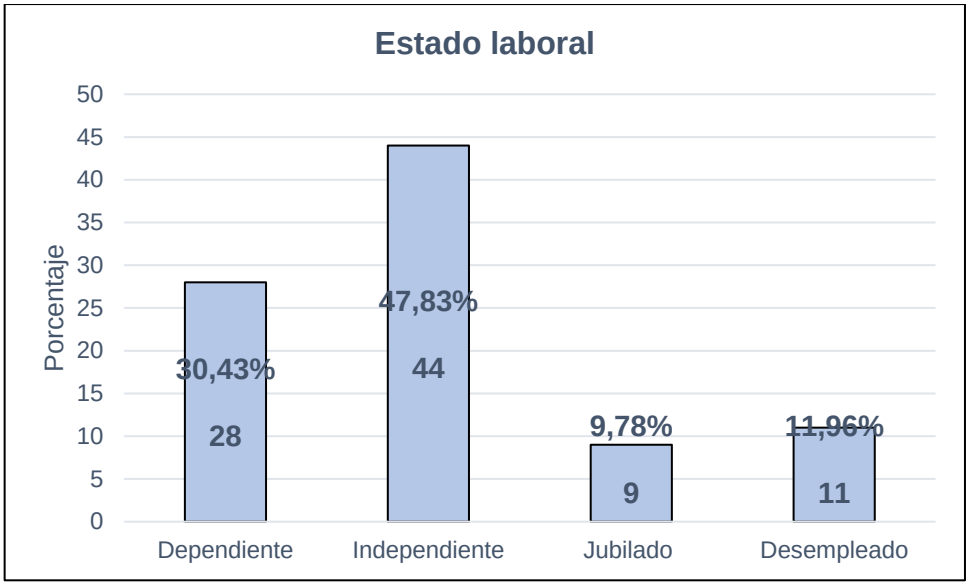


FIGURA 5.1.6 FACTORES ECONÓMICOS: PORCENTAJE INGRESO MENSUAL DE PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA,2025.

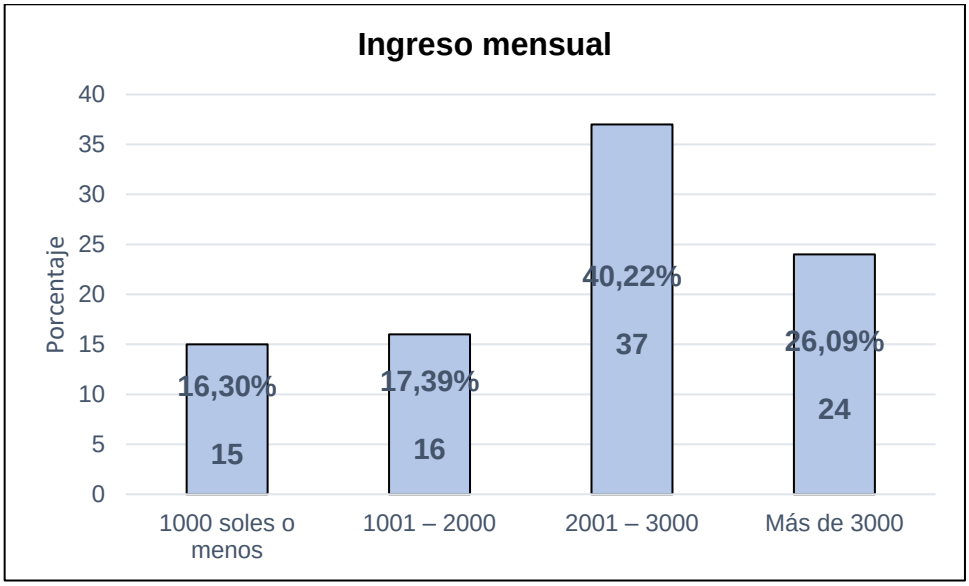


FIGURA 5.1.7 FACTORES DE SALUD: PORCENTAJE LUGAR DE ATENCIÓN DE SALUD DE PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA,2025.

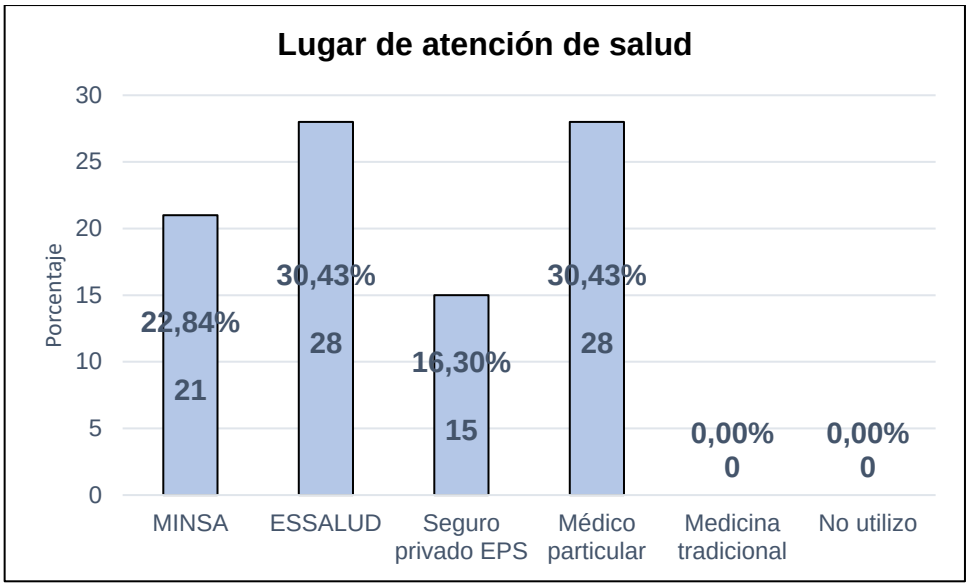


FIGURA 5.1.8 FACTORES DE SALUD: PORCENTAJE DE CIRUGÍAS POR POLIO REALIZADAS A PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA,2025

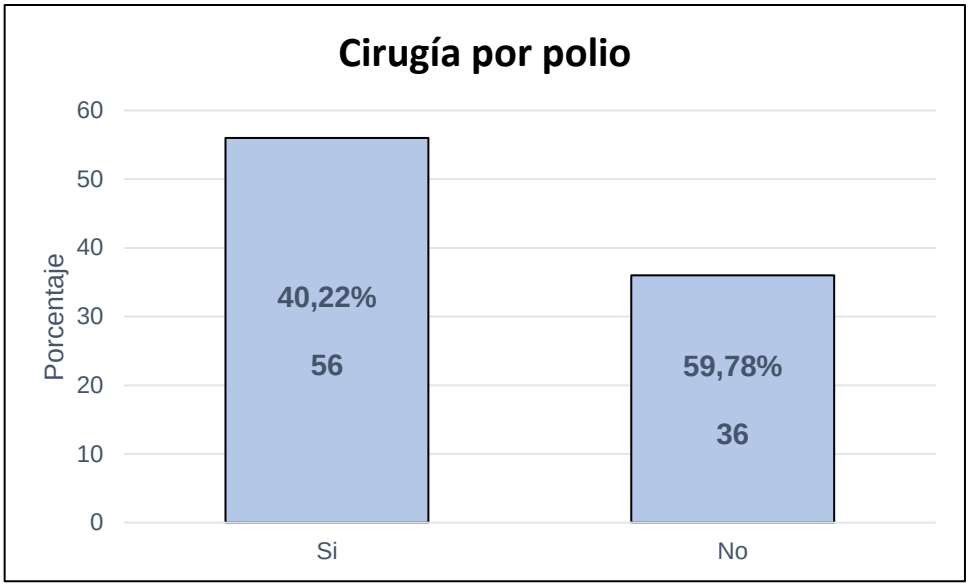
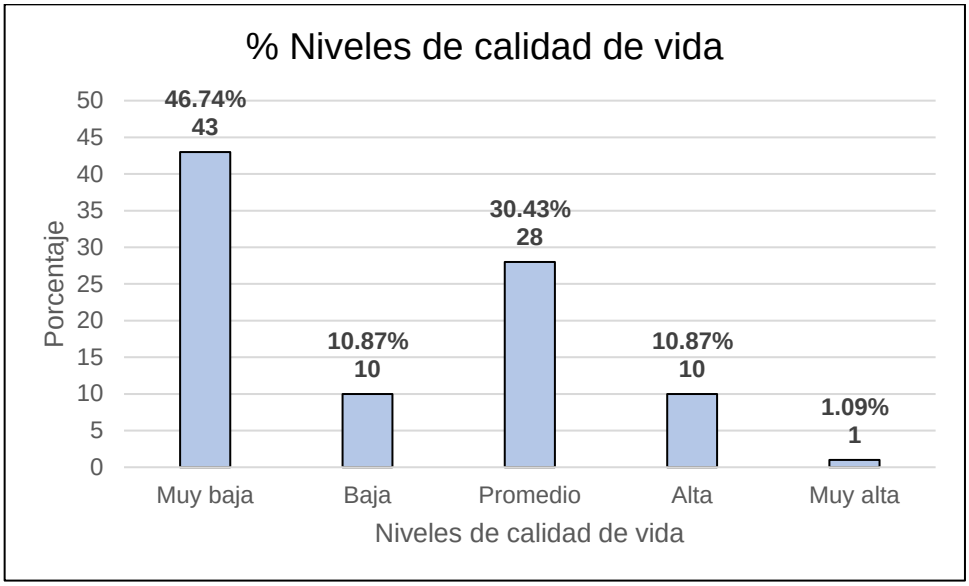


FIGURA 5.1.1. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.



RESULTADOS INFERENCIALES

FIGURA 5.2.1 FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: EDAD Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

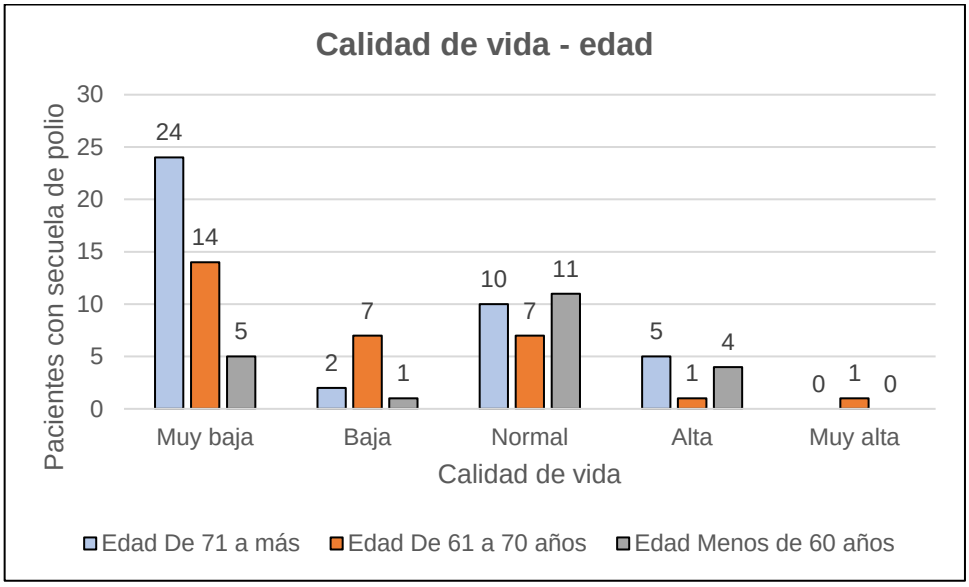
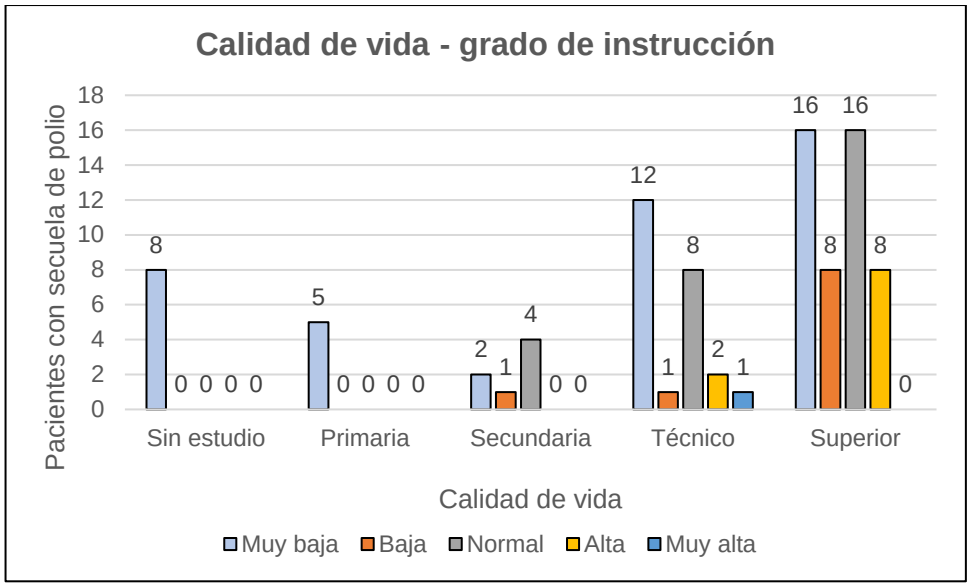


FIGURA 5.2.2 FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: GRADO DE INSTRUCCIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA



,

FIGURA 5.2.3 FACTOR ECONÓMICO: ZONA DE NACIMIENTO Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

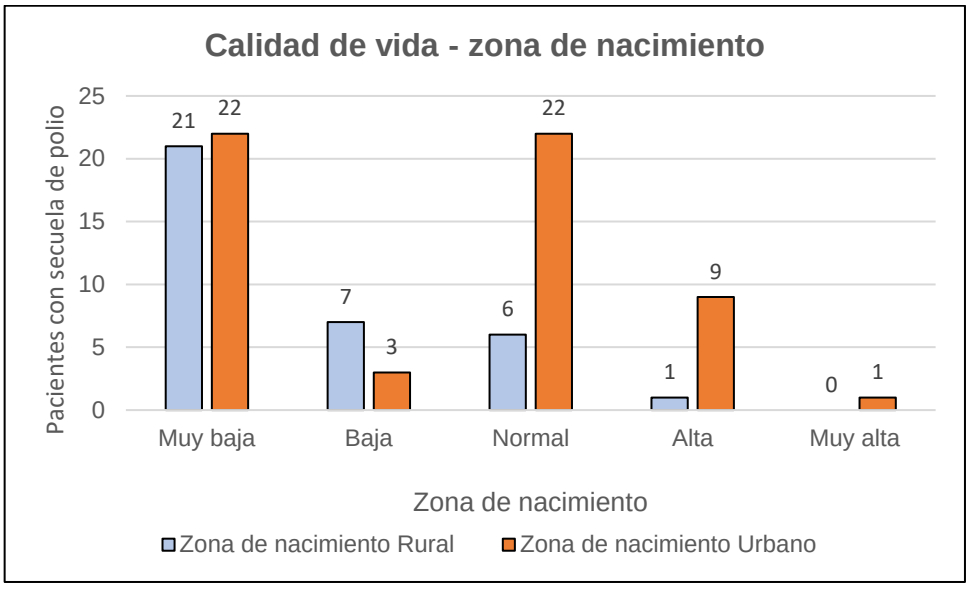


FIGURA 5.2.4 FACTOR ECONÓMICO: ESTADO LABORAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025

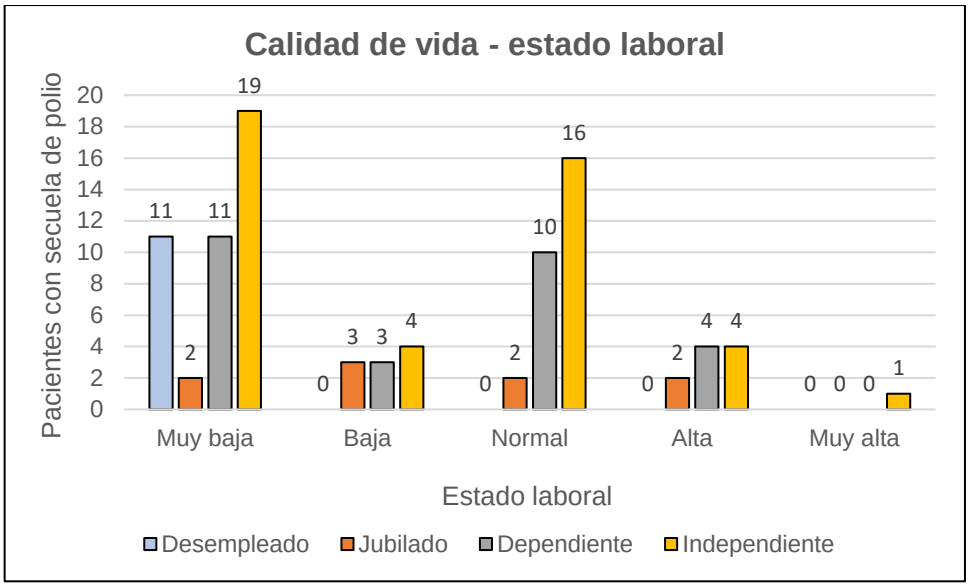


FIGURA 5.2.5 FACTOR ECONÓMICO: INGRESO MENSUAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.

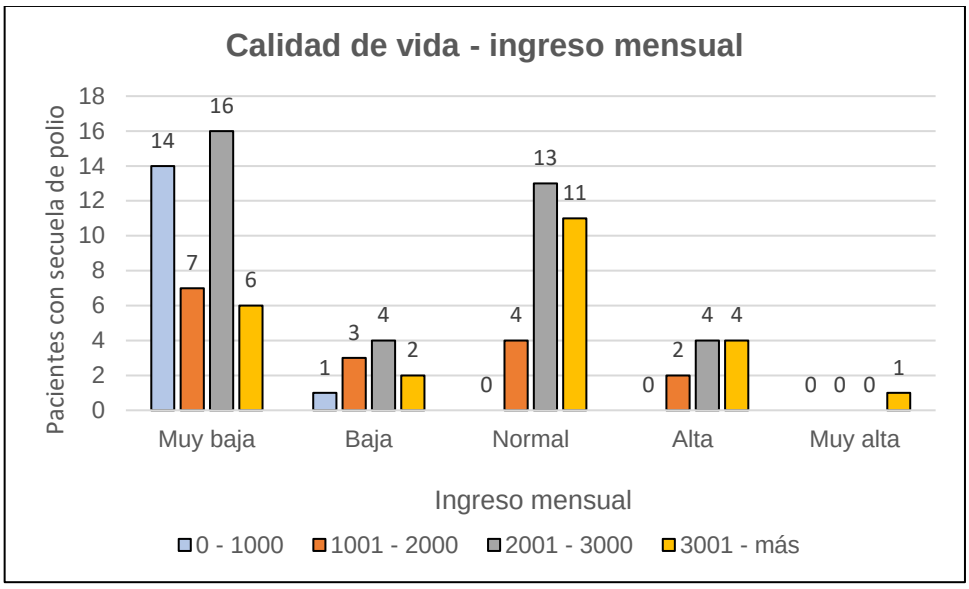
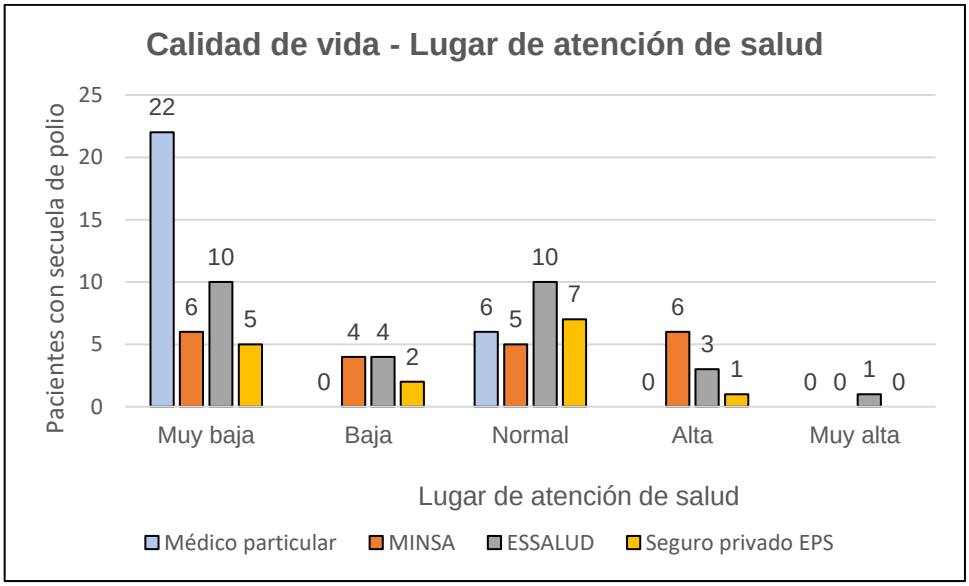


FIGURA 5.2.6 FACTOR ECONÓMICO: LUGAR DE ATENCIÓN DE SALUD Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SECUELA DE POLIO DE UNA RED SOCIAL HORIZONTAL, LIMA, 2025.



ANEXO 7: MATRIZ DE DATOS (FORMATO ORIGINAL EXCEL)

ANEXO 7.1: FACTORES ASOCIADOS						
Nº	SEXO	ESTADO CIVIL	EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN	REGION DE NAC	RURAL URBANO
1.	1	4	3	2	1	1
2.	1	4	3	1	2	2
3.	2	5	1	3	1	2
4.	1	3	1	2	2	1
5.	2	5	1	1	3	2
6.	1	4	2	2	2	2
7.	1	5	2	1	3	2
8.	2	3	1	1	1	2
9.	2	4	2	1	3	2
10.	1	3	1	2	1	2
11.	2	5	2	1	2	2
12.	2	2	3	1	1	2
13.	1	4	2	2	1	1
14.	1	4	3	1	1	1
15.	1	4	1	3	1	2
16.	1	3	1	2	2	1
17.	2	5	3	1	2	2
18.	1	4	2	2	2	1
19.	1	5	3	1	3	2
20.	1	4	1	1	2	2
21.	2	4	2	1	3	1
22.	1	3	3	2	1	1
23.	1	5	2	1	2	2
24.	2	3	3	1	3	2
25.	2	5	1	2	1	2
26.	1	3	1	1	2	2
27.	2	5	1	1	1	2
28.	1	4	2	2	1	1
29.	1	5	2	1	1	1
30.	2	3	1	2	1	1
31.	2	4	2	1	1	1
32.	2	5	2	3	1	2
33.	2	2	3	2	2	1
34.	1	4	2	1	2	2
35.	1	4	3	2	2	1
36.	1	4	1	1	3	2
37.	1	3	1	1	2	2
38.	2	5	3	1	3	1

39.	1	4	2	2	1	1
40.	1	5	3	1	2	2
41.	2	5	2	1	3	2
42.	2	2	3	2	1	2
43.	1	4	2	1	2	2
44.	1	4	3	1	1	2
45.	1	4	1	2	1	1
46.	1	3	1	1	1	1
47.	2	5	3	1	3	2
48.	1	4	2	2	2	2
49.	1	5	3	1	3	2
50.	1	4	1	1	1	2
51.	2	4	2	1	3	2
52.	1	3	3	2	1	2
53.	1	5	2	1	2	2
54.	2	3	3	1	1	2
55.	2	2	3	2	1	1
56.	1	4	2	1	1	1
57.	1	4	3	2	2	1
58.	1	4	1	1	2	2
59.	1	3	1	2	2	1
60.	2	5	3	1	3	2
61.	1	4	2	1	2	2
62.	1	5	3	1	3	1
63.	1	4	1	2	1	1
64.	2	4	2	1	2	2
65.	2	5	1	1	3	2
66.	1	4	2	2	1	2
67.	1	5	2	1	2	2
68.	2	3	1	1	1	2
69.	2	4	2	2	1	1
70.	2	5	2	1	1	1
71.	2	2	3	1	3	2
72.	1	4	2	2	2	2
73.	1	4	3	1	3	2
74.	1	4	1	1	1	2
75.	1	3	1	1	3	2
76.	2	5	3	2	1	2
77.	1	4	2	1	2	2
78.	1	5	3	1	1	2
79.	1	3	3	2	1	1
80.	1	5	2	1	1	1
81.	2	3	3	2	1	1

82.	2	2	3	1	1	1
83.	1	4	2	1	3	2
84.	1	4	3	2	2	2
85.	1	4	1	1	3	2
86.	1	3	1	1	1	2
87.	2	5	3	1	3	2
88.	1	4	2	2	1	2
89.	1	5	3	1	2	2
90.	1	3	3	1	1	2
91.	1	5	2	2	1	1
92.	2	3	3	1	1	1
Nº	TIENE HIJOS	NUMERO DE HIJOS	REGISTRO CONADIS	GRADO DE REGISTRO	PERTENECE AGRUPACIO N SOCIAL	PERTENECE AGRUPACIO N ACTIVISTA
1.	1	3	1	2	2	2
2.	1	1	1	2	1	2
3.	2	4	2	4	2	1
4.	2	4	1	3	2	1
5.	2	4	1	2	1	2
6.	1	3	1	2	2	1
7.	2	4	1	3	1	2
8.	1	1	1	3	1	2
9.	1	3	1	2	1	2
10.	1	2	1	3	1	2
11.	2	4	1	2	1	2
12.	1	2	1	2	2	2
13.	2	4	2	4	2	2
14.	1	2	1	3	1	2
15.	2	4	1	2	2	1
16.	1	1	1	2	2	1
17.	2	4	1	3	1	2
18.	1	1	1	2	2	1
19.	1	3	1	3	1	2
20.	1	1	1	2	1	2
21.	1	3	2	4	1	2
22.	1	2	1	2	1	2
23.	2	4	1	2	1	2
24.	1	1	2	4	2	2
25.	1	3	1	2	1	2
26.	2	4	1	3	2	1
27.	1	2	1	3	2	1
28.	2	4	1	2	1	2
29.	1	2	1	3	2	1

30.	2	4	1	2	1	2
31.	1	2	1	2	1	2
32.	2	4	2	4	1	2
33.	1	1	1	3	1	2
34.	2	4	1	2	1	2
35.	1	1	1	2	2	2
36.	1	2	1	3	2	2
37.	1	1	1	3	1	2
38.	1	2	1	2	1	2
39.	1	3	1	3	2	1
40.	2	4	1	2	1	2
41.	1	1	1	2	1	2
42.	1	3	2	4	1	2
43.	2	4	1	3	1	2
44.	1	2	1	2	1	2
45.	2	4	1	2	2	2
46.	1	2	1	3	2	2
47.	2	4	1	2	1	2
48.	1	2	1	3	2	1
49.	2	4	1	2	2	1
50.	1	3	2	4	1	2
51.	1	3	1	2	2	1
52.	1	2	1	2	1	2
53.	2	4	2	4	1	2
54.	1	3	1	2	1	2
55.	2	4	1	3	1	2
56.	1	2	1	3	1	2
57.	1	1	1	2	2	2
58.	2	4	1	2	1	2
59.	1	1	1	3	2	1
60.	1	3	1	2	2	1
61.	1	1	1	3	1	2
62.	1	2	1	2	1	2
63.	1	2	2	4	1	2
64.	2	4	1	2	2	2
65.	1	1	1	2	2	2
66.	1	2	2	4	1	2
67.	2	4	1	2	1	2
68.	1	3	1	3	2	1
69.	2	4	1	3	1	2
70.	1	3	1	2	1	2
71.	2	4	1	3	1	2
72.	1	3	1	2	1	2

73.	2	4	1	2	1	2
74.	1	1	2	4	2	2
75.	1	2	1	3	2	2
76.	1	2	1	2	1	2
77.	2	4	1	3	1	2
78.	1	3	1	3	1	2
79.	2	4	1	2	2	2
80.	1	3	1	3	2	2
81.	2	4	1	2	1	2
82.	1	2	1	2	1	2
83.	2	4	2	4	2	1
84.	1	2	1	3	1	2
85.	2	4	1	2	1	2
86.	1	3	1	2	1	2
87.	1	3	1	2	1	2
88.	1	3	1	3	1	2
89.	2	4	1	2	2	2
90.	1	2	1	3	2	2
91.	2	4	1	2	1	2
92.	1	3	2	4	1	2

Nº	PERTENECE AGRUPACIÓN DEPORTIVA	ESTADO LABORAL	CANTIDAD DE TRABAJOS	INGRESO MENSUAL	PROPIEDAD DE VIVIENDA	MATERIAL DE CONSTRUCCION
1.	1	2	1	2	1	3
2.	2	2	2	3	2	1
3.	2	2	2	3	2	1
4.	2	1	2	3	1	1
5.	2	2	3	3	2	1
6.	2	1	2	3	1	1
7.	2	2	1	2	1	1
8.	2	2	2	3	1	1
9.	2	1	2	4	3	1
10.	2	2	2	3	3	1
11.	2	1	2	4	3	1
12.	1	2	2	4	1	1
13.	1	3	1	2	1	3
14.	2	2	2	3	2	1
15.	2	1	2	3	2	1
16.	2	1	2	3	1	1
17.	2	2	3	3	2	1
18.	2	2	2	3	1	1
19.	2	3	1	2	1	1
20.	2	2	2	3	1	1

21.	2	1	2	4	3	1
22.	2	2	2	3	3	1
23.	2	1	2	4	3	1
24.	1	2	2	4	1	1
25.	2	2	3	3	2	1
26.	2	1	2	3	2	1
27.	2	3	1	2	1	1
28.	2	2	2	3	2	1
29.	2	1	2	4	1	1
30.	2	2	2	3	1	1
31.	2	2	2	4	1	1
32.	2	2	2	4	3	1
33.	2	1	2	3	3	1
34.	2	2	2	3	3	1
35.	1	1	2	3	1	1
36.	1	2	3	3	2	1
37.	2	2	2	3	2	1
38.	2	3	1	2	1	1
39.	2	2	2	3	2	1
40.	2	2	2	4	1	1
41.	2	2	2	3	1	1
42.	2	1	2	4	1	1
43.	2	2	2	4	3	1
44.	2	2	1	2	1	1
45.	1	2	2	3	1	1
46.	1	1	2	4	3	1
47.	2	2	2	3	3	3
48.	2	1	2	4	3	1
49.	2	1	2	4	1	1
50.	2	2	3	3	2	1
51.	2	1	2	3	2	1
52.	2	3	1	2	1	1
53.	2	1	2	3	1	1
54.	2	2	3	3	2	1
55.	2	1	2	3	2	1
56.	2	3	1	2	1	1
57.	1	2	2	3	2	1
58.	2	1	2	4	1	1
59.	2	2	2	3	1	1
60.	2	2	2	4	1	1
61.	2	1	2	4	1	1
62.	2	2	2	3	2	1
63.	2	1	2	4	2	1

64.	1	2	2	4	1	1
65.	1	1	2	3	2	1
66.	2	2	2	3	2	1
67.	2	1	2	3	2	1
68.	2	2	3	3	1	1
69.	2	1	2	3	2	1
70.	2	3	1	2	1	1
71.	2	1	2	3	1	1
72.	2	1	2	4	1	1
73.	2	2	2	3	3	1
74.	1	2	2	4	3	1
75.	1	2	2	4	3	1
76.	2	3	1	2	1	1
77.	2	3	1	2	2	1
78.	2	1	2	3	2	1
79.	1	1	2	4	1	1
80.	1	2	2	3	2	1
81.	2	2	2	4	3	1
82.	2	2	2	4	3	1
83.	2	3	1	2	1	1
84.	2	2	2	3	2	1
85.	2	1	2	4	2	1
86.	2	1	2	3	1	1
87.	2	1	2	4	2	1
88.	2	2	2	4	2	1
89.	1	2	3	3	2	1
90.	1	1	2	4	1	1
91.	2	2	2	4	2	1
92.	2	2	2	3	3	1

Nº	MODIFICACIONES ARQUITECTONICAS	TIENE AGUA	TIENE DESAGUE	TIENE LUZ	TIENE GAS NATURAL	TIENE TELEFONO FIJO
1.	1	1	1	1	2	1
2.	1	1	1	1	1	2
3.	1	1	1	1	2	2
4.	1	1	1	1	2	2
5.	2	1	1	1	2	2
6.	1	1	1	1	1	1
7.	1	1	1	1	1	2
8.	1	1	1	1	2	1
9.	2	1	1	1	1	2
10.	1	1	1	1	1	1
11.	2	1	1	1	2	1

12.	1	1	1	1	2	1
13.	1	1	1	1	2	1
14.	1	1	1	1	1	2
15.	1	1	1	1	2	2
16.	1	1	1	1	2	2
17.	2	1	1	1	2	2
18.	1	1	1	1	1	1
19.	1	1	1	1	1	2
20.	1	1	1	1	2	1
21.	2	1	1	1	1	2
22.	1	1	1	1	1	1
23.	2	1	1	1	2	1
24.	1	1	1	1	2	1
25.	1	1	1	1	2	1
26.	1	1	1	1	1	2
27.	1	1	1	1	2	2
28.	2	1	1	1	2	2
29.	1	1	1	1	2	2
30.	1	1	1	1	1	1
31.	1	1	1	1	2	1
32.	2	1	1	1	1	2
33.	1	1	1	1	2	2
34.	2	1	1	1	2	2
35.	1	1	1	1	2	2
36.	1	1	1	1	1	1
37.	1	1	1	1	1	2
38.	1	1	1	1	2	1
39.	2	1	1	1	1	2
40.	1	1	1	1	2	1
41.	1	1	1	1	1	2
42.	1	1	1	1	2	2
43.	2	1	1	1	2	2
44.	1	1	1	1	2	2
45.	2	1	1	1	1	1
46.	1	1	1	1	1	2
47.	1	1	1	1	2	1
48.	1	1	1	1	1	2
49.	1	1	1	1	1	1
50.	1	1	1	1	2	1
51.	1	1	1	1	2	1
52.	1	1	1	1	2	2
53.	1	1	1	1	2	2
54.	2	1	1	1	2	2

55.	1	1	1	1	1	1
56.	1	1	1	1	1	2
57.	1	1	1	1	1	2
58.	2	1	1	1	2	1
59.	1	1	1	1	1	2
60.	2	1	1	1	2	2
61.	1	1	1	1	2	2
62.	1	1	1	1	2	2
63.	1	1	1	1	1	1
64.	1	1	1	1	1	2
65.	2	1	1	1	2	1
66.	1	1	1	1	1	2
67.	1	1	1	1	2	2
68.	1	1	1	1	2	2
69.	2	1	1	1	2	2
70.	1	1	1	1	1	1
71.	1	1	1	1	2	2
72.	1	1	1	1	2	2
73.	2	1	1	1	1	1
74.	1	1	1	1	1	2
75.	2	1	1	1	1	2
76.	1	1	1	1	2	1
77.	1	1	1	1	1	2
78.	1	1	1	1	2	2
79.	1	1	1	1	2	2
80.	2	1	1	1	2	2
81.	1	1	1	1	1	1
82.	2	1	1	1	1	2
83.	1	1	1	1	2	1
84.	1	1	1	1	1	2
85.	1	1	1	1	2	2
86.	1	1	1	1	2	2
87.	2	1	1	1	2	2
88.	1	1	1	1	2	2
89.	1	1	1	1	2	2
90.	1	1	1	1	1	1
91.	2	1	1	1	2	2
92.	1	1	1	1	2	2
Nº	TIENE CELULAR	TIENE INTERNET	NUMERO DE PERSONAS EN CASA	NUMERO DE CUARTOS	NUMERO MAXIMO DE PERSONAS	MEDIO DE TRANSPORTE
1.	1	1	3	1	2	3
2.	1	1	3	2	2	1

3.	1	2	3	2	3	3
4.	1	1	2	1	2	3
5.	1	1	3	2	2	2
6.	1	1	3	2	2	2
7.	1	1	1	1	2	2
8.	1	1	3	1	2	3
9.	1	1	3	2	3	3
10.	1	1	3	1	2	1
11.	1	1	3	1	2	1
12.	1	1	3	1	1	3
13.	1	1	3	1	2	3
14.	1	1	3	2	2	1
15.	1	2	3	2	3	3
16.	1	1	2	1	2	3
17.	1	1	3	2	2	2
18.	1	1	3	2	2	2
19.	1	1	1	1	2	2
20.	1	1	3	1	2	3
21.	1	1	3	2	3	3
22.	1	1	3	1	2	1
23.	1	1	3	1	2	1
24.	1	1	3	1	1	3
25.	1	1	2	1	2	1
26.	1	1	3	2	2	3
27.	1	2	3	2	2	3
28.	1	1	1	1	2	2
29.	1	1	3	1	2	1
30.	1	1	3	2	3	3
31.	1	1	3	1	2	3
32.	1	1	2	1	2	2
33.	1	2	3	2	2	2
34.	1	1	3	2	2	1
35.	1	1	1	1	2	3
36.	1	1	3	1	2	3
37.	1	1	2	1	2	2
38.	1	1	3	2	2	2
39.	1	1	3	2	2	2
40.	1	1	1	1	2	3
41.	1	1	3	1	2	1
42.	1	2	3	2	3	3
43.	1	1	2	1	2	3
44.	1	1	3	2	2	2
45.	1	1	3	2	2	2

46.	1	1	1	1	2	1
47.	1	1	3	1	2	3
48.	1	1	3	2	3	3
49.	1	1	3	1	2	2
50.	1	1	2	1	2	2
51.	1	1	3	2	2	2
52.	1	2	3	2	2	3
53.	1	1	1	1	2	1
54.	1	1	3	1	2	3
55.	1	1	3	2	3	3
56.	1	1	3	1	2	2
57.	1	1	3	2	3	2
58.	1	1	3	1	2	1
59.	1	1	2	1	2	3
60.	1	2	1	1	2	3
61.	1	1	3	1	2	1
62.	1	1	3	2	3	3
63.	1	1	3	1	2	3
64.	1	1	2	1	2	1
65.	1	1	1	1	2	3
66.	1	1	3	1	2	3
67.	1	2	1	1	2	2
68.	1	1	3	1	2	2
69.	1	1	3	2	3	2
70.	1	1	3	1	2	2
71.	1	1	2	1	2	2
72.	1	1	3	1	2	3
73.	1	1	3	2	3	1
74.	1	1	3	1	2	3
75.	1	1	2	1	2	3
76.	1	1	1	1	2	2
77.	1	1	2	1	2	2
78.	1	2	1	1	2	1
79.	1	1	3	1	2	3
80.	1	1	1	1	2	2
81.	1	1	3	1	2	2
82.	1	1	3	2	3	1
83.	1	1	3	1	2	3
84.	1	1	2	1	2	3
85.	1	2	3	1	2	1
86.	1	1	3	2	3	3
87.	1	2	3	1	2	3
88.	1	1	2	1	2	1

89.	1	1	1	1	2	3
90.	1	1	3	1	2	3
91.	1	1	3	2	3	2
92.	1	1	3	1	2	2
Nº	LUGAR DE ATENCION EN SALUD	RECIBIO MEDICINA TRADICIONAL	REGION DONDE SE INFECTO DE POLIO	EDAD DE INFECCION	PARTES DE CUERPO COMPROMETIDA	HOSPITALIZACION POR POLIO
1.	1	1	1	3	4	1
2.	1	1	2	2	3	1
3.	1	2	1	1	4	2
4.	2	2	2	2	2	1
5.	2	2	3	2	2	2
6.	2	1	2	2	2	1
7.	1	2	3	2	2	1
8.	4	1	1	2	1	1
9.	2	1	3	2	2	1
10.	1	2	1	2	4	2
11.	2	1	2	2	2	1
12.	1	2	1	2	2	1
13.	4	2	2	2	2	1
14.	2	1	2	2	3	1
15.	2	1	1	2	4	2
16.	1	1	2	3	3	1
17.	2	1	1	3	3	2
18.	4	1	2	2	2	1
19.	2	2	3	1	2	1
20.	2	2	2	2	2	1
21.	3	2	3	2	2	1
22.	1	1	1	2	1	2
23.	4	2	3	2	3	1
24.	2	1	1	2	4	1
25.	2	1	2	2	2	1
26.	1	2	1	2	3	1
27.	1	1	1	2	2	2
28.	2	2	1	2	3	1
29.	1	2	2	2	2	1
30.	2	1	2	2	2	1
31.	1	1	1	2	4	2
32.	2	1	2	3	4	1
33.	1	1	1	3	4	1
34.	3	1	2	2	2	1
35.	2	2	3	1	2	1

36.	1	2	2	2	2	2
37.	2	2	3	2	3	1
38.	2	2	2	2	2	1
39.	3	1	2	2	3	2
40.	2	1	1	2	4	1
41.	3	2	2	2	2	1
42.	2	1	2	2	2	1
43.	1	1	1	2	4	2
44.	3	1	2	3	4	1
45.	4	1	1	3	4	2
46.	1	2	2	2	2	1
47.	4	1	2	2	3	1
48.	1	1	1	2	4	1
49.	3	1	2	3	4	1
50.	4	2	2	2	2	2
51.	2	1	2	2	2	1
52.	3	1	1	2	4	1
53.	2	1	2	3	3	1
54.	2	1	1	3	4	1
55.	1	2	2	2	2	1
56.	3	1	2	2	2	1
57.	2	1	1	2	4	2
58.	3	2	2	2	2	2
59.	1	1	2	2	2	2
60.	1	1	1	2	4	2
61.	2	1	2	3	3	1
62.	4	2	2	2	3	1
63.	1	1	2	2	2	1
64.	3	2	2	2	3	1
65.	2	1	2	2	2	2
66.	1	1	1	2	4	2
67.	3	1	2	3	1	2
68.	4	2	2	2	2	1
69.	2	1	2	2	2	1
70.	1	1	1	2	4	2
71.	2	1	2	3	3	2
72.	3	1	1	2	4	2
73.	3	1	2	3	4	2
74.	2	2	2	2	4	1
75.	1	1	2	2	2	1
76.	3	1	1	2	2	2
77.	2	1	2	3	4	2
78.	2	2	2	2	3	2

79.	2	1	2	2	3	2
80.	2	1	1	2	2	2
81.	1	1	2	3	3	2
82.	3	1	1	2	2	1
83.	1	1	2	3	2	1
84.	1	2	2	2	4	1
85.	3	1	2	2	2	1
86.	4	1	1	2	2	2
87.	1	1	2	3	3	2
88.	3	1	2	3	3	2
89.	4	1	2	2	1	2
90.	1	1	2	2	2	2
91.	2	2	1	2	2	2
92.	2	1	2	3	4	1

Nº	CIRUGIA POR POLIO	USO DE ACCESORIOS	ULTIMA VISITA MEDICA	ULTIMA VISITA FISIOTERAPEUTA	COMO CONSIDERA SU PESO	VECES QUE PRACTICA ACTIVIDAD FISICA
1.	1	1	3	2	1	1
2.	1	2	4	4	2	1
3.	2	3	2	2	3	4
4.	1	1	3	1	3	4
5.	2	2	3	4	2	2
6.	2	1	2	3	3	4
7.	1	1	3	3	3	2
8.	1	1	3	1	3	3
9.	1	1	3	4	3	4
10.	2	1	4	4	2	2
11.	1	3	4	4	3	4
12.	1	2	1	2	1	3
13.	1	1	3	4	1	1
14.	1	2	3	2	2	1
15.	2	3	4	4	3	4
16.	1	1	2	1	3	4
17.	2	2	4	4	2	2
18.	2	1	2	2	3	4
19.	1	1	3	3	3	2
20.	1	1	3	1	3	3
21.	1	1	3	4	3	4
22.	2	1	4	4	2	2
23.	1	3	3	2	3	4
24.	1	2	3	3	1	3
25.	1	2	1	2	1	4

26.	1	2	4	4	2	2
27.	2	1	2	2	3	4
28.	1	1	3	3	3	3
29.	1	1	3	1	3	1
30.	1	1	4	4	3	1
31.	2	1	3	2	2	4
32.	2	3	4	2	3	4
33.	1	2	2	3	1	2
34.	1	1	4	4	3	4
35.	1	1	3	4	3	2
36.	2	3	4	4	2	3
37.	1	2	3	3	3	4
38.	1	2	1	3	1	2
39.	2	2	3	2	1	4
40.	2	1	2	2	2	3
41.	1	2	1	2	3	4
42.	1	2	3	3	3	2
43.	2	2	4	4	3	4
44.	2	1	2	2	2	2
45.	2	1	3	2	3	3
46.	2	1	4	4	1	4
47.	1	3	4	4	1	2
48.	1	2	1	2	2	3
49.	1	2	1	3	3	4
50.	2	2	4	2	1	4
51.	1	1	2	3	2	2
52.	1	1	3	2	3	4
53.	2	3	2	2	3	2
54.	1	2	4	4	2	3
55.	1	2	1	3	3	4
56.	1	1	1	3	1	4
57.	2	3	1	3	1	2
58.	2	2	3	4	2	3
59.	2	2	3	3	3	4
60.	2	2	3	2	3	4
61.	1	2	4	4	3	2
62.	1	1	1	3	2	4
63.	1	1	3	2	3	2
64.	1	3	4	4	1	3
65.	2	2	2	3	1	4
66.	2	2	4	4	3	4
67.	2	1	2	3	2	2
68.	2	1	1	3	3	3

69.	1	3	4	4	1	4
70.	2	2	2	3	1	4
71.	2	2	1	3	2	2
72.	2	1	3	4	3	4
73.	2	3	2	3	3	2
74.	1	1	3	3	3	3
75.	1	3	3	2	2	4
76.	2	2	3	4	3	4
77.	2	2	3	3	1	2
78.	2	1	1	3	1	3
79.	2	3	2	2	2	4
80.	2	2	3	4	3	4
81.	2	2	2	3	3	3
82.	1	2	1	2	3	4
83.	1	3	2	3	2	4
84.	1	2	4	4	3	2
85.	1	2	1	3	1	3
86.	2	1	3	3	2	4
87.	2	1	4	4	3	4
88.	2	3	3	3	2	4
89.	2	2	4	4	3	4
90.	2	2	1	3	2	4
91.	2	2	3	4	3	4
92.	2	1	4	2	3	4

Nº	PRACTICA DEPORTE	TIPO DE DEPORTE	CONOCE SPP	DONDE SE ENTERO
1.	2	3	1	1
2.	2	3	1	2
3.	2	1	2	4
4.	2	1	2	4
5.	2	2	1	2
6.	2	2	2	4
7.	2	1	2	4
8.	1	3	2	4
9.	2	3	2	4
10.	1	3	1	2
11.	2	2	2	4
12.	1	1	1	2
13.	2	3	1	1
14.	2	3	2	4
15.	2	1	2	4
16.	2	1	1	1
17.	2	2	2	4

18.	2	2	1	1
19.	2	1	2	4
20.	1	3	2	4
21.	2	3	2	4
22.	1	3	2	4
23.	2	2	2	4
24.	1	1	1	2
25.	2	3	2	4
26.	1	3	1	2
27.	2	2	2	4
28.	1	1	1	2
29.	2	3	1	1
30.	2	3	2	4
31.	2	1	2	4
32.	2	1	1	1
33.	2	2	1	2
34.	2	2	2	4
35.	2	1	2	4
36.	1	3	1	2
37.	2	3	2	4
38.	1	3	1	2
39.	2	2	1	2
40.	1	1	2	4
41.	2	1	2	4
42.	2	2	1	2
43.	2	2	2	4
44.	2	1	1	2
45.	1	3	2	4
46.	2	3	2	4
47.	2	1	1	2
48.	1	3	1	2
49.	2	3	2	4
50.	2	1	1	2
51.	2	2	2	4
52.	2	2	1	2
53.	2	1	1	1
54.	1	3	2	4
55.	2	3	2	4
56.	2	2	1	2
57.	2	1	1	1
58.	1	3	2	4
59.	2	3	2	4
60.	2	2	2	4

61.	2	1	2	4
62.	2	2	1	1
63.	2	1	2	4
64.	1	3	2	4
65.	2	3	1	2
66.	2	2	2	4
67.	2	1	2	4
68.	1	3	2	4
69.	2	3	1	2
70.	2	2	2	4
71.	2	1	2	4
72.	2	2	1	1
73.	2	1	2	4
74.	1	3	2	4
75.	2	3	2	4
76.	2	2	2	4
77.	2	1	2	4
78.	1	3	2	4
79.	2	3	2	4
80.	2	2	2	4
81.	1	3	2	4
82.	2	3	2	4
83.	2	2	2	4
84.	2	1	1	1
85.	1	3	1	2
86.	2	3	2	4
87.	2	2	1	2
88.	2	3	2	4
89.	2	2	2	4
90.	2	3	2	4
91.	2	2	1	2
92.	2	2	2	4

ANEXO 7.2: CALIDAD DE VIDA sf-36					
Nº	SALUD GENERAL 1 **En general, ¿diría usted que su salud es?**	SALUD GENERAL 2 **Parece que me enfermo un poco más fácilmente que otras personas**	SALUD GENERAL 3 **Estoy tan saludable como cualquier otra persona que conozco**	SALUD GENERAL 4 **Espero que mi salud empeore**	SALUD GENERAL 5 **Mi salud es excelente**
1.	5	1	5	1	5
2.	5	1	5	1	5
3.	5	1	5	1	5
4.	4	1	5	1	5
5.	4	1	5	1	5
6.	5	2	5	2	5
7.	5	1	5	1	5
8.	5	1	5	1	5
9.	4	2	5	1	4
10.	3	1	5	1	5
11.	3	2	2	3	3
12.	1	2	1	3	2
13.	2	5	1	5	2
14.	4	3	2	3	2
15.	1	2	1	3	1
16.	2	5	1	5	1
17.	5	3	1	3	2
18.	1	4	2	3	2
19.	2	3	1	5	1
20.	2	2	4	3	3
21.	5	1	5	1	5
22.	4	2	3	2	4
23.	4	3	2	3	2
24.	5	1	3	1	4
25.	4	1	5	1	5
26.	5	3	2	3	4
27.	5	2	2	2	2
28.	4	1	4	3	3
29.	5	1	4	3	4
30.	5	1	5	1	5
31.	3	1	5	1	5
32.	5	2	5	1	5
33.	5	1	5	1	5
34.	4	1	5	1	5
35.	4	1	4	1	4

36.	5	1	5	1	5
37.	5	1	5	1	5
38.	4	1	3	2	4
39.	5	1	5	1	5
40.	4	1	5	1	5
41.	3	1	4	1	4
42.	1	2	5	1	4
43.	3	2	5	2	5
44.	4	3	4	3	3
45.	5	4	2	5	2
46.	2	2	3	3	3
47.	3	3	5	2	3
48.	5	3	3	3	4
49.	3	4	3	2	3
50.	4	2	3	4	3
51.	5	3	3	3	4
52.	5	1	5	1	3
53.	5	3	4	3	4
54.	5	1	4	1	4
55.	5	1	5	1	5
56.	5	3	5	1	5
57.	4	2	5	2	3
58.	4	1	4	1	5
59.	5	1	5	1	5
60.	5	1	5	1	5
61.	5	1	5	1	5
62.	5	3	5	1	5
63.	4	1	4	1	4
64.	5	1	5	2	4
65.	4	1	3	1	3
66.	5	1	5	1	5
67.	5	1	4	1	5
68.	5	1	4	2	5
69.	3	1	5	1	5
70.	5	1	5	1	5
71.	4	2	5	1	5
72.	4	2	3	2	5
73.	3	3	5	2	5
74.	3	2	4	2	3
75.	3	4	2	4	2
76.	2	3	3	2	3
77.	1	2	4	2	5
78.	1	4	2	4	2

79.	3	3	4	2	4
80.	3	2	4	2	4
81.	5	2	3	2	5
82.	3	2	5	4	3
83.	2	4	2	4	2
84.	3	4	2	4	1
85.	2	1	4	2	5
86.	1	4	1	4	2
87.	2	3	1	5	1
88.	2	5	2	4	2
89.	2	4	1	5	2
90.	5	2	4	3	3
91.	5	5	1	4	2
92.	5	1	5	2	4

Nº	FUNCIÓN FÍSICA 01 **Actividades vigorosas, como levantar objetos pesados**	FUNCIÓN FÍSICA 02 **Actividades moderadas, como mover una mesa**	FUNCIÓN FÍSICA 03 **Levantar o transportar bolsas de compras**	FUNCIÓN FÍSICA 04 **Subir más de un piso por las escaleras**	FUNCIÓN FÍSICA 05 **Subir un piso por las escaleras**
1.	1	1	1	1	1
2.	1	1	1	1	1
3.	1	2	2	2	1
4.	1	1	1	1	1
5.	1	1	2	2	2
6.	1	1	1	1	1
7.	1	1	1	1	1
8.	1	1	2	2	1
9.	1	1	1	1	1
10.	1	1	1	1	1
11.	1	1	1	2	1
12.	2	2	2	1	1
13.	2	2	1	1	2
14.	2	2	2	1	1
15.	2	1	1	2	2
16.	1	1	2	1	1
17.	2	3	2	1	1
18.	2	2	1	1	2
19.	2	2	2	1	1
20.	2	2	2	1	2
21.	1	3	3	2	2
22.	1	1	2	1	1
23.	2	2	1	1	1

24.	2	3	2	1	3
25.	2	2	3	1	1
26.	2	2	2	1	2
27.	1	1	1	1	2
28.	2	2	2	1	1
29.	2	2	2	1	2
30.	1	1	1	1	2
31.	1	1	1	1	1
32.	1	1	2	1	1
33.	1	1	1	1	1
34.	2	1	3	2	1
35.	1	1	1	1	1
36.	1	2	2	1	1
37.	1	1	1	1	1
38.	2	1	3	2	1
39.	1	2	1	1	1
40.	1	1	1	1	1
41.	2	3	2	1	3
42.	2	2	3	1	1
43.	2	2	2	1	2
44.	1	1	1	1	2
45.	1	2	1	2	2
46.	1	1	1	2	1
47.	2	2	2	1	1
48.	2	2	1	1	2
49.	2	2	2	1	1
50.	2	1	1	2	2
51.	1	2	1	1	2
52.	2	2	1	1	2
53.	2	2	3	1	1
54.	2	1	1	2	2
55.	1	1	2	1	1
56.	3	3	3	1	1
57.	1	2	1	2	2
58.	1	1	1	2	1
59.	2	2	2	1	1
60.	2	1	2	1	1
61.	1	1	1	1	1
62.	1	1	2	1	2
63.	1	2	1	1	1
64.	1	2	1	1	1
65.	1	1	1	2	1
66.	1	2	2	1	2

67.	1	1	2	1	2
68.	1	1	1	1	1
69.	2	2	3	1	1
70.	2	2	2	2	3
71.	1	2	3	1	2
72.	1	1	1	1	1
73.	1	1	2	1	1
74.	3	3	2	1	1
75.	2	2	1	1	2
76.	2	2	3	1	1
77.	2	1	1	2	2
78.	1	1	2	1	1
79.	2	2	3	1	1
80.	2	2	2	1	2
81.	1	1	1	1	2
82.	1	2	1	2	2
83.	1	1	1	1	2
84.	2	3	2	1	3
85.	2	3	3	3	3
86.	2	2	2	1	1
87.	2	2	3	3	3
88.	1	1	1	2	1
89.	2	2	2	1	1
90.	2	3	3	3	3
91.	3	3	3	3	3
92.	3	3	3	3	3

Nº	FUNCIÓN FÍSICA 06 **Levantarse de la cama**	FUNCIÓN FÍSICA 07 **Caminar más de 10 cuadras**	FUNCIÓN FÍSICA 08 **Caminar menos de 10 cuadras**	FUNCIÓN FÍSICA 09 **Caminar una cuadra**	FUNCIÓN FÍSICA 10 **Bañarse o vestirse**
1.	1	1	1	1	1
2.	1	3	1	2	1
3.	1	2	2	1	1
4.	1	1	1	1	1
5.	1	1	1	1	1
6.	1	1	1	1	1
7.	1	3	1	1	1
8.	2	2	1	1	1
9.	1	1	1	1	1
10.	1	1	1	1	1
11.	1	1	2	1	3
12.	1	1	1	1	3
13.	2	1	1	1	1

14.	1	1	1	1	2
15.	1	1	1	1	2
16.	1	2	2	2	2
17.	1	3	3	3	3
18.	2	1	1	1	2
19.	2	2	2	3	2
20.	1	1	1	2	2
21.	1	2	2	2	3
22.	1	1	1	1	1
23.	1	1	1	1	1
24.	2	1	2	2	2
25.	2	2	2	3	2
26.	1	1	1	2	2
27.	2	1	2	2	2
28.	2	2	2	3	2
29.	1	1	1	2	2
30.	2	1	2	2	2
31.	1	1	1	1	1
32.	1	3	1	1	1
33.	1	3	2	1	1
34.	1	1	1	1	1
35.	1	1	1	1	1
36.	1	3	1	1	1
37.	1	3	2	1	1
38.	1	1	1	1	1
39.	1	1	3	1	1
40.	1	1	1	1	1
41.	2	1	2	2	2
42.	2	2	2	3	2
43.	1	1	1	2	3
44.	2	1	2	2	3
45.	1	1	1	2	2
46.	1	1	2	1	1
47.	1	1	1	1	3
48.	2	1	1	1	1
49.	1	1	1	1	1
50.	1	1	1	1	1
51.	1	2	1	1	3
52.	2	1	1	1	1
53.	1	1	1	1	1
54.	1	1	1	1	1
55.	1	2	2	2	2
56.	1	3	3	3	3

57.	1	1	1	2	2
58.	1	1	2	1	3
59.	1	1	1	1	3
60.	1	1	1	1	1
61.	1	1	2	1	1
62.	1	1	1	1	1
63.	1	2	1	2	1
64.	1	1	1	1	1
65.	2	1	2	2	1
66.	1	1	1	1	1
67.	1	1	1	1	1
68.	1	2	1	2	1
69.	3	1	1	2	3
70.	2	2	3	3	3
71.	1	1	1	1	3
72.	1	1	1	1	1
73.	1	2	2	2	2
74.	1	3	3	3	3
75.	2	1	1	1	1
76.	1	1	1	1	1
77.	1	1	1	1	1
78.	1	2	2	2	2
79.	2	2	2	3	2
80.	1	1	1	2	2
81.	2	1	2	2	3
82.	1	1	1	2	2
83.	2	1	2	2	2
84.	2	1	2	2	2
85.	3	2	3	2	3
86.	1	1	1	1	1
87.	3	3	3	3	3
88.	1	1	2	1	1
89.	1	1	1	1	1
90.	3	2	3	2	3
91.	3	2	3	2	3
92.	3	2	3	2	3

Nº	SALUD MENTAL 1 **¿Has sido una persona muy nerviosa?**	SALUD MENTAL 2 **¿Te has sentido tan deprimido que nada podía animarte?**	SALUD MENTAL 3 **¿Te has sentido tranquilo y en paz?**	SALUD MENTAL 4 **¿Te has sentido desanimado y triste?**	SALUD MENTAL 5 **¿Has sido una persona feliz?**
1.	1	2	6	2	6

2.	2	1	5	2	6
3.	2	1	6	1	5
4.	1	2	6	2	6
5.	1	1	6	2	6
6.	1	2	6	1	6
7.	1	1	6	1	6
8.	1	1	5	1	6
9.	1	1	6	1	6
10.	3	2	5	2	6
11.	4	4	2	4	3
12.	4	2	3	2	3
13.	1	1	5	2	5
14.	1	1	6	1	6
15.	2	1	5	2	5
16.	5	2	3	6	1
17.	6	6	1	6	1
18.	2	2	5	2	5
19.	5	6	2	6	1
20.	1	1	6	1	6
21.	2	3	5	3	6
22.	2	3	5	3	3
23.	1	1	6	1	6
24.	4	3	3	3	5
25.	2	1	5	3	6
26.	3	1	5	4	3
27.	3	4	4	1	6
28.	4	3	3	3	5
29.	4	3	3	5	2
30.	5	5	2	2	6
31.	2	1	5	3	4
32.	3	1	5	3	6
33.	2	1	4	3	5
34.	1	1	5	1	5
35.	1	1	6	1	6
36.	3	2	5	2	4
37.	2	2	5	3	4
38.	3	3	4	3	4
39.	3	2	4	1	4
40.	4	3	3	3	3
41.	3	4	4	4	3
42.	3	3	4	3	4
43.	4	4	3	4	3
44.	3	4	4	4	4

45.	2	1	5	2	4
46.	5	5	2	5	2
47.	2	1	5	2	5
48.	5	5	2	2	2
49.	3	4	4	3	3
50.	3	2	4	3	4
51.	1	1	6	1	6
52.	1	1	6	1	6
53.	1	1	6	1	6
54.	1	1	6	1	6
55.	1	1	6	1	6
56.	1	1	6	1	6
57.	1	1	6	1	6
58.	3	3	4	2	4
59.	3	2	4	1	4
60.	4	3	3	2	6
61.	2	3	4	3	3
62.	2	3	4	3	3
63.	1	1	6	1	6
64.	2	2	6	1	6
65.	1	1	6	1	6
66.	1	1	6	1	6
67.	1	1	6	1	6
68.	3	2	5	1	6
69.	1	1	6	1	6
70.	1	1	6	1	6
71.	1	1	6	1	6
72.	1	1	6	1	6
73.	4	4	3	4	3
74.	3	4	4	3	4
75.	4	3	4	5	2
76.	5	5	2	4	2
77.	4	5	3	5	2
78.	5	5	2	2	2
79.	4	4	2	2	6
80.	2	2	6	2	5
81.	4	2	3	4	2
82.	2	2	5	2	5
83.	6	5	1	4	2
84.	5	5	1	6	2
85.	2	2	6	2	5
86.	1	1	6	1	6
87.	5	6	2	6	1

88.	2	2	5	2	5
89.	1	1	6	1	6
90.	6	5	1	5	1
91.	6	6	1	5	1
92.	6	6	1	5	1

Nº	ROL EMOCIONAL 1 **Reduce la cantidad de tiempo que dedicas al trabajo o a otras actividades.**	ROL EMOCIONAL 2 **Logró menos de lo que le gustaría**	ROL EMOCIONAL 3 **No realizó el trabajo ni otras actividades con el cuidado habitual.**	DOLOR CORPORAL 1 **¿Cuánto dolor corporal ha tenido durante las últimas 4 semanas?**	DOLOR CORPORAL 2 **Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto interfirió el dolor en su trabajo normal (incluyendo el trabajo fuera del hogar y las tareas domésticas)?**
1.	1	1	1	6	6
2.	1	1	1	6	6
3.	1	2	1	6	6
4.	1	2	1	6	6
5.	2	1	1	6	6
6.	1	1	2	6	6
7.	1	1	2	6	6
8.	1	2	1	6	6
9.	2	1	2	5	6
10.	1	1	1	6	6
11.	1	2	2	5	5
12.	2	2	2	2	3
13.	2	2	1	3	5
14.	1	1	2	5	5
15.	1	2	1	3	5
16.	1	2	2	6	2
17.	2	2	2	5	1
18.	2	2	1	6	4
19.	2	2	2	3	3
20.	2	1	2	5	4
21.	1	2	1	4	5
22.	2	1	1	5	5
23.	1	1	1	4	4
24.	1	1	1	6	6
25.	1	1	1	6	6
26.	1	1	1	4	4
27.	1	1	1	6	4
28.	1	1	1	4	4

29.	1	1	1	4	3
30.	1	1	1	6	6
31.	1	1	2	6	6
32.	1	2	1	6	6
33.	2	1	1	6	5
34.	1	1	1	6	6
35.	2	1	1	6	6
36.	2	1	1	5	5
37.	1	2	1	6	6
38.	1	2	1	6	6
39.	1	1	1	6	6
40.	1	1	1	6	6
41.	2	2	2	5	4
42.	2	2	2	4	4
43.	2	2	2	5	5
44.	2	2	2	5	5
45.	2	2	2	5	5
46.	2	2	2	4	4
47.	2	2	2	3	3
48.	2	2	2	4	5
49.	2	2	2	4	5
50.	2	2	2	4	5
51.	1	2	1	6	6
52.	1	1	1	6	6
53.	1	1	2	4	5
54.	1	1	2	5	5
55.	1	1	1	6	6
56.	1	1	1	4	4
57.	2	1	1	4	3
58.	1	1	1	6	6
59.	1	1	1	6	6
60.	1	1	1	6	6
61.	1	1	2	6	6
62.	1	2	1	6	6
63.	2	1	1	6	5
64.	1	1	1	6	6
65.	1	1	1	6	5
66.	1	1	1	6	6
67.	1	1	1	6	5
68.	1	1	1	6	6
69.	1	2	1	6	6
70.	2	1	1	6	6
71.	1	2	1	6	5

72.	1	1	1	6	6
73.	2	2	2	5	5
74.	2	1	1	5	5
75.	2	2	2	3	2
76.	2	1	2	4	5
77.	1	2	2	4	3
78.	2	1	2	5	4
79.	2	2	2	4	3
80.	2	2	2	5	4
81.	2	1	1	4	5
82.	2	2	2	5	4
83.	2	2	2	2	3
84.	1	1	1	4	2
85.	2	2	2	5	4
86.	2	2	2	4	3
87.	2	2	2	5	4
88.	2	2	2	4	3
89.	2	2	2	3	3
90.	2	2	2	5	5
91.	2	2	2	2	1
92.	2	2	2	5	5

Nº	ROL FÍSICO 1 **Reduce la cantidad de tiempo que dedicas al trabajo o a otras actividades.**	ROL FÍSICO 2 **Logró menos de lo que le gustaría**	ROL FÍSICO 3 **Estaban limitados en el tipo de trabajo u otras actividades.**	ROL FÍSICO 4 **Tuvo dificultades para realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le exigió un esfuerzo extra)**
1.	1	1	1	1
2.	1	1	1	1
3.	1	1	1	1
4.	1	1	1	1
5.	2	1	2	1
6.	1	1	1	1
7.	1	1	1	1
8.	1	1	1	1
9.	1	2	1	1
10.	1	1	1	1
11.	1	1	2	2
12.	2	2	1	1
13.	2	2	2	2
14.	2	1	2	2
15.	2	1	2	1
16.	2	2	2	2
17.	2	1	2	2

18.	2	2	2	2
19.	2	2	2	2
20.	2	2	2	2
21.	1	2	1	1
22.	1	1	1	1
23.	1	1	1	1
24.	1	1	1	1
25.	1	1	1	1
26.	1	1	1	1
27.	1	1	1	1
28.	1	1	1	1
29.	1	1	1	1
30.	1	1	1	1
31.	1	1	1	1
32.	1	1	1	1
33.	1	1	1	1
34.	1	1	1	1
35.	1	1	1	1
36.	1	2	1	2
37.	2	1	1	1
38.	1	1	1	1
39.	1	1	1	1
40.	1	2	1	1
41.	2	2	1	2
42.	2	2	2	2
43.	2	2	2	2
44.	2	2	2	2
45.	1	2	2	2
46.	2	2	2	2
47.	2	2	2	2
48.	2	2	1	2
49.	2	2	2	1
50.	2	2	2	2
51.	1	1	1	1
52.	1	1	1	1
53.	1	1	1	1
54.	1	1	1	1
55.	1	1	1	1
56.	2	1	2	1
57.	1	1	1	1
58.	1	1	1	1
59.	1	1	1	1
60.	1	1	1	1

61.	1	1	1	1
62.	1	1	1	1
63.	2	1	2	2
64.	1	1	1	1
65.	1	1	1	1
66.	1	1	1	1
67.	1	1	1	1
68.	1	1	1	1
69.	1	1	1	1
70.	1	1	1	1
71.	1	1	2	1
72.	1	1	1	1
73.	2	2	1	1
74.	2	2	2	2
75.	2	2	2	2
76.	2	2	2	2
77.	2	2	2	1
78.	2	2	2	2
79.	1	2	2	2
80.	2	2	1	2
81.	2	2	2	2
82.	2	1	2	2
83.	2	2	1	2
84.	2	1	2	2
85.	2	1	2	2
86.	2	2	1	2
87.	2	2	2	1
88.	1	2	2	2
89.	2	2	2	2
90.	2	2	2	2
91.	2	2	2	2
92.	2	2	2	2

Nº	VITALIDAD 1 **¿Te sentiste lleno de energía?**	VITALIDAD 2 **¿Tenías mucha energía?**	VITALIDAD 3 **¿Te sentiste agotado?**	VITALIDAD 4 **¿Te sentiste cansado?**
1.	6	6	1	2
2.	6	6	1	1
3.	6	6	2	1
4.	6	6	1	1
5.	6	6	1	1
6.	6	6	1	1
7.	6	6	1	1

8.	6	6	1	1
9.	6	5	1	1
10.	6	6	1	1
11.	5	3	2	3
12.	5	4	5	5
13.	4	2	4	5
14.	1	1	5	5
15.	5	1	5	6
16.	1	3	6	5
17.	2	3	6	6
18.	1	1	6	6
19.	2	1	5	4
20.	1	2	6	6
21.	5	6	3	2
22.	6	5	2	3
23.	6	5	4	3
24.	4	4	3	1
25.	6	6	2	2
26.	4	4	3	2
27.	6	6	1	1
28.	5	4	3	2
29.	4	4	4	3
30.	4	3	3	2
31.	5	6	2	1
32.	5	6	1	1
33.	6	5	1	1
34.	6	6	1	1
35.	5	6	1	1
36.	6	6	1	1
37.	6	6	2	2
38.	5	5	1	1
39.	6	6	1	1
40.	4	5	2	1
41.	5	5	3	4
42.	5	3	2	3
43.	5	4	3	3
44.	4	5	3	3
45.	4	4	5	4
46.	3	2	4	4
47.	4	3	4	5
48.	3	4	2	3
49.	3	3	2	4
50.	3	5	4	3

51.	6	6	1	1
52.	6	6	1	1
53.	6	6	1	1
54.	6	6	1	1
55.	6	6	1	1
56.	6	6	1	1
57.	6	6	1	2
58.	6	6	1	1
59.	6	6	1	1
60.	4	6	1	1
61.	6	5	1	2
62.	5	6	2	2
63.	6	4	1	1
64.	6	6	1	1
65.	6	6	1	1
66.	6	6	1	1
67.	6	5	2	1
68.	6	6	1	1
69.	6	6	1	1
70.	6	6	1	1
71.	6	6	1	1
72.	6	6	1	1
73.	6	5	3	2
74.	4	3	1	2
75.	2	2	4	3
76.	3	2	2	4
77.	2	2	5	3
78.	3	6	1	4
79.	2	6	1	2
80.	4	6	4	2
81.	2	2	3	4
82.	4	4	5	1
83.	3	4	3	4
84.	3	2	4	4
85.	3	2	5	5
86.	2	6	2	3
87.	5	3	3	4
88.	5	3	5	3
89.	4	5	1	5
90.	3	3	4	5
91.	2	2	4	4
92.	3	2	5	5

Nº	FUNCIÓN SOCIAL 1 **Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han interferido en sus actividades sociales normales con familiares, amigos, vecinos o grupos?**	FUNCIÓN SOCIAL 2 **Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han interferido con sus actividades sociales (como visitar a amigos, familiares, etc.)?**	TRANSICIÓN DE SALUD **En comparación con hace un año, ¿cómo calificaría ahora su salud en general?**
1.	5	1	5
2.	5	1	5
3.	5	1	4
4.	5	3	5
5.	2	1	4
6.	5	1	3
7.	5	1	5
8.	5	1	3
9.	4	1	4
10.	5	1	5
11.	4	3	5
12.	4	2	2
13.	4	2	5
14.	3	4	2
15.	4	2	1
16.	1	2	2
17.	4	2	5
18.	2	5	2
19.	4	2	5
20.	2	2	2
21.	3	1	5
22.	4	2	4
23.	4	3	3
24.	5	1	5
25.	5	1	5
26.	5	1	5
27.	5	2	5
28.	5	1	4
29.	5	3	3
30.	5	2	5
31.	5	1	4
32.	5	1	3
33.	4	1	5
34.	5	1	5
35.	5	1	4
36.	4	1	5

37.	5	3	5
38.	3	1	4
39.	5	1	4
40.	4	1	5
41.	4	2	4
42.	1	5	3
43.	2	1	4
44.	4	3	3
45.	2	3	2
46.	4	3	5
47.	3	5	4
48.	4	3	3
49.	2	3	2
50.	1	3	2
51.	5	2	5
52.	5	1	5
53.	5	1	5
54.	4	1	5
55.	5	2	5
56.	3	1	5
57.	5	1	5
58.	4	1	3
59.	5	1	5
60.	5	1	5
61.	5	1	5
62.	5	2	5
63.	5	1	5
64.	5	1	3
65.	5	1	4
66.	5	2	3
67.	5	1	5
68.	5	2	5
69.	5	1	4
70.	5	1	5
71.	5	1	4
72.	5	1	3
73.	3	4	4
74.	3	4	3
75.	2	5	4
76.	3	4	5
77.	3	3	2
78.	2	4	2
79.	2	5	4

80.	3	2	4
81.	3	4	2
82.	1	4	3
83.	1	4	1
84.	2	2	2
85.	1	2	2
86.	4	1	5
87.	4	4	2
88.	4	1	1
89.	4	5	5
90.	2	2	2
91.	1	2	3
92.	3	2	3