



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA  
MÉDICA  
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN FISIOTERAPIA  
CARDIORRESPIRATORIA**

**“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA  
EN PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS MAYORES DEL  
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL  
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATORIA**

Presentado por:

**Autores:** Lic. PÉREZ SAMANAMUD, RITA ANA

Lic. SACA HERRERA, NATALI

**LIMA – PERÚ**

**2018**



## **DEDICATORIA**

A Dios y a nuestros padres por  
Brindarnos su apoyo en todo  
Momento.

## **AGRADECIMIENTO**

Nuestra gratitud a Dios, quien con su bendición llena  
Siempre nuestras vidas y a toda nuestra familia  
Por estar siempre presentes.

**ASESOR DE TESIS**

**Asesor temático:** Lic. Cesar Ramos Gonzaga

## **JURADOS EVALUADORES**

**Presidente:** Dra. Claudia Milagros, Arispe Alburqueque

**Secretario:** Dr. Javier Francisco, Casimiro Urcos

**Vocal** : Mg. Yolanda, Reyes Jaramillo

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b> .....	11
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Justificación. ....	15
1.4. Objetivo.....	16
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	18
2.1. Antecedentes.....	18
2.2. Base teórica.....	22
2.3. Terminología básica. ....	34
2.4. Hipótesis. ....	35
2.5. Variables.....	35
<b>CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	41
3.1. Tipo y nivel de Investigación.....	41
3.2. Población y muestra. ....	41
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos. ....	42
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico. ....	45
3.5. Aspectos éticos.....	45
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	46
4.1. Resultados.....	46
4.2. Discusión.....	52
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	54
5.1 Conclusiones.....	54
5.2 Recomendaciones.....	55
<b>REFERENCIAS</b> .....	56
<b>ANEXOS</b> .....	63

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Criterio de diagnóstico de DM .....	23
<b>Gráfico 2.</b> Cuadro de IMC .....	24
<b>Gráfico 3.</b> Clasificación del sobrepeso y obesidad .....	24
<b>Gráfico 4.</b> Circunferencia cintura.....	25
<b>Gráfico 5.</b> Factores fundamentales de la calidad de vida.....	28
<b>Gráfico 6.</b> Definiciones y clasificación de las cifras de presión arterial en consulta (mmHg) .....	32

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Población de estudio .....	40
<b>Tabla 2.</b> Los factores de riesgo relacionados a la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho. ....	46
<b>Tabla 3.</b> La diabetes mellitus como factor de riesgo en la calidad de vida de pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho. ....	48
<b>Tabla 4.</b> La obesidad como factor de riesgo en la calidad de vida de pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho.....	49
<b>Tabla 5.</b> El sedentarismo como factor de riesgo en la calidad de vida de pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho.....	50
<b>Tabla 6.</b> El tabaquismo como factor de riesgo en la calidad de vida de pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho. ....	51



## RESUMEN

El objetivo fue identificar los factores de riesgo relacionados a la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018. Es un Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Se utilizó una ficha de recolección de datos, elaborados por los autores, historia clínica del paciente complementado con el cuestionario SF-36, con un total de 100 pacientes. Los resultados fueron: Que los factores de riesgo si se relacionan con la calidad de vida en los pacientes hipertensos adultos mayores, los factores que más se relacionan son: obesidad con las dimensiones vitalidad y rol emocional, sedentarismo con la dimensión función física, el tabaquismo con la dimensión función física, rol físico, dolor corporal, rol social y salud mental. Con un nivel de confianza de 95% y la diabetes no se relaciona con las dimensiones de calidad de vida. En conclusión: los factores de riesgo si se relacionan con la calidad de vida en los pacientes hipertensos adultos mayores.

**Palabras claves:** Factores de riesgo en salud y calidad de vida

## **SUMMARY**

The objective was to identify the risk factors related to the quality of life in hypertensive elderly patients in the physical medicine and rehabilitation department of the San Juan de Lurigancho Hospital, 2018. Observational, descriptive and cross-sectional study. We used a data collection sheet, prepared by the authors, patient history complemented with the SF-36 questionnaire, with a total of 100 patients. The results were: it can be seen that the risk factors if they are related to the quality of life in the elderly adult hypertensive patients, the factors that are most related are: obesity with the vitality and emotional role dimensions, sedentary lifestyle with the physical function dimension, smoking with the dimension physical function, physical role, body pain, social role and mental health. With a confidence level of 95% and diabetes is not related to the dimensions of quality of life. In conclusion: the risk factors do relate to the quality of life in elderly hypertensive patients

**KEY WORDS:** Risk factors in health and quality of life

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema.

En la actualidad la hipertensión arterial es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial por lo que es considerado uno de los factores de riesgo de morbimortalidad cardiovascular, llegando al primer lugar en la clasificación como carga de enfermedad y muerte por cualquier causa en estos últimos 25 años. (1) Se estima que en el 2000 la prevalencia de la HTA en la población mundial era de 25% y la expectativa para el año de 2025 es de 29%(2).

Estudios acerca de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en las diferentes ciudades de España se han evidenciado un aumento de prevalencia de HTA, obesidad, tabaquismo y diabetes mellitus, con variabilidad relativamente baja entre comunidades autónomas para la población entre 35 y 74 años. En España consideran que el 33,3% de la población española es hipertensa. En 2013 las patologías cardiovasculares fueron la primera causa de defunción en mujeres (34,4%) y la segunda en hombres (28,0%) (3).

Algunos autores han informado una prevalencia del 44 % en Europa y un 28 % en Norteamérica aunque con modificaciones importantes como en, Inglaterra Estados Unidos Y España donde la prevalencia ha sido mayor al 60%.9. Adicional a lo anterior, en un análisis en personas mayores de 59 años de zona urbana de China, comparando 2001 y 2010, se informó prevalencias de 60,1% y 65,2% respectivamente, demostrando un incremento importante en su magnitud (4).

En Latinoamérica donde las patologías infecciosas están siendo controladas pero las enfermedades crónicas no transmisibles están generando mayor mortalidad, la prevalencia ajustada para la edad de la HTA en la población adulta varía entre 23% y 35% (3). En el Perú teniendo en cuenta el informe analítico del instituto nacional de estadística e informática INEI en el año 2014 se evidenció 14,8% de la prevalencia de la HTA en poblaciones de 15 años a más edad siendo los hombres más afectados con

18,5 % que en las mujeres con 11,6%. La prevalencia de la HTA es mayor en lima metropolitana de 10,2 % seguido de la costa en lima no metropolitana con un 15,5% y con menor registro en la selva de un 11,7% y en la sierra de un 12,0% (3).

La Hipertensión Arterial (HTA) en Adultos mayores es una causa importante de morbilidad en la población del distrito de San Juan de Lurigancho, según reportes estadísticos del año 2016 ocupa el primer lugar, como causa de morbilidad en consulta externa en la población de 60 años a más, con 1,492 casos a predominio del sexo femenino con 900 casos y en el sexo masculino 592 evidenciándose un incremento del 9%(124) en relación al año anterior. En el área de emergencia tenemos en cuarto lugar, como causa de morbilidad la hipertensión esencial (primaria) con 293 casos que representa 5% del total de los casos, se evidencia un incremento del 32%(71) en relación al año 2015. También es la cuarta causa de morbilidad de hospitalización del servicio de UCI a la hipertensión arterial con 5 casos que representa 6% del total de casos, en relación al año 2015 ha descendido en 38% (5).

Valorando el origen de la HTA primario como causa desconocida y secundario a otros trastornos que condicionan el aumento de la presión arterial (PA) , la identificación los grandes factores de riesgo ha conllevado al estudio de numerosas variables, que pueden incidir en la aparición y control de cifras de PA aumentadas que tengan implicaciones clínicas, entre las que figuran: edad, raza, antecedente familiar, menopausia, tabaquismo, hábitos nutricionales, sedentarismo, obesidad, diabetes mellitus, entre otros . El tratamiento integral de la HTA debe constar medidas farmacológicas y no farmacológicas, ya que, en numerosas oportunidades nos enfrentamos con pacientes hipertensos que presentan comorbilidades que deben tratarse simultáneamente de igual manera, ya que implica afecciones en la calidad de vida el cual es causante de una futura discapacidad (3).

En los últimos años se ha hallado la importancia de medir la calidad de vida para poder evaluar el impacto que poseen las enfermedades crónicas sobre el bienestar de las personas, el interés en la calidad de vida se encuentra motivado ya que la persona no solo desea vivir, si no que desea vivir en las mejores condiciones de salud posible y así prolongar la esperanza de vida.

Por lo expuesto en párrafos anteriores es que se da la necesidad de realizar dicho trabajo de investigación titulado factores de riesgo relacionados a la calidad de vida en adultos

mayores hipertensos que asisten al servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital Juan de Lurigancho, 2018.

## **1.2. Formulación del problema.**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son los factores de riesgo que se relacionan con la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018?

### **1.3. Justificación.**

El presente trabajo de investigación busca brindar información sobre la calidad de vida de las personas que padecen de HTA, utilizando el cuestionario de SF36 que mide el estado de salud de la persona en sus ocho dimensiones que son función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

El trabajo de investigación maneja para su estudio instrumentos válidos y confiables de fácil aplicación y logrando el objetivo del estudio realizado

Desde el punto de vista metodológico, el desarrollo de la presente investigación permitió contar con una línea base de información referida a la problemática del conocimiento del estado de salud de los pacientes con HTA, que asisten al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, ya que es población vulnerable y frágil a los efectos negativos de esta enfermedad, lo que brinda resultados válidos que puedan sumarse como antecedente de estudio para futuros trabajos de investigación acerca de este tema a estudiar.

El estudio proporciona conocimiento teórico a ser utilizado en la enseñanza del control y Cuidado en el Adulto mayor.

## **1.4. Objetivo.**

### **1.4.1. Objetivo General.**

Determinar los factores de riesgo que se relacionan con la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.



## **1.5 Limitaciones del Estudio.**

Para el desarrollo de la investigación se tuvo las siguientes limitaciones:

Durante el recojo de los datos de información de la población de estudio se tuvo que excluir más de lo previsto a los que no tenían las características del estudio, por lo que se tuvo que ampliar el periodo de recojo de datos de la población de estudio.

En la ejecución del estudio nos enfrentamos con personas que son quechua hablantes en la mayoría de los casos del centro y sur del país, los investigadores tenían dificultades para la traducción por la que se requirió la ayuda de un especialista.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes.

**A nivel internacional se encontraron los siguientes antecedentes:**

**Trindade C, Afonso L, de Barros M, Marcon S (2) 2014.** En su investigación titulada “Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos”. Brasil. Tuvo como Objetivo: Identificar la prevalencia de la hipertensión arterial y su asociación con factores de riesgo cardiovasculares en adultos. Material y método: estudio transversal, descriptivo, de base poblacional, con 408 individuos adultos seleccionados. Los Principales resultados fueron: que el 23,03% de los sujetos manifestaron ser hipertensos, a mayor predominio en el sexo femenino. El Odds Ratio indico que el tabaquismo, circunferencia abdominal, índice de masa corporal, diabetes mellitus y dislipidemia presentaron asociación positiva con la hipertensión arterial. Concluyeron, que la elevada prevalencia de hipertensión auto-referida y su asociación con otros factores de riesgo cardiovasculares, indican la necesidad de ejecutar y establecer un protocolo de atención que tenga como perspectiva minimizar las complicaciones originadas por la hipertensión.

**Zubeldia L, Quiles J, Mañes J y Redón J. (4) 2016.** En su investigación Titulado “Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunitat valenciana”. España. Tuvo como objetivo. Estimar la prevalencia de hipertensión arterial en población mayor de quince años de la Comunitat Valenciana y describir su asociación con determinados factores etiológicos. En Material Y métodos: Fue de estudio transversal de base poblacional en 413 hombres y 415 mujeres de 16 a 90 años de edad. Los Principales resultados: La prevalencia de hipertensión estimada para la Comunidad Valenciana fue de 38,2%. 40,7% en hombres y 35,7% en mujeres. La edad 45-64 años en un 95%, en ≥65 años es de 95%, la categoría ponderal con sobrepeso 95%; obesidad 95% y padecer diabetes mellitus 95% se establecieron como variables asociadas con hipertensión. Concluyeron que hay más de un tercio de la población estudiada tiene hipertensión. La posibilidad de presentarla se incrementa con la edad. El sobre peso, así como la diabetes mellitus duplican la posibilidad de padecerla.

**OlszanecK M, Zygmuntowicz M, Owczarek A, Elibol A, Chudek J (6). 2013** En su investigación titulada “El impacto del sobrepeso y la obesidad en la calidad de vida

relacionada con la salud (CVRS) y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos”. Poland. Tuvo como objetivo: Evaluar el impacto del sobrepeso y la obesidad en el control de la CVRS y la presión arterial (PA) en los participantes hipertensos, Material y métodos: La CVRS se evaluó mediante la Encuesta de Salud de Forma Corta de 12 ítems. Principales resultados. La obesidad disminuyó todas las dimensiones de la CVRS, y el sobrepeso solo influyó en el funcionamiento físico, el papel físico, el dolor corporal, la vitalidad, la salud general y la Puntuación del Componente Físico (PCS), pero no la Puntuación del Componente Mental (MCS). Concluyeron que Los valores de IMC asociados con una CVRS óptima son más altos para los hombres que para las mujeres tratadas por hipertensión. La obesidad disminuye más fuertemente el componente físico y mental de la CVRS, independientemente del sexo. El sobrepeso empeora los componentes físicos de la CVRS en ambos sexos y solo los componentes mentales en las mujeres.

**Burbano D. (7) 2017.** En su investigación titulada “Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso”, Colombia. Tuvo como Objetivo: Describir el estilo de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta de control en las Unidades Primarias de Atención del Hospital de Engativá. Material y método: Fue un Estudio descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo. Incluyeron 151 personas con hipertensión arterial grado I. Se aplicaron los instrumentos FANTASTICO, para estilos de vida, y SF-36, para calidad de vida relacionada con la salud. Los Principales resultados: Se registraron buenas puntuaciones en ambos instrumentos. Concluyeron que los estilos de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, descrito por los participantes, facilita el control de la enfermedad y la prevención de futuras complicaciones. Se encontraron altos porcentajes de sobrepeso y obesidad, al igual que una dieta desbalanceada, por lo que se debe pretender la mejora de los buenos hábitos nutricionales.

**Hajian K, Tilaki B, Heidari A. (8) 2016.** En su investigación titulada “Influencias negativas solitarias y combinadas de la diabetes, la obesidad y la hipertensión en la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores”. Irán Tuvo como objetivo investigar el impacto de la obesidad, la hipertensión y la diabetes en la CVRS entre los ancianos. Material y métodos. El cuestionario validado de forma corta (SF-36) se utilizó para evaluar la CVRS. Resultados. La diabetes ejerció el efecto más negativo en la puntuación de la calidad de vida (coeficiente ajustado = -9.2, IC 95%: -11.7,-6.5 puntos), seguida de obesidad abdominal e hipertensión. Mientras que una combinación de tres condiciones se asoció con una mayor reducción significativa en las

puntuaciones de la calidad de vida en ambos sexos (coeficiente ajustado = -14.5, IC 95%: -19.0, -9.9 puntos). Conclusión La mayoría de los componentes de la calidad de vida se ven afectados por la diabetes, la obesidad y la hipertensión, especialmente en las mujeres. Estos hallazgos justifican un mayor apoyo profesional para compensar las influencias negativas de las condiciones crónicas en la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente para las mujeres diabéticas obesas mayores.

**Monterroso C, Navas L, Carmona C, López D, Santamaría R, Crespo R (9). 2015.** En su investigación titulada, “Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso” Colombia. Tuvo como objetivo: Analizar la CVRS (calidad de vida relacionada a la salud) y los factores asociados a ésta. Material y método: Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal, en 33 pacientes hipertensos. Principales resultados: Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre edad y la dimensión Función Física y Vitalidad; entre peso y Rol Físico y el Índice de Masa Corporal (IMC); entre ejercicio y Función Social; entre el IMC y Rol Físico y Componente Salud Física. Los pacientes con algún grado de dependencia tenían disminuida la CVRS en comparación con los independientes. Concluyeron que, al menos en la muestra estudiada, el descenso de la CVRS está relacionada con tener algún grado de dependencia y no con padecer HTA, siendo la Salud General, la Función Física y el Dolor Corporal las dimensiones que peor marcan respecto a la población general. El aumento de la edad y/o el IMC se relacionan con deficiente CVRS.

#### **A nivel nacional se encontraron los siguientes antecedentes:**

**Preciado Br; Orrego Keila (10) 2016.** En su investigación titulado “Calidad de Vida e Hipertensión Arterial sistólica y diastólica en adultos mayores del Centro poblado “Virgen del Carmen La –Era”, Lurigancho Chosica, 2016” Perú. El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar el Nivel de Calidad de Vida y la Hipertensión Arterial sistólica y diastólica en adultos mayores, del Centro Poblado “Virgen del Carmen - La Era”. Material y métodos: Este estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 29 adultos mayores, 15 (51,7%) mujeres y 14 (48,3%) hombres, con diagnóstico de hipertensión arterial. Principales Resultados: Los resultados encontrados señalan que, el 65,5 % de los adultos mayores tienen una calidad de vida “Regular” y solo el 34,5 % tienen una calidad de vida “Bueno”. Concluyeron en lo siguiente, el 65,5 % de los adultos mayores del centro Poblado “Virgen del Carmen - La Era” tienen una calidad de vida “Regular” y el 34,5 % (10) tienen una calidad de vida “Bueno”. Asimismo, el mayor porcentaje de adultos mayores presenta

una Hipertensión Sistólica leve (37,9 %) y una Hipertensión Diastólica moderada (51,7 %). Además, según el resultado de la prueba estadística Chi cuadrado se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de calidad de vida y la hipertensión arterial sistólica y diastólica.

**Mazocón, B. (11).** 2017 En su investigación titulada “Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas - Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud”. Tuvo como objetivo: Determinar la calidad de vida en los adultos mayores intervenidos y no intervenidos. Material y Métodos: Estudio transversal. Se aplicó el cuestionario SF-36. Los principales resultados: La mayor puntuación promedio la obtuvieron las dimensiones de calidad de vida de desempeño emocional (76,0), desempeño físico (64,3) y salud general (58,5); mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones salud mental (38,8), función social (46,5), función física (48,5), vitalidad (49,0) y dolor físico (49,6). también se observó que el puntaje promedio en los intervenidos fue de  $92,3 \pm 10,7$  en comparación con los no intervenidos que tuvieron como puntaje promedio  $93,0 \pm 10,5$ . Conclusiones: Concluyó que los adultos mayores que recibieron el beneficio mantienen la calidad de vida casi igual en relación a los no intervenidos en las áreas físico psíquico y social.

**Tarqui C, Alvarez D. Espinoza P. (12).** 2017. En su investigación titulada “Prevalencia y factores asociados a la baja actividad física de la población peruana”. Perú tuvo como Objetivos: Determinar la prevalencia y factores asociados a la baja actividad física de los peruanos. Material y métodos: Fue un estudio transversal. El muestreo fue probabilístico, estratificado y multietápico. Se visitó 5792 viviendas y se evaluó a 10653 peruanos entre 15 a 69 años. El nivel de actividad física se evaluó mediante IPAQ-OMS y se clasificó: alto, moderado y bajo. El estado nutricional se evaluó según coeficiente Z del IMC para la edad de los adolescentes, y el IMC en adultos. Principales resultados: El 75,8% realizaron baja actividad física, 21,3% moderada y 2,9% alta. Concluyeron que las tres cuartas partes de los peruanos tienen baja actividad física. La edad, el sexo femenino, tener pareja, el nivel educativo superior, la obesidad, residir en la zona urbana, Lima Metropolitana, costa y selva se asociaron a la baja actividad física.

**Apolinario P, Cano J. (13).** 2016 “Factores de Riesgo asociados a la Hipertensión Arterial en pacientes adultos”. Perú. Tuvo como objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en pacientes adultos. Materiales y métodos: Las investigaciones sistemáticas son un diseño de

investigación observacional y retrospectivo que sintetizan los resultados de múltiples investigaciones primarias. Conclusiones: Los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial son la obesidad, el hipercolesterolemia, la edad, el sobrepeso, las concentraciones bajas de HDL y el estilo de vida inadecuado. Las intervenciones para controlar la hipertensión arterial es conseguir la máxima reducción en el riesgo total a largo plazo de la morbilidad y mortalidad cardiovascular, este proceso se debe basar en la prevención primaria y la detección temprana de todos los factores de riesgos reversibles identificados y el manejo adecuado de las condiciones clínicas asociadas como el propio aumento de la tensión arterial.

## **2.2. Base teórica.**

### **2.2.1. Factores de riesgo**

Es el momento que está orientado de manera específica a la salud de categoría humana, los conceptos tendrán diferente connotación. Por ejemplo, Feinholz y Ávila asemejan el factor de riesgo al grupo de riesgo y le da el concepto de: "la condición de un género que expone un número considerable de casos de una definida patología en semejanza con distintos conjuntos de personas, determinado por la carencia o un reducido brote de tal peculiaridad". Ellos diferencian los factores de riesgo que tienen la posibilidad de ser prevenibles, de los registros de riesgo que será la "condición irremediable, ya generados, cuyo resultado se halla, por esta razón, fuera de control". (14)

#### **- Factores de riesgo en la salud**

En la disciplina de la salud el riesgo es interpretado como la posibilidad de presentar definidas patologías o sufrimiento que altera de modo directo en el decaimiento de la calidad de vida de los seres humanos. (14).

Se precisa como factor de riesgo a un predictor estadístico de la patología. Podemos definirlo como una eventualidad, de logro personal o ambiental que va relacionarse estadísticamente con la patología. Para atribuir consideraremos y. (15) su relación radica con la enfermedad, entre otros

### 2.2.1.1. Diabetes mellitus.

La terminología DM (Diabetes Mellitus) detalla una perturbación de la asimilación que tiene muchos factores, se ve caracterizado por el aumento del azúcar que se vuelve crónica con alteraciones en la asimilación de los carbohidratos, grasas y proteínas, originado por la deficiencia de la secreción y/o en la acción de la insulina o puede darse en los dos casos. (16)

La diabetes, a causa del trastorno de la asimilación permanente, ocasiona a largo plazo problemas crónicos como son: la nefropatía diabética, retinopatía diabética, insuficiencia renal crónica terminal; es considerada como segunda causa de ceguera en el mundo; neuropatía diabética que con el tiempo va provocar úlceras, articulación de Charcot y ser motivo de amputaciones en miembros inferiores. A esto también se añade un peligro considerable de enfermedad cardiovascular (ECV), fundamental causa de enfermedad y en casos extremos de muerte en las personas diabéticas. (16)

#### - Diagnóstico y clasificación de la DM

Las opiniones validas como medio de valoración y clasificación de la DM, han sido explicadas por un grupo de personas adiestradas de la Asociación Americana de Diabetes y por el Comité Asesor de la OMS (organización mundial de la salud) en junio de 1997, y revisadas en el 2003. La clasificación se apoya principalmente en el origen y condición fisiopatológicas. (16)

Se recomiendan tres formas. **Gráfico**

##### 1. Criterio de diagnóstico de DM

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de DM.

1	Glucemia en ayunas $\geq 126$ mg/dl (7,0 mmol/l). Ayunas se define como la no ingestión de alimentos en un periodo de por lo menos 8 horas (*).
Ó	
2	Síntomas de hiperglucemia y una glucemia casual $\geq 200$ mg/dl (11,1mmol/l). Glucemia casual se define en cualquier hora del día sin ayuno previo ni preparación especial. Los síntomas clásicos de hiperglucemia incluyen poliuria, polidipsia, y pérdida inexplicable de peso.
Ó	
3	Glucemia $\geq 200$ mg/dl (11,1mmol/l) dos horas después de una sobrecarga de glucosa durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGo).*

\* En ausencia de síntomas inequívocos de hiperglucemia estos criterios deben ser confirmados repitiendo el test un día diferente.

Fuente: American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2009. Diabetes Care. 2009;32(Suppl):s13-61.

### 2.2.1.2. Obesidad.

Es una enfermedad no transmisible crónica que se diferencia por almacenamiento de tejido adiposo en zonas específicas del cuerpo, lo cual hace que se incremente el peso originado por la fluctuación positiva de energía, como resultado de consumo de alimentos con alto contenido calórico por la excesiva ingesta de harinas y grasas. (17)

**Gráfico 2.** Cuadro de IMC

$$\text{INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla}^2 (\text{m}^2)}$$

Fuente: Sociedad Argentina de Nutrición SOBREPESO – OBESIDAD (18).

Debemos considerar una enfermedad no trasmisible crónica, multifactorial y multicausal, que se relaciona con una alteración de la correcta función del tejido adiposo tanto de forma cualitativa como cuantitativa, en su alcance para almacenar grasa. Además, ésta acarrea a un escenario de inflamación del citado tejido (lipoinflamación), profundamente vinculada a desórdenes metabólicos, que a su vez están fuertemente asociados con el síndrome metabólico. De igual modo, la forma concomitante y sin que exista una línea de separación clara entre uno y otro suceso, aparece la resistencia a la insulina sistémica, formando una conexión entre la obesidad y las perturbaciones metabólicas de las que va ir acompañada. (18).

Se considera indicador de sobrepeso de acuerdo a las tablas de sexo, edad y talla, cuando el individuo tiene un sobrepeso mayor al 20% por encima del peso ideal (18).

**Gráfico 3.** Clasificación del sobrepeso y obesidad

Clasificación	Índice de masa corporal (kg/m <sup>2</sup> )
Peso saludable	18,5 – 24,9*
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad grado I	30,0 – 34,9
Obesidad grado II	35,0 – 39,9
Obesidad grado III	≥ 40,0

**Fuente:** Consenso sobre el abordaje nutricional del paciente con sobrepeso y obesidad. Sociedad Argentina de Nutrición. ACTUALIZACIÓN EN NUTRICIÓN VOL 14 - Nº 1 (19)



La CC (circunferencia cintura) se tendría que emplear de referencia antropométrico de almacenamiento de grasa, por ser fundamental en personas con peso normal o con sobrepeso leve conforme el IMC. De tal manera, sería más fácil identificar a las personas con riesgos metabólicos como la obesidad con peso normal (19).

**Gráfico 4.** Circunferencia cintura.

	AUMENTADAS	MUY AUMENTADAS
HOMBRE	94 cm	102 cm
MUJER	80 cm	88 cm

Fuente: Sociedad Argentina de Nutrición SOBREPESO – OBESIDAD (18).

## Causas de la obesidad.

### Factores determinantes:

De origen genético. Hay estudios que demuestran que si los padres son obesos sus hijos tienen menor gasto calórico cuando están en reposo (18).

### Factores predisponentes:

**Son ambientales.** Se refiere a la cantidad de horas que la persona pueda estar sentada o en inactividad como viendo televisión y a los hábitos alimenticios inadecuados que tenga (18).

**Factores desencadenantes:** Se van a dar por cambios hormonales de acuerdo a la edad como son (pubertad, menopausia, emocionales o por falta de actividad física (18).

### 2.2.1.3. Sedentarismo.

El sedentarismo en los últimos 10 años ha demostrado ser un factor de riesgo que va relacionado al crecimiento de casos de obesidad, enfermedades cardiovasculares, tensión arterial alta, diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, enfermedades oncológicas y muertes. También se le define circunstancia que va asociadas a actividades donde hay gasto energético < 1,5 METs (MET =

equivalente metabólico basal; 1 MET = ~3,5 mlO<sub>2</sub> /kg/min) se considera actividades como manejar, observar la televisión, permanecer sentado entre otras. En general, se dice que entre 55% y 70% de las actividades que se hacen diariamente (a excepción del tiempo destinado a dormir) son de tipo sedentarias (20).

La simple ausencia del sedentarismo garantiza un buen marco de salud. Inicialmente, es necesario definir los límites y las fronteras sobre el sedentarismo. Nahas (2001) clasifica que un sujeto sedentario es lo que no produce gasto energético mínimo de 500 Kcal / semana (24).

\*Patologías no transmisibles más comunes relacionadas al sedentarismo (21).

- Cardiopatía isquémica.
  - Tensión arterial alta
  - Enfermedades cerebrovasculares.
  - Diabetes mellitus de tipo 2.
  - Obesidad.
  - Osteoporosis.
  - Alteraciones mentales o emocionales
  - Neoplasia maligna de colon.
- Personas de riesgo para el sedentarismo (21).
- Personas mayores de 40 años de edad.
  - Individuos discapacitados desde el punto de vista físico.
  - Individuos que tengan enfermedades crónicas.
  - Pacientes con dolores músculo-esqueléticos
  - Obesos.
  - Trabajos sedentarios Ej. Personal administrativo, enfermeras, docentes, etc.
  - Personas que trabajan en casa.
  - Individuos que viven en zonas urbanas (21).

Efectos fisiológicos u orgánicos que aporta la actividad física a las personas que la practican.

- **A Nivel Cardiovascular.**

Los efectos fisiológicos de los ejercicios son bastante consecuentes y conocidos. El sistema cardiovascular aporta al músculo sangre rica en oxígeno y nutrientes, para su metabolismo energético. En este nivel, el ejercicio físico aeróbico vigoriza al

corazón, función cardíaca y valvular. Esto significa un importante incremento de la calidad y de la potencia del funcionamiento cardíaco y una mejor distribución de la sangre a nivel periférico. En reposo aparece una disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial (22).

#### - **A Nivel Muscular**

El trabajo aeróbico tiene importantes efectos sobre el músculo siendo el efector del sistema muscular (células para ejecutar respuestas). Los principales cambios son los relativos a la optimización de la capacidad funcional del músculo por incremento en el tamaño muscular y por ello, en la capacidad de liberar y extraer energía, cambios que se traducirán en un incremento de la resistencia y potencia muscular (22).

#### **2.2.1.4. Tabaquismo.**

Según la organización mundial de la salud (OMS). Define al tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando sobre el sistema nervioso central. El tabaquismo es considerado una enfermedad crónica que se puede cambiar, hay terapias efectivas Tanto medicamentosas y psicológicas, aunque no son de balde para todas las personas a excepción de algunas comunidades autónomas son subvencionadas. Para tener un éxito en la rehabilitación la persona debe estar en un programa de caso contrario el tratamiento fracasara, generando otros tipos de problemas de salud y financieros. También es fundamental que las terapias sean asequibles para todas las personas que lo necesiten (23).

El tabaco da origen a muchas enfermedades con cifras bastante altas en individuos de nuestro país. Los individuos saben del daño que ocasionan a su salud pese a ello continúan consumiendo y con el tiempo desencadena en muerte (23).

Sin embargo, la venta del tabaco sigue en libre mercado diariamente y el concepto del tabaquismo como enfermedad y adicción continúa sin ser difundida en nuestra sociedad, lo consideran más como un mal hábito que como una enfermedad (23).

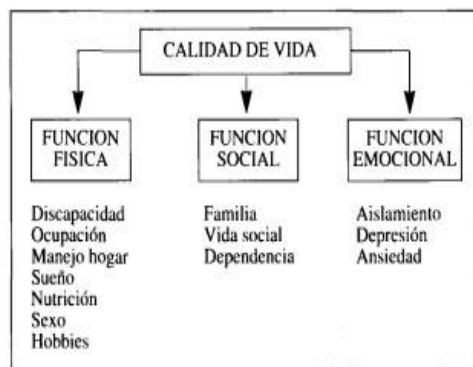
Si se evitara el consumo de tabaco, enfermedades como Tumores malignos al pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), disminuirían notablemente su incidencia, y por tanto mejoraría la salud de los fumadores activos y fumadores pasivos (23).

## 2.2.2. Calidad de vida

El término calidad de vida es fácilmente percibida en el lenguaje de la sociedad contemporánea, siendo incorporado al vocabulario popular con varias formas de connotación. Parece que existe un consenso de que es algo bueno hablar de calidad de vida, incluso sin definir exactamente de lo que se está hablando. El sentido común se apropia como objetivo para mejorar y dar un alto nivel de bienestar en la vida de las personas, sea de orden económico, social o emocional. También la identifican en relación a la salud, vivienda, ocio, los hábitos de actividad física y alimentación, pero el hecho es conocer que todos estos factores conducen a una percepción positiva de bienestar. La calidad de vida se ocupa de numerosos campos del conocimiento humano, biológico, social, político, económico, médico, entre otros, en constante interrelación. La calidad de vida va depender de sus acciones individuales para que sea transformada, pues la idea es que el sujeto puede cambiar sus hábitos y, con ello, mejorar su calidad de vida (24).

### Medida de la calidad de vida. Cuestionarios de calidad de vida

Gráfico 5. Factores fundamentales de la calidad de vida



Fuente calidad de vida relacionada con la salud Vol. V. Núm. 6.1993 (25)

#### - Calidad de vida, salud y actividad física

Practicar actividad física apropiada mejora la condición fisiológica y con regularidad; controla el estrés físico y emocional con técnicas específicas a las expectativas y los objetivos de cada persona (24).

Se hace fundamental la importancia sobre el impacto de este tipo de actividad en la percepción humana, así como los aspectos sociales involucrados en la práctica. Sin embargo, no se puede ignorar el hecho de que la adopción de hábitos saludables depende de la actitud y la adecuación del sujeto a una rutina apropiada, siempre que sus condiciones de vida proporcionen su opción de elección (24).

\*Indicadores subjetivos de calidad de vida (26).

- Agrado general con la vida
- Sentido de bienestar.
- Rol de intervención social (conyugues, amistades, descendientes, creencias).
- Ganas de comer.
- Afecto.
- Vida sexual.
- Colaboración en tareas diarias
- Devoción en el trabajo.

\*Indicadores objetivos (26).

- Desempleo
- Tipo de ocupación: tiempo completo o parcial-
- Número de actividades realizadas en el día.
- Días de hospitalización
- Horas de sueño nocturno.
- Nivel de dolor.
- Frecuencia de las relaciones sexuales (26).

### **2.2.3. Hipertensión arterial en el adulto mayor.**

El envejecimiento es una parte inevitable de la vida y trae consigo dos inconvenientes: el deterioro fisiológico y el estado de la enfermedad. La hipertensión arterial es un factor de riesgo importante para la morbilidad y mortalidad cardiovascular, particularmente en los ancianos. Es una enfermedad crónica importante y con frecuencia asintomática, que requiere un control óptimo y una unión persistente a la medicación prescrita para reducir los riesgos de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y renal. La hipertensión en los pacientes de edad

avanzada representa un dilema de gestión para los especialistas cardiovasculares (CV) y otros profesionales. Además, con la amplia adopción de estrategias de fármacos múltiples dirigidas a subgrupos de pacientes hipertensos con condiciones de riesgo específicas para bajar la presión arterial (PA) más allá de los objetivos tradicionales, surgen preguntas difíciles sobre cómo deben tratarse los pacientes ancianos. ¿La hipertensión en los ancianos es un estado de emergencia o no?, ¿El control de la PA reduce los riesgos asociados con la enfermedad cardiovascular y la muerte en la población geriátrica?, ¿Cuáles son los principios generales del manejo de la hipertensión en esta población? (27).

## **Fisiopatología**

### **Rigidez Arterial**

Las arterias elásticas muestran 2 cambios físicos mayores con la edad. Se dilatan y se ponen rígidos. La aorta y las arterias elásticas proximales se dilatan aproximadamente un 10% con cada latido del corazón en la juventud, mientras que las arterias musculares se dilatan solo un 3% con cada latido. Tal diferencia en el grado de estiramiento puede explicar las diferencias en el envejecimiento entre las arterias proximales y distales sobre la base de la fatiga. La fractura de lamelas elásticas se ve en la aorta con el envejecimiento y puede explicar tanto la dilatación como la rigidez (a través de la Transferencia de tensiones a los componentes colágenos más rígidos de la pared arterial). Los estudios de autopsia de arterias humanas fijadas por perfusión han demostrado que el engrosamiento se limita principalmente a la hiperplasia de la íntima. El resultado es una arteria rígida que tiene capacidad disminuida y retroceso limitado y, por lo tanto, no puede adaptarse a los cambios que ocurren durante el ciclo cardíaco. Además, durante la sístole, el vaso arterial arteriosclerótico exhibe una expansión limitada y no puede amortiguar eficazmente las presiones generadas por el corazón, lo que causa un aumento en la presión arterial sistólica (PAS). Por otro lado, la pérdida de retroceso durante la diástole produce una reducción en la PA diastólica (PAD). Por lo tanto, el envejecimiento incluso en individuos normotensos se caracteriza por un aumento de la presión de pulso, creando un mayor estrés pulsátil en el sistema arterial. La rigidez arterial no es solo un producto de cambios estructurales en la pared arterial, sino que también es inducida por mediadores vasoactivos derivados del endotelio como la endotelina 1 y la biodisponibilidad disminuida del óxido nítrico (NO), que desempeña un papel clave en la disfunción endotelial (27).

## **Desregulación neurohormonal y autonómica**

Los mecanismos neurohormonales como el sistema renina-angiotensina-aldosterona disminuyen con la edad. La actividad de la renina plasmática a los 60 años es del 40% al 60% de los niveles encontrados en individuos más jóvenes. Esto se ha atribuido al efecto de la nefroesclerosis asociada a la edad en el aparato yuxtaglomerular. Los niveles plasmáticos de aldosterona también disminuyen con la edad. En consecuencia, los pacientes ancianos con hipertensión son más propensos a la hiperpotasemia inducida por fármacos. Por el contrario, la actividad neta del sistema nervioso simpático basal aumenta con el avance de la edad. La concentración de norepinefrina plasmática periférica en el anciano es el doble del nivel encontrado en sujetos más jóvenes. El aumento asociado a la edad en la norepinefrina plasmática se cree que es un mecanismo compensatorio para la reducción de la respuesta  $\beta$ -adrenérgica con el envejecimiento (27).

La disminución de la sensibilidad barorrefleja con la edad causa hipotensión ortostática en los ancianos. Por el contrario, la hipertensión ortostática, donde la PA aumenta con el cambio postural, también es prevalente entre los ancianos. La hipertensión ortostática está bloqueada por el bloqueo  $\alpha$ -adrenérgico, lo que indica que la actividad  $\alpha$ -adrenérgica puede ser un mecanismo fisiopatológico predominante (27).

## **El riñón envejecido**

El envejecimiento del riñón se caracteriza por el desarrollo progresivo de glomeruloesclerosis y fibrosis intersticial, que se asocia con una disminución de la TFG (tasa de filtración glomerular) y la reducción de otros mecanismos homeostáticos. La disminución asociada a la edad de la actividad de las bombas de membrana de sodio / potasio y calcio adenosín trifosfato conduce a un exceso de calcio y sodio intracelular, lo que aumenta la vasoconstricción y la resistencia vascular. El aumento de la sensibilidad a la sal, caracterizado por un aumento de la PA en respuesta a la sobrecarga de sodio, se produce en sujetos mayores y obesos como resultado de la capacidad renal limitada de estos sujetos para excretar la sobrecarga de sodio (27).

## - Clasificación de la hipertensión arterial

- a) **Hipertensión arterial esencial o primaria**, este tipo de hipertensión es la más frecuente de presentar ya que los factores condicionantes como la poca sensibilidad al tabaquismo, consumo de sal, obesidad, herencia, son los desencadenantes más frecuentes de tensión arterial alta (28).
- b) **Hipertensión arterial secundaria**, se presenta en menor frecuencia ya que es un desencadenante como complicación de otras enfermedades (insuficiencia renal, hipertensión renovascular, aterosclerosis, trastornos glandulares y también por la disfunción de la glándula tiroidea (28).

### 2.2.3.3. Clasificación de los valores de la presión arterial

La clasificación para jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos es similar, para casos de niños y adolescentes se toman otros principios según su edad y talla (29).

**Gráfico 6.** Definiciones y clasificación de las cifras de presión arterial en consulta (mmHg)

Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	y	< 90

Fuente Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial.  
(29)



#### **2.2.3.4. Cuadro clínico.**

La tensión arterial primaria leve a moderada tiene un comportamiento asintomático durante varios años. La manifestación más común es el dolor de cabeza (30)

La tensión arterial acelerada suele ir acompañado de alteraciones en la visión, somnolencia, confusión, náuseas y vómitos (30).

La hipertrofia ventricular izquierda con frecuencia está presente en la hipertensión arterial crónica el cual aparece disnea al esfuerzo y acaloramiento nocturna (30).

#### **Signos.**

- Tensión arterial. La medición se realiza de forma bilateral en los brazos. Si los pulsos son pobres o lentos en las extremidades inferiores, también se mide en las piernas para descartar coartación aortica (30).
- Retina. - La disminución del diámetro arterial hasta menos del 50% del venoso, el aspecto de alambre de cobre o plata, las hemorragias, los exudados o papiledemas, se asocian a un pronóstico poco favorable. (30).
- Corazón. - La hipertensión arterial grave indica hipertrofia ventricular izquierda por lo tanto que el 5% de las personas es probable auscultar la falta de capacidad aortica, y el 10 y 20 %, a través de la ecografía doppler la insuficiencia aortica (30).
- En personas con ritmo sinusal es muy frecuente el signo del galope presistólico. Por descompensación del ventrículo izquierdo (30).
- Pulso. - La lenificación de pulso radial y femoral, provocara coartación de la aorta, y el deterioro del pulso periférico debido a una aterosclerosis, las cuales tienden a dañar las arterias renales (30).

#### **2.2.3.5. Diagnóstico**

- Medición de la tensión arterial diaria, en diferentes horarios el paciente sentado con un mínimo de 5 minutos de reposo (31).
- Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). Nos permite un monitoreo constante en 24 horas, sin alterar las actividades diarias (31).
- Evaluación clínica. - Por intermedio de la historia clínica, antecedentes familiares, interrogatorio en relación a los síntomas.
- Análisis de sangre

- Electrocardiograma
- Hemograma completo
- Perfil lipídico
- Urea y creatinina (31).

#### **2.2.3.5. Tratamiento.**

El tratamiento tiene como propósito evitar la progresión de la enfermedad, evitar complicaciones, conservar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa (32).

- Tratamiento no farmacológico. En la hipertensión arterial etapas I y II el manejo es inicial y será de criterio no farmacológico, por un lapso de doce y seis meses respectivamente. Este manejo incluye, alimentación saludable, control del peso, disminución del consumo de sal, evitar la ingesta de alcohol, monitoreo sobre los niveles de colesterol, evitar fumar y realizar actividad física continuamente (32).
- Tratamiento farmacológico. Debe ser bien definido conforme a la necesidad del paciente y de acuerdo a la clínica del paciente clínico, teniendo en cuenta el medio de acción, la indicaciones y contraindicaciones, las enfermedades asociadas, interacciones farmacológicas, efectos adversos y el costo accesible (32).

#### **2.2.3.6. Complicaciones.**

- Ataque al corazón.
- Problemas renales
- Embolia cerebral
- Problemas oculares
- Muerte (32).

### **2.3. Terminología básica.**

**Factores de riesgo en salud:** Se precisa como factor de riesgo a un predictor estadístico de la patología. Podemos definirlo como una eventualidad, de logro personal o ambiental que va relacionarse estadísticamente con la patología. Para atribuir consideraremos una serie de requisitos como son: la aparición inicial de la causa de la enfermedad y su relación radica con la enfermedad, entre otros. (15)

**Calidad de vida:** La calidad de vida se ocupa de numerosos campos del conocimiento humano, biológico, social, político, económico, médico, entre otros, en constante interrelación, pero el hecho es conocer que todos estos factores conducen a una percepción positiva de bienestar (24).

### **Hipertensión arterial:**

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica caracterizada por el incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. Esta constituye el principal factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y presenta alta prevalencia en el mundo actual (37).

## **2.4. Hipótesis.**

### **2.4.1. Hipótesis General.**

Los factores de riesgo como la diabetes, obesidad, sedentarismo y tabaquismo, se relacionan significativamente con la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.

## **2.5. Variables.**

### **Variable**

#### **1: Factores de Riesgo. Dimensiones:**

- Diabetes Mellitus
- Obesidad.
- sedentarismo.
- Tabaquismo

#### **Variable 2: Calidad de Vida**

- Función física.
- Rol físico.
- Dolor corporal.
- Salud general.
- Vitalidad.
- Función social.

- Rol emocional.
- Salud mental.
- Transición de la salud

**Variable interviniente I.**

- Datos Sociodemográficos.
- Edad.
- Sexo.
- Grado de instrucción.
- Raza.
- Estado civil.

Variable	Definición operacional	Dimensión	Tipo de variable	Escala	Indicador	Instrumento
Variable I Factores de riesgo	Se refiere al tipo de agente que va estar relacionada con el desarrollo de una enfermedad, el cual alterara la calidad de vida de la persona (14).	Diabetes	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. no	Historia clínica.
		Obesidad	Cuantitativo	Razón	1. Si 2. No	Balanza Tallímetro IMC= peso/talla <sup>2</sup>
		Sedentarismo	Cualitativa	Nominal	1. si 2. no	Cuestionario
		Tabaquismo	Cualitativo	Nominal	1. si 2. no	cuestionario
Variable II Calidad de vida.	Calidad de vida va relacionado con la satisfacción de sentirse bien en el aspecto físico, mental y también con la Sociedad (26).	Función física	Cualitativo	Ordinal	1. si me limita mucho 2. si me limita un poco 3. no, no me limita nada	cuestionario SF 36
		Rol físico			1 Si 2 No	

		Dolor corporal	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No, ninguno</li> <li>2. Si, muy poco</li> <li>3. Si, un poco</li> <li>4. Si, moderado</li> <li>5. Sí, mucho</li> <li>6. Si, muchísimo</li> </ol>	cuestionario SF 36
		Salud general	Cualitativa	Ordinal.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excelente</li> <li>2. Muy buena</li> <li>3. Buena</li> <li>4. Regular</li> <li>5. Mala</li> </ol>	cuestionario SF 36
		Vitalidad	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siempre</li> <li>2. Casi siempre</li> <li>3. Algunas veces</li> <li>4. Solo alguna vez</li> <li>5. Nunca.</li> </ol>	cuestionario SF 36
		Función social	Cualitativo	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nada</li> <li>2. Un poco</li> <li>3. Regular</li> <li>4. Bastante</li> <li>5. mucho</li> </ol>	cuestionario SF 36

		Rol emocional	Cualitativo	Ordinal.	1. Si 2. No	cuestionario SF 36
		Salud mental	Cualitativa	Ordinal	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Solo alguna vez 5. Nunca.	cuestionario SF 36
		Evolución declarada de la salud	cualitativo	Ordinal	1. Mucho mejor ahora que hace un año 2. Algo mejor ahora que hace un año 3. Más o menos igual que hace un año 4. Algo peor ahora que hace un año 5. Mucho peor ahora que hace un año	cuestionario SF 36
Variable interviniente I	La información que nos brinda la persona, con respecto a su edad, género, estado Civil, raza y otros.	Edad	Cuantitativo	Razón	Años	Historia clínica
Datos sociodemográficos		Sexo	cualitativo	Nominal	1. Masculino 2. Femenino	Observacional
		Grado de instrucción	cualitativo	Ordinal	1. Sin estudios. 2. Primaria. 3. Secundaria.	Cuestionario

					4. Superior.	
		Estado civil	Cualitativo	Nominal	1. Soltero 2. Casado. 3. Viudo	Cuestionario
		Raza	cualitativo	nominal	1. Blanca 2. Mestiza 3. Negra	Observacional



## CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

### 3.1. Tipo y nivel de Investigación.

La presente investigación metodológicamente fue: Correlacional Porque midió la relación entre las dos variables, observacional porque no hemos realizado ninguna intervención, ya que no fue controlado, por el investigador siendo la intención solo describir las características del fenómeno o variable que ocurre de forma natural (35).

Fue transversal porque los datos que se recogieron de cada sujeto o unidad de análisis se realizaron en una sola medida y en un momento dado. No estableció relaciones causales porque los datos de las variables factor de riesgo y calidad de vida se recogieron simultáneamente (35).

Fue un estudio Prospectivo porque el investigador calificó las mediciones. Ya que su objetivo fue de solo determinar relaciones entre los hechos que posiblemente ocurrirán en un futuro. Fue Tipo aplicada, Porque pretende dar un aporte a la investigación, respecto a las variables de estudio (35).

### 3.2. Población y muestra.

#### 3.2.1. Población

La población estaba conformada por 100 pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron al servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, durante el 15 de agosto al 15 de Setiembre del 2018. Que en promedio de acuerdo a la historial de atención tomando como referencia los meses de julio y agosto asisten en promedio 100 pacientes.

**Tabla 1 Población**

Mes	Población
Agosto	40
Setiembre	60
<b>Total</b>	<b>100</b>

Fuente según historias clínicas de los pacientes del servicio de medicina física y Rehabilitación del hospital san juan de Lurigancho 2018

### **3.2.2. Criterios de Selección**

#### **A) Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial
- Pacientes adultos mayores de 60 a 80 a más años.
- Pacientes que asisten al servicio de medicina física y rehabilitación como mínimo un mes.
- Pacientes que firmen consentimiento informado de ser parte del estudio.

#### **B) Criterios de exclusión:**

- Pacientes con alguna discapacidad física
- Pacientes con discapacidad sensorial
- Pacientes con alteraciones cognitivas.
- Pacientes que presenten enfermedades autoinmunes sistémicas
- Pacientes con secuelas de accidente cerebro vascular isquémico y hemorrágico.
- Pacientes con patologías neoplásicos.

### **3.2.3. Unidad de análisis**

Es un paciente adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial, que cumplió los criterios de selección.

### **3.2.4. Muestra**

En el total del estudio participaron 100 pacientes.

## **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

### **3.3.1. La técnica.**

Para realizar la investigación se utilizó dos tipos de técnica, una ficha de recolección de datos el cual involucro historia clínica y la otra técnica fue la encuesta Para ello se realizaron las siguientes actividades

- **Autorizaciones:** Primero se solicitó la autorización del Director General del Hospital San Juan de Lurigancho, mediante la presentación del proyecto de investigación en

la unidad de docencia e investigación, luego se coordinó con la jefa del servicio de medicina física y rehabilitación, la Dra Betsabe Quispe Cacsiri para la autorización del inicio de recolección de datos.

**-Proceso de selección:** Se seleccionó a los pacientes adultos mayores, con diagnóstico médico de hipertensión arterial por historia clínica y que cumplieron los criterios de selección y se les solicitó llenar el consentimiento informado para el inicio del estudio.

**-Recolección de los datos:** El levantamiento de información se realizó mediante la aplicación de una ficha de recolección de datos y el cuestionario SF36 a los pacientes seleccionados, en un tiempo aproximado de 30 minutos por paciente.

**-Calidad y control de datos:** para asegurar la calidad de los datos, el instrumento fue planteado con el objetivo de responder al problema de investigación. Las preguntas de la ficha de recolección de datos sociodemográficos y factores de riesgo fueron elaboradas con el fin de estudiar las variables y poder describirlas, su validez fue obtenida a través de juicio de expertos y para su confiabilidad se aplicó una prueba piloto, la ficha de recolección de datos fue aplicada solo por los investigadores, para poder obtener una estandarización en el momento de recolectar los datos además los investigadores fueron previamente capacitados en la aplicación del cuestionario y recolección de datos lo que garantiza un control del error en la captura de los datos.

### 3.3.2. Instrumento.

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos los cuáles fueron el cuestionario SF36, y ficha de datos, el cual fue elaborado por los investigadores, previamente validado por juicio de expertos conformado por profesionales de la especialidad los cuales evaluaron el instrumento según su criterio profesional.

**a. Factores de riesgo de la hipertensión:** que contiene 4 ítems:

**Diabetes.** Es un trastorno endocrino caracterizado por la hiperglicemia resultante de la deficiencia de la insulina absoluta o relativa. (38)

**Obesidad.** Es una enfermedad no transmisible crónica que se diferencia por almacenamiento de tejido adiposo en zonas específicas del cuerpo, lo cual hace que se incremente el peso. (17)

**Sedentarismo,** se define como aquel que no produce gasto energético mínimo de 500kcal/semana (24).

**Tabaquismo.** Enfermedad crónica producida por adicción a la nicotina que evoluciona con renacidas (23).

**b. variables sociodemográficas:** que contiene 5 ítems edad, sexo, grado de instrucción, raza, estado civil.

**c. SF-36 (Short Form):** fue un cuestionario que se utilizó medir la calidad de vida del paciente el cual fue un cuestionario auto administrado, cuenta con la probabilidad que las respuestas presenten el sesgo propio de este tipo de procedimiento de consulta. El cuestionario al estar compuesto de preguntas cerradas que no admiten mayor comentario, los consultados no realizaron información extra a sus respuestas por lo tanto no permitió adicionar mayor información. Inicialmente fue elaborado para su uso en los Estados Unidos, el SF-36 ha sido interpretado y habilitado para ser utilizado a nivel internacional a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA) (36).

El desarrollo y la validación del Cuestionario de Salud SF-36 han sido viable gracias a una donación de la Fundación de la Familia Henry J. Kaiser al Health Institute, New England Medical Center (J.E. Ware Jr., Ph. D., Investigador Principal) (36).

El cuestionario SF- 36 consta de 36 ítems que contiene ocho dimensiones:

**Función física.** Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. Consta de 10 ítems (36).

**Rol físico.** Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad de la realización de actividades (36).

**Dolor corporal.** Intensidad del dolor y su efecto del trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (36).

**Salud general.** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (36).

**Vitalidad.** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (36).

**Función social.** Grado en que los problemas físicos o emocionales interfieren en la vida social habitual (36).

**Rol emocional.** Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción del tiempo en esas actividades, rendimiento menos que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar (36).

**Salud mental.** Salud mental general lo que incluye la depresión, ansiedad, el control de la conducta, el control emocional y el efecto positivo general (36).

**Evolución declarada de la salud.** Valoración de la salud actual comparada con la de hace un año (36)

### **3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico.**

La información recogida mediante los instrumentos será de los variables factores de riesgo y calidad de vida se codificó en Excel – SPSS. Luego se hizo el análisis exploratorio para verificar la calidad de los datos y buscar lo valores atípicos; una vez verificado la calidad de datos se procedió a su análisis respectivo de acuerdo los objetivos de la investigación a dos niveles.

Para procesar los datos se realizó la transformación de acuerdo al instrumento SF36 que transforma las puntuaciones en un mínimo de cero y un máximo de cien a estos datos se aplicó la técnica de estatinos para categorizar en malo, regular y bueno. Con esa información se construyeron las tablas y las figuras (gráfico de barra), para la prueba de hipótesis el chi cuadrado a nivel inferencial para la prueba no paramétricas chi cuadrado con el uso del SPSS versión 23.

### **3.5. Aspectos éticos.**

En la investigación se respetó los principios bioéticos de autonomía, todos los datos registrados en las fichas de recolección de datos y cuestionario SF-36 fueron confidenciales, veraces y se aplicó consentimiento informado y del anonimato del paciente. La encuesta se realizó de forma individual para evitar susceptibilidades y de tal modo no perjudicar su integridad.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Resultados.

**Tabla 2**

**Los factores de riesgo relacionados a la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.**

Chicuaquadrado		Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Diabetes	Valor	,778	,016	1,478	5,006	4,020	3,413	,924	,536
	gl	2	1	2	2	2	2	2	2
	Significación asintótica (bilateral)	,678	,900	,477	,082	,134	,182	,630	,765
Obesidad	Valor	15,485	6,295	17,375	16,048	25,600	18,062	28,141	10,581
	gl	10	5	10	10	10	10	10	10
	Significación asintótica (bilateral)	,115	,279	,066	,098	,004	,054	,002	,391
Sedentarismo	Valor	14,089	088	,324	,879	,419	2,837	1,042	,563
	gl	2	1	2	2	2	2	2	2
	Significación asintótica (bilateral)	,001	,767	,850	,642	,811	,242	,594	,755
Tabaquismo	Valor	7,501	14,037	33,536	2,696	5,283	1,317	21,678	12,071
	gl	2	1	2	2	2	2	2	2
	Significación asintótica (bilateral)	,024	,000	,000	,260	,071	,518	,000	,002
	Número de casos	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: los investigadores

**Interpretación:** En la tabla se aprecia que algunos factores de riesgo se relacionan con la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital san juan de Lurigancho,2018; los factores de riesgo que se relacionan son: obesidad con la dimensión vitalidad y rol emocional, sedentarismo con la dimensión función física .en cuanto al tabaquismo se relaciona con la función física ,rol físico , dolor corporal, rol emocional y salud mental. En cuanto a la diabetes no se relaciona con ninguna de las dimensiones de calidad de vida.

**Tabla 3.**

**La diabetes mellitus como factor de riesgo en la calidad de vida de pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.**

Chicadrado	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Valor	,778	,016	1,478	5,006	4,020	3,413	,924	,536
gl	2	1	2	2	2	2	2	2
Significación asintótica (bilateral)	,678	,900	,477	,082	,134	,182	,630	,765
Número de casos	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Por los investigadores.

**Interpretación:** Al relacionar la diabetes y las 8 dimensiones de calidad de vida los puntajes obtenidos estadísticamente reportan que la diabetes no se relaciona a la calidad de vida de Pacientes adultos mayores con hipertensión arterial.



**Tabla 4.**

**La obesidad como factor de riesgo en la calidad de vida de pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.**

Chiccuadrado	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Valor	15,485	6,295	17,375	16,048	25,600	18,062	28,141	10,581
gl	10	5	10	10	10	10	10	10
Significación asintótica (bilateral)	,115	,279	,066	,098	,004	,054	,002	,391
Número de casos	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: los investigadores

**Interpretación:** Al obtener los puntajes con el cuestionario SF36 según las 8 escalas de la calidad de vida se encontró que la obesidad en el adulto mayor con hipertensión arterial si se relaciona con la calidad de vida en las escales de Vitalidad con  $p=0.004$ , la escala rol emocional con  $p=0.002$  respectivamente. Con un nivel de confianza de 95%.

**Tabla 5.**

**El sedentarismo como factor de riesgo en la calidad de vida de pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.**

Chiccuadrado	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Valor	14,089	088	,324	,879	,419	2,837	1,042	,563
gl	2	1	2	2	2		2	2
Significación asintótica (bilateral)	,001	,767	,850	,642	,811	,242	,594	,755
Número de casos	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: los investigadores

**Interpretación:** Al obtener los puntajes con el cuestionario SF36 según las 8 escalas de la calidad de vida se encontró que el sedentarismo en el adulto mayor con hipertensión arterial si se relaciona con la calidad de vida en la escala función física siendo la más afectada con  $p=0.001$ . Con un nivel de confianza de 95%.

**Tabla 6.**

**El tabaquismo como factor de riesgo en la calidad de vida de pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.**

Chiccuadrado	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Valor	7,501	14,037	33,536	2,696	5,283	1,317	21,678	12,071
gl	2	1	2	2	2	2	2	2
Significación asintótica (bilateral)	,024	,000	,000	,260	,071	,518	,000	,002
Número de casos	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: los investigadores

**Interpretación:** Al obtener los puntajes con el cuestionario SF36 según las 8 escalas de la calidad de vida se encontró que el tabaquismo en el adulto mayor con hipertensión arterial si se relaciona con la calidad de vida de los pacientes hipertensos con las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, rol emocional y salud mental.

## 4.2. Discusión.

En el presente estudio realizado se encontró que la diabetes no está relacionada con la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores, este resultado no coincide con el estudio realizado por Hajian K, Tilaki B y Heidari A (8), donde tiene como resultado que la diabetes tiene un efecto negativo en la puntuación de la calidad de vida en la mayoría de sus dimensiones; esto ocurrió porque de los 100 encuestados 70% eran no diabéticas y solo el 30% eran diabéticos. Así mismo tampoco coincide con el estudio de Trindade C, Afonso L, Dalva de Barros M, Marcon S (2), donde tiene como resultado que la diabetes se relaciona de manera positiva con la presión arterial alta. También podríamos decir que dicho resultado puede estar relacionado a que trabajamos con el 70% de persona que no eran diabéticas y solo el 30% que si son diabéticas. Siendo la dimensión de salud general la que está más próxima a ser considerada como una dimensión de factor de riesgo.

En nuestro estudio podemos determinar que el factor de riesgo obesidad afecta significativamente las dimensiones de vitalidad y salud emocional del cuestionario SF36. Mientras que en su estudio Olszaneck – Glinianowis M, Zygmuntowicz M, Owczarek A, Elibol A, Chudek J (6). Manifiestan que el sobrepeso solo influyó en el funcionamiento físico, el papel físico, el dolor corporal, la vitalidad, la salud general y la Puntuación del Componente Físico (PCS), pero no en la Puntuación del Componente Mental (MCS). La obesidad reduce fuertemente el componente físico y mental de la CVRS, el sobrepeso empeora los componentes físicos de la CVRS en ambos sexos y solo los componentes mentales en las mujeres. De la misma manera en el estudio de Monterroso C, Navas L, Carmona C, López D, Santamaría R, Crespo R (9). Se evidencio una correlación estadísticamente significativa entre; el IMC y Rol Físico y Componente Salud Física, hallando resultados diferentes al nuestro dónde son otras las dimensiones que están afectadas, como Vitalidad y salud emocional. Apolinario P, Cano J. (13) también manifiesta que el factor de riesgo que más se relaciona a la hipertensión es la obesidad y el sobrepeso coincidiendo con nuestro estudio, donde tenemos como resultado obesidad en un 20% y obesidad grado I en un 34% (ver anexo 9).

En el presente estudio de relación entre factores de riesgo y calidad de vida, la dimensión con mayor puntuación fue función social con un intervalo de 77 – 100 y la más baja rol físico con un intervalo de puntuación de 0 – 23, resultado obtenido

por baremos realizados por técnica de estaninos (ver anexo 9). Mientras Mazacón, B. (11) en su estudio de los adultos mayores obtuvieron la mayor puntuación promedio en el cuestionario SF-36, las dimensiones de calidad de vida de desempeño emocional (76,0), desempeño físico (64,3) y salud general (58,5); mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones salud mental (38,8), función social (46,5), función física (48,5), vitalidad (49,0) y dolor físico (49,6), también se observó que el puntaje promedio en el cuestionario SF-36 en los intervenidos fue de  $92,3 \pm 10,7$  en comparación con los no intervenidos que tuvieron como puntaje promedio  $93,0 \pm 10,5$ .

En el presente estudio con respecto a si la calidad de vida es mala, regular o buena evaluada en las ocho dimensiones que son: función física es regular con el 46%, el rol físico mala con el 86%, dolor corporal regular con el 38%, salud general regular con el 50%, vitalidad regular con el 56%, función social regular con 54%, rol emocional mala con el 66%, salud mental regular con el 64% (ver anexos 9). Mientras que en su estudio de los autores Preciado Br; Orrego Keila (10) Los resultados encontrados señalan que, el 65,5 % de los adultos mayores tienen una calidad de vida "Regular" y solo el 34,5 % tienen una calidad de vida "Bueno".

En el presente estudio se obtuvo que el factor de riesgo tabaquismo afecta en la calidad de vida, obteniendo como resultado las dimensiones que se relacionan son función física, dolor corporal, rol emocional y salud mental.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones.**

- Los factores de riesgo que afectan la calidad de vida a los pacientes hipertensos son el factor obesidad, sedentarismo y tabaquismo.
- En el factor diabetes no se evidencio que afecta a la calidad de vida de pacientes hipertensos esto puede deducirse porque se trabajó con el 70% de pacientes diabético y los no diabéticos representaban el 30% de la población de estudio.
- El factor de riesgo obesidad se evidencio que afecta a la calidad de vida de los pacientes hipertensos en las dimensiones de vitalidad y rol emocional.
- El factor de riesgo sedentarismo se evidencio que afecta la calidad de vida de los pacientes hipertensos en la dimensión función física.
- El factor de riesgo tabaquismo si se relaciona con la calidad de vida en las dimensiones rol físico, función física, dolor corporal, salud mental y salud emocional.

## **5.2 Recomendaciones.**

- Fomentar programas para evitar la obesidad y sedentarismo en pacientes hipertensos y así mejorar la calidad de vida en la población adulto mayor.
- Incentivar a realizar estudios con población en donde la totalidad sean diabéticos y así obtener resultados de mayor impacto en esa población.
- Fomentar hábitos de alimentación saludable y practica de actividad física en población adulto mayor con sobrepeso.
- Motivar a que los adultos mayores participen de actividades recreativas y lúdicas en donde puedan realizar caminatas de tramos cortos, juegos y taller para una vida saludable y activa.
- Se recomienda realizar estudios sobre otros agentes contaminantes que afecten la calidad de vida.

## REFERENCIAS

1. Deluchi A, Majul C, Vicario A, Cerezo G, Fábregues G, Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2 Rev. aRgent caRdiol 2017; 85:354-360. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v85.i4.11061> Citado el 10 de Agosto del 2018.
2. Trindade C, Afonso dos Santos L, Dalva de Barros M, Silva S, Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem ul.-ago. 2014;22(4):547-53 DOI: 10.1590/0104-1169.3345.2450 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) Citado el 10 de Agosto del 2018.
3. Ortiz R, Torres M, Sigüencia W, Añez R, Salazar J, Rojas J, Bermúdez V. Factores de Riesgo para Hipertensión Arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016;33(2):248-55. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2214. Citado el 10 de Agosto del 2018.
4. Zubeldía L, Quiles J, Mañes J y Rendón J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana Rev Esp Salud Pública. Vol. 90; 2016: 1 de abril e1-e11 Publicado: 1 de abril de 2016. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272016000100406](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100406). Citado el 14 de Julio del 2018.
5. Unidad de estadística, informática y telecomunicaciones. Elaborado por: unidad de epidemiología y salud ambiental HSJL. 2017 disponibilidad en [http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/ASIS/ASISHO2\\_017.pdf](http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/ASIS/ASISHO2_017.pdf) citado el 28 de setiembre del 2018.
6. Olszanecka – Glinianowis M, Zygmuntowicz M. Owczarek A, Elibol A, Chudek J .El impacto del sobrepeso y la obesidad en la calidad de vida relacionada con la salud y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos J Hypertens.



2014 Feb; 32 (2): 397-407. Disponible en doi: 10.1097 / HJH.0000000000000046. Citado el 08 de octubre del 2018.

7. Burbano D. Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso. Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de: Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería, Posgrados en Enfermería Bogotá, Colombia 2017. Disponible en <http://bdigital.unal.edu.co/60924/7/dairavanesaburbanorivera.2017.pdf> Citado el 10 de Agosto del 2018.
8. Hajian K, Tilaki B. Heidari A. Influencias negativas solitarias y combinadas de la diabetes, la obesidad y la hipertensión en la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores. *Clinical Research & Reviews*. 2016. Disponible <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2016.01.018> citado 8 de octubre del 2018.
9. Monterroso C, Navas L, Carmona C, López D, Santamaría R, Crespo R. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol* 2015: Octubre-Diciembre;18 (4): 282/289. Disponible en [http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n4/06\\_original5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n4/06_original5.pdf). Citado el 14 de Agosto del 2018.
10. Preciado Br; Orrego Keila. En su investigación titulado “Calidad de Vida e Hipertensión Arterial sistólica y diastólica en adultos mayores del Centro poblado “Virgen del Carmen La –Era”, Lurigancho Chosica, 2016”. Disponible en [https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r\\_enfermeria/article/download/946/calidad](https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r_enfermeria/article/download/946/calidad). Citado el 15 de Agosto del 2018.
11. Mazacón B. En su investigación titulada “Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud” 2017. Disponible en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6561> citado el 7 de octubre del 2018.

12. Tarqui C, Alvarez D. Espinoza P. Prevalencia y factores asociados a la baja actividad física de la población peruana Nutr. clín. diet. hosp. 2017; 37(4):108-115. Disponible en <http://revista.nutricion.org/PDF/TARQUIMA.pdf> Citado el 26 de Julio del 2018.
13. Apolinario P, Cano J. Factores de Riesgo asociados a la Hipertension Arterial en pacientes adultos trabajo académico para optar el título de enfermero especialista en cuidado enfermero en cardiología y cardiovascular. Universidad privada Norbert Wiener facultad de ciencias de la salud programa de segunda especialidad en enfermería especialidad: cuidado enfermero en cardiología y cardiovascular Perú 2016. Disponible en <http://repositorio.uwiener.edu.pe>. Citado el 22 de Agosto del 2018.
14. Echemendía B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones Revista Cubana de Higiene y Epidemiol 2011;49 (3):470-481. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie14311.pdf>. Citado el 10 de Agosto del 2018.
15. Llapur R, Raquel González R. Comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes con hipertensión arterial esencial. Rev Cubana Pediatr 2006; 78 (1). Disponible [http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol78\\_1\\_06/ped07106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol78_1_06/ped07106.htm). Citado el 10 de Agosto del 2018.
16. Rivas E, Zerquera G, Hernández C, Vicente B. Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud. Revista Finlay.m Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/69/1233>. Citado el 10 de Agosto del 2018.
17. Muñoz F, Arango C. Obesidad infantil: un nuevo enfoque para su estudio Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2017; 33 (3): 492-503. Disponible en [file:///C:/Users/PC/Downloads/10366-214421442693-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/10366-214421442693-1-PB%20(1).pdf) Citado el 10 de Agosto del 2018.

18. Sociedad Argentina de Nutrición SOBREPESO – OBESIDAD. [http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/sobrepeso\\_obesidad.pdf](http://www.sanutricion.org.ar/files/upload/files/sobrepeso_obesidad.pdf) Citado el 10 de Agosto del 2018.
19. Katz M, Cappelletti A, Kawior I, Aguirre M, Anger V, Armeno M, et al. Documento de Consenso sobre el abordaje nutricional del paciente con sobrepeso y obesidad. Sociedad Argentina de Nutrición. ACTUALIZACIÓN EN NUTRICIÓN VOL 14 - Nº 1 - MARZO 2013 Disponible en [http://www.revistasan.org.ar/pdf\\_files/trabajos/vol\\_14/num\\_1/RSAN\\_14\\_1\\_8.pdf](http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_14/num_1/RSAN_14_1_8.pdf) Citado el 30 de agosto del 2018.
20. Leiva A, Martínez M, Montero C, Salas C, Ramírez R, Díaz X, et al. El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólico independiente de los niveles de actividad física. Rev Med Chile 2017; 145: 458-467. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n4/art06.pdf> Citado el 10 de Agosto del 2018.
21. Alvarez F, Sedentarismo y Actividad Física. Revista científica de Cienfuegos, volume 10 número especial. Disponible en [file:///C:/Users/PC/Downloads/10-42-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/10-42-1-PB%20(1).pdf) citado el 03 de Agosto del 2018.
22. Ramos A, Padilla A, Andino B, Ponce C, Sierra C, Zapata I, guía de actividad física para facilitadores de salud honduras - julio 2015. Disponible en [https://www.paho.org/hon/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=370-guia-actiividad-f%C3%ACsica-facilitadores-salud-0&category\\_slug=desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-sal&Itemid=211](https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&alias=370-guia-actiividad-f%C3%ACsica-facilitadores-salud-0&category_slug=desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-sal&Itemid=211) . Citado el 03 de Agosto del 2018.
23. Hoja de ruta del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) para el final de la epidemia del tabaquismo en España. Disponible en [http://fundacionmasqueideas.org/wp-content/uploads/2017/10/Informe-de-conclusiones\\_Foro\\_Dejar-de-fumar\\_Un-reto-de-todos.pdf](http://fundacionmasqueideas.org/wp-content/uploads/2017/10/Informe-de-conclusiones_Foro_Dejar-de-fumar_Un-reto-de-todos.pdf) Citado el 03 de Agosto del 2018.

24. Bettine de Almeida M, Gutierrez G, Marques R, Qualidade de vida definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa São Paulo Escola de Artes, Ciências e Humanidades-EACH/USP 2012 Disponible en [file:///C:/Users/PC/Desktop/hsjl/qualidade\\_vida.pdf](file:///C:/Users/PC/Desktop/hsjl/qualidade_vida.pdf) Citado el 31 de agosto del 2018.
25. Bousoño M, González P, Pedregal J y Bob J. calidad de vida relacionada con la salud Vol. V. Núm. 6.1993 Disponible en [https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993\\_Bousono\\_Calidad.pdf](https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993_Bousono_Calidad.pdf) citado en 03 de Agosto del 2018.
26. Jarillo M, Moreno F, Rodríguez J, Lázaro P. Calidad de Vida e Hipertensión Arterial. Disponible en [file:///C:/Users/PC/Downloads/calidad%20de%20vida%20argo%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/calidad%20de%20vida%20argo%20(1).pdf) citado el 10 de Agosto.
27. Lionakis N , Mendrinós D , Sanidas E, Favatas G y Georgopoulou M. Hypertension in the elderly World J Cardiol. 2012 May 26; 4(5): 135–147. Published online 2012 Mayo
26. Disponible en doi: 10.4330/wjc.v4.i5.135. Citado el 28 de setiembre del 2018.
28. López A, Flores M, Cambero M. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 6Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Consumo D. Gral. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias C/ Adriano, 406800 Mérida. Disponible en [https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/CustomContentResource/s/Hipertensi%C3%B3n%20Arterial.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResource/s/Hipertensi%C3%B3n%20Arterial.pdf) Citado el 03 de Agosto del 2018.

29. Fernández M. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán Vasco de Quiroga No.15, Tlalpan México, 2016. Disponible en [https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/Hipertension\\_arterial\\_sistemica.pdf](https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/Hipertension_arterial_sistemica.pdf)  
Citado el 03 de Agosto del 2018.
30. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Disponible en [http://appswl.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=90249392&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=38&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v66n11a90249392pd f001.pdf&anuncioPdf= ERROR publi\\_pdf](http://appswl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90249392&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=38&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v66n11a90249392pd f001.pdf&anuncioPdf= ERROR publi_pdf) Citado el 03 de Agosto del 2018.
31. Papadakis MJ, McPHEE S. Hipertensión sistémica Capítulo 11. en diagnóstico clínico y tratamiento, 52 ava edición. Disponible en <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2197> Citado el 03 de Agosto del 2018.
32. Vidalón F. Clínica de la hipertensión arterial, para el médico general An Fac med. 2010;  
71(4):237-9. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a05v71n4.pdf>  
Citado el 03 de Agosto del 2018.
33. Tapia F, Martinez M, Cisneros M, Molier V, Tapia R, Velasquez O, et al guía técnica para capacitar a pacientes con hipertensión arterial, tiro de 25,000 ejemplares, Mexico 2002. Disponible en <Users/PC/Desktop/Nueva%20carpeta/bibliografia%20bases%20teoricas/DOC SAL7515.pdf> citado el 03 de Agosto del 2018.
34. [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lar/dionne\\_e\\_mf/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf)  
Citado el 10 de Agosto del 2018.

35. Palomino J, Peña J. Zevallos G, Orizano L. Metodología de la investigación guía para elaborar un proyecto en salud y educación 2017.
36. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS) Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios c/Doctor Aiguader, 80 E-08003 Barcelona. Disponible en [http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36\\_CUESTIONARIOpdf.pdf](http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf). citado el 14 de Agosto del 2018.
37. Berenguer L. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial MEDISAN 2016;20(11):5185. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016001100015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015)  
Citada el 30 de Julio del 2018
38. TUE Physician Guidelines Medical Information to Support the Decisions of TUE Committees Diabetes Mellitus. WADA- World Anti-Doping Program Version 3.0 June 2015 .  
[https://www.wada-ama.org/.../wada-tpg-diabetes\\_mellitus-3.0-es..](https://www.wada-ama.org/.../wada-tpg-diabetes_mellitus-3.0-es..)  
Citado el 29 de junio del 2019

# **ANEXOS**

## ANEXO 1: Matriz de Consistencia

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS ADULTOS  
MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL SAN  
JUAN DE LURIGANCHO, 2018

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable	Metodología	Población y Muestra
¿Cuáles son los factores de riesgo que se relacionan con la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018?	Determinar los factores de riesgo que se relacionan con la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.	Los factores de riesgo como la diabetes, obesidad, sedentarismo y tabaquismo, se relacionan significativamente con la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.	<p><b>Factores de riesgo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetes mellitus.</li> <li>2. Obesidad.</li> <li>3. Sedentarismo</li> <li>4. Tabaquismo</li> </ol> <p><b>Calidad de vida</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Función física</li> <li>2. Rol físico</li> <li>3. Dolor corporal</li> <li>4. Salud general</li> <li>5. Vitalidad</li> <li>6. función social</li> <li>7. rol emocional</li> <li>8. salud general</li> </ol>	<p><b>El diseño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Observacional</li> <li>-Descriptivo</li> <li>-Transversal</li> <li>-Tipo aplicada</li> </ul> <p>El diseño que utilizamos para mi investigación es el Diseño observacional - descriptivo</p>	<p>POBLACIÓN: 100</p> <p>MUESTRA</p>



**ANEXO 2: Ficha de recolección datos demográficos, factores de riesgo y cuestionario de calidad de vida.**

**1. DATOS GENERALES**

**a) Código:** \_\_\_\_\_

**b) Edad:** \_\_\_\_\_ :

1. 60-65 años
2. 66-70 años
3. 71-75 años
4. 76-80 años
5. 81 a más años

**C) Sexo:**

1. M
2. F

**D) Grado de instrucción:**

1. Sin estudios
2. Estudios primarios
3. Estudios secundarios
4. Estudios superiores

**E) Estado civil actual:**

1. Soltero
2. Casado
3. Separado
4. Viudo

**F) RAZA:** 1. Blanca

2. Mestizo

3. Negro

**2) P/A**\_\_\_\_/\_\_\_\_ **mmhg**

**a) Grado de hipertensión:**

1. Leve
2. Moderada
3. Severa

**b) ¿toma medicamentos?** 1) Si

2) No

3) A veces

### 3 FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN

#### A). Diabetes según historia clínica

1. Si
2. No

#### B). Obesidad: peso \_\_\_\_\_ / talla \_\_\_\_\_ IMC= peso/ tallax2

1. Si
2. No

#### C) CUESTIONARIO DE SEDENTARISMO

- 1) SI
- 2) NO

##### 1. ¿Cuántas horas al día pasas sentada?

- a) 6 o más.
- b) De 2 a 5.
- c) Menos de 2.

##### 2. ¿Si en un lugar hay ascensor o escaleras eléctricas?

- a) Los utilizo siempre, sin dudarlo.
- b) Normalmente, procuro no utilizarlos.
- c) Lo uso según la distancia a recorrer.

##### 3. ¿Tu trabajo requiere algún tipo de actividad física?

- a) Realizo trabajo en el que hay mucha actividad (construcción, cargar o trasladar materiales).
- b) Mi trabajo requiere un poco de actividad, pero no intensa en todo el día.
- c) Estoy todo el día en un despacho/oficina o casa

##### 4. ¿Cuántos días a la semana practicas deporte?

- a) 1 o 2 días por semana.
- b) 3 o más días.
- c) Ninguno.

**5. PIENSA en la última semana, ¿cuántos minutos al día calculas que has caminado (a paso ligero)?**

- a) Menos de 15 minutos al día.
- b) Unos 30 minutos 2 o 3 días a la semana.
- c) 30 minutos o más al menos 5 días a la semana.

**6. ¿Si tienes que correr puntualmente para alcanzar el autobús...?**

- a) Puedo hacerlo sin problemas.
- b) No me veo capaz. Prefiero perderlo y esperar al siguiente.
- c) Lo hago, pero al llegar me empieza a faltar el aire.

**7. ¿Cuántas horas seguidas ves la televisión al día?**

- a) Menos de 2 horas.
- b) De 2 a 4 horas.
- c) Más de 4 horas al día.

**8. Si en tu jornada laboral tienes un descanso (media hora mínimo), ¿qué haces?**

- a) Me quedo en mi lugar de trabajo, consultando el celular o la computadora.
- b) Aprovecho para salir a pasear un poco.
- c) A veces, si tengo que hacer algún pendiente lo hago

**9. PARA ir a trabajar o a hacer encargos durante el día...**

- a) Tomo el auto.
- b) Acostumbro a ir en transporte público.
- c) Generalmente suelo ir caminando a todas partes.

**10. EN cuanto a la limpieza y otras tareas del hogar**

- a) Reservo un día fijo a la semana para hacer las tareas de limpieza.
- b) Yo me encargo diariamente.
- c) Otras personas se encargan de realizar esa actividad.

**11 ¿Cuándo ves la tele, lo haces acostada?**

- a) Siempre
- b) b) A vece
- c) c) Nunca

**12 ¿Es frecuente que pidas ayuda para que te den o te pasen las cosas?**

a) Siempre b)

A veces c)

Nunca

**13. Cuando llegas a un lugar, ¿lo primero que haces es buscar un asiento?**

a) Siempre b)

A veces c)

Nunca

**14 ¿Al final del día sólo piensas en descansar?**

a) Siempre

b) Casi siempre

c) Nunca

#### **D) TABAQUISMO**

1) si

2) no

**a) En la actualidad, ¿Fuma usted tabaco diariamente, algunos días, o no fuma en absoluto?**

1. Si diariamente.

2. Si a veces

3. Deje de fumar hace mucho

4. no fuma.

**b), ¿ha fumado tabaco alguna vez?**

1. sí

2. no

**c) ¿Desde hace cuánto fuma o dejo de fumar?**

1. Hace más de un año

2. Hace más de 5 años

3. Hace más de 10 años

4. nunca fume

**d) ¿cuantas cajetillas al día o al mes?**

1. Más de una cajetilla.
2. Más de tres cajetillas
3. Más de cinco cajetillas
4. Ninguno

**Tomamos de referencia el cuestionario de sedentarismo valido internacionalmente**

Actividad física			
A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Le ruego que intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa.			
Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, que se trate de un empleo remunerado o no, de estudiar, de mantener su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo [inserte otros ejemplos si es necesario]. En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquéllas que implican un esfuerzo físico importante y que causan una gran aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco. Por otra parte, las "actividades físicas de			
Pregunta	Res	Código	
En el trabajo			
49	¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como [levantar pesos, cavar o trabajos de construcción] durante al menos 10 minutos consecutivos?	Sí 1	P1
50	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo?	Número de días <input type="text"/>	P
51	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P3 (a-b)
52	¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración	Sí 1	
53	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo?	Número de días <input type="text"/>	P5
54	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> hrs mins	P6 (a-b)
Para desplazarse			

En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, de las que ya hemos tratado.

Ahora me gustaría saber cómo se desplaza de un sitio a otro. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de

55	¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	Sí 1	P7
56	En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus	Número de días <input type="checkbox"/>	P8
57	En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse?	Horas : minutos <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> hrs mins	P9 (a-b)

En el tiempo libre

Las preguntas que van a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría tratar de deportes, fitness u otras

58	¿En su tiempo libre, practica usted deportes/fitness intensos que impliquen una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como [correr, jugar al fútbol] durante <del>al menos 10 minutos consecutivos?</del>	Sí 1	P10
59	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes/fitness intensos en su tiempo libre?	Número de días <input type="checkbox"/>	P11
60	En uno de esos días en los que practica deportes/fitness intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	Horas : minutos <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> hrs mins	P12 (a-b)

## CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

### INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

### MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es

- 1 " Excelente
- 2 " Muy buena
- 3 " Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 " Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 " Algo mejor ahora que hace un año
- 3 " Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

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

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

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

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

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

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1 " Sí
- 2 " No

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

- 1 " Sí
- 2 " No

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

- 1 " Sí
- 2 " No

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



- 1 " Sí
- 2 " No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿cómo estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 " Sí
- 2 " No

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

- 1 " Sí
- 2 " No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 " Sí
- 2 " No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

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

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

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

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

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

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.**

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

- 1 " Siempre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1 " Siempre
- 2 " Casi siempre
- 3 " Muchas veces
- 4 " Algunas veces

- 5 " Sólo alguna vez
- 6 " Nunca

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

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

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

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

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

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

**POR FAVOR DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA DE LAS SIGUIENTES FRASES:**

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 " Totalmente cierta
- 2 " Bastante cierta
- 3 " No lo sé

- 4 " Bastante falsa
- 5 " Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

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

TABLA 6.11 FÓRMULAS PARA PUNTUAR Y TRANSFORMAR LAS ESCALAS

Escala	Suma final de los valores de los ítems (después de recodificar los ítems según las tablas 6.1-6.8)	Puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda
Función Física	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10, 30	20
Rol Físico	4a+4b+4c+4d	4, 8	4
Dolor Corporal	7+8	2, 12	10
Salud General	1+11a+11b+11c+11d	5, 25	20
Vitalidad	9a+9e+9g+9i	4, 24	20
Función Social	6+10	2, 10	8
Rol Emocional	5a+5b+5c	3, 6	3
Salud Mental	9b+9c+9d+9f+9h	5, 30	25

## Fórmula y ejemplo de transformación de las puntuaciones crudas

$$\text{Escala Transformada} = \left[ \frac{(\text{Puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible})}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \right] \times 100$$

**Ejemplo:** Una puntuación cruda de 21 en la escala de Función Física se transformaría de la siguiente manera:

$$\left[ \frac{(21-10)}{20} \right] \times 100 = 55$$

Donde la mínima puntuación posible es = 10 y el máximo rango posible es = 20

**TABLA I** CONCEPTOS DE SALUD; NÚMERO DE ÍTEMS Y NIVELES; RESUMEN DEL CONTENIDO DE LAS OCHO ESCALAS DEL SF-36 Y DEL ÍTEM DE LA EVOLUCIÓN DE LA SALUD

	N°. de ítems	N°. de niveles	Resumen del contenido
Función Física (PF)	10	21	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.
Rol Físico (RP)	4	5	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
Dolor Corporal (BP)	2	11	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
Salud General (GH)	5	21	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse.
Vitalidad (VT)	4	21	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
Función Social (SF)	2	9	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
Rol Emocional (RE)	3	4	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
Salud Mental (MH)	5	26	Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.
Evolución Declarada de la Salud (HT)	1	5	Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.

### ANEXO 3: Ficha de Validación por Jueces Expertos

#### ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuado.			
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y entendibles.			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

#### SUGERENCIAS:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
**FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)**

**Ficha de Validación por Jueces Expertos**

**ESCALA DE CALIFICACIÓN**

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

**SUGERENCIAS:**

.....

.....

.....

.....

.....


**MINISTERIO DE SALUD**  
**INSTITUTO DE ORTÓN DE SERVICIOS DE SALUD**  
**HOSPITAL REGIONAL DE LUJÁN**  
  
 Lic. LUCÍA INOÑÁN NOGUEZ  
 Tecnólogo Médico - Fisioterapia Cardiorrespiratoria  
 CTM. 5626 . RNE. 0014  
**FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)**



## Ficha de Validación por Jueces Expertos

### ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

**SUGERENCIAS:**

*Abraxar la puntuación que permita comprender la variable calidad de vida en términos de buena o mala calidad de vida.*

*Deysi Díaz Ramos*  
*Hg. Psicología Educativa*

*[Firma]*  
**FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)**

*DNI 41322569.*

### Ficha de Validación por Jueces Expertos

#### ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

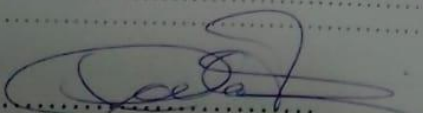
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
  
 .....  
**FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)**

.....  
 Facultad de Educación  
 Universidad del Magdalena  
 Programa de Maestría en Ciencias del Magisterio  
 Bogotá, Colombia

**ANEXO 4: Valoración del Juicio de Expertos**  
**JUICIO DE EXPERTOS**

**Datos de calificación:**

1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3. La estructura del instrumento es adecuado.
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6. Los ítems son claros y entendibles.
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.

CRITERIOS	JUECES			VALOR P
	J1	J2	J3	
1	1	1	1	3
2	1	1	1	3
3	1	1	1	3
4	1	1	1	3
5	1	1	1	3
6	1	1	1	3
7	1	1	1	3
TOTAL	7	7	7	21

1: de acuerdo      0: desacuerdo

**PROCESAMIENTO:**  
 Ta: N° TOTAL DE ACUERDO DE JUECES  
 Td: N° TOTAL DE DESACUERDO DE JUECES

Prueba de Concordancia entre los Jueces:

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

b: grado de concordancia

significativa b:  $21 \times 100 =$

**1.0**

21

Según Herrera

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta



**Confiabilidad del instrumento: VALIDEZ PERFECTA**

**CONFIABILIDAD** Al realizar el piloto se pudo realizar la confiabilidad del instrumento, a través del alfa de crombach el cual se obtuvo -6.79. En conclusión, se obtuvo una confiabilidad moderada.

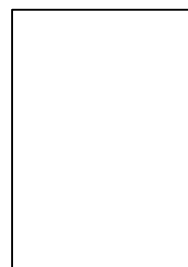
## ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante. La presente investigación es conducida por la Lic. Rita Ana Pérez Samanamud y la Lic. Natali Saca Herrera, en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho. El objetivo de este estudio es evaluar los factores de riesgo y la calidad de vida de los pacientes con hipertensión. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de un cuestionario donde se registrará la información sociodemográfica (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, raza, practica y frecuencia de actividad física,) y otro donde marcaras respuestas acerca de su calidad de vida, Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, ya que ha sido informado (a) oportunamente de todo el procedimiento que se llevará a cabo en este estudio.

---

Firma



## Anexo 6: Carta de presentación de la Universidad Wiener

**Universidad  
Norbert Wiener**

*Lima, 14 de septiembre del 2018.*

**CARTA N° 404-09-OS-2018-DFCS-UPNW**

**SEÑOR DIRECTOR  
PEDRO PABLO SILVA MARTEL  
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO  
Presente.**

*Mediante la presente le manifiesto el saludo institucional y el mío propio. Asimismo, le solicito tenga a bien brindarnos la autorización para que las estudiantes egresadas **PÉREZ SAMANAMUD RITA ANA** con código a2017801683 y **SACA HERRERA NATALI** con código a2017801679 de la EAP. Tecnología Médica en la Segunda Especialidad de Cardiorrespiratoria, realicen la recolección de datos del Proyecto de Tesis: **“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2018”**.*

*Sin otro particular quedo de usted, no sin antes agradecer la atención que le brinde a la presente, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi más alta consideración y estima personal.*

*Atentamente,*



*Oswaldo Eduardo Salaverry García*  
Decano  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

*c.c. Archivo*

## Anexo 7: Solicitud de inicio de recolección de datos al Hospital San Juan de Lurigancho.

"AÑO DEL DIALOGO Y DE LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

Solicitud de inicio de recolección de datos al  
Hospital San Juan de Lurigancho

Lima, 01 de octubre del 2018

Señor

DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO


Presente.-


De nuestra especial consideración:

Mediante el presente nosotras, Lic. Rita Ana Pérez Samanamud y Natali Saca Herrera, como estudiantes de la segunda especialidad de cardiorrespiratorio de la EAP de Tecnología Médica de la Universidad Norbert Wiener, solicitamos su autorización para la realización de recolección de datos del proyecto de investigación "FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DEL HOSIPTAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2018", cuya asesora metodológica es la Dra. Arispe Alburqueque Claudia.

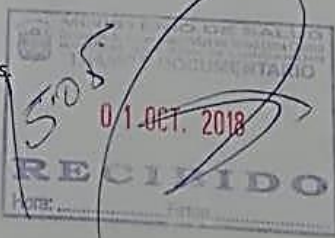
Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para su institución y que tomaran los resguardos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades propias del servicio. De igual manera se entregara a los pacientes un consentimiento informado donde se les invita a participar del proyecto y se les pide su autorización para ser evaluados.

Sin otro, particular no sin antes agradecer su atención brindada, nos despedimos atentamente.

  
Lic. Rita Ana Pérez Samanamud  
CTMP 8772  
DNI: 40895007


  
Lic. Natali Saca Herrera  
CTMP 11641  
DNI: 42461218

Adjunto: Carta de presentación de la universidad y proyecto de tesis.





**Anexo 8: Memorandum de aprobación para el inicio de la recolección de datos en el Hospital San Juan de Lurigancho.**

 **PERÚ** Ministerio de Salud  
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro  
"Tu salud es nuestro compromiso"

Hospital San Juan de Lurigancho  
"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

**MEMORANDUM N° 352-2018-UADI-HSJL**

**CARGO**

**A :** MC. SANYO EFRAIN ASENCIOS TRUJILLO  
Jefe del Departamento de Medicina

**ASUNTO :** FACILIDADES PARA DESARROLLAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

**ATENCIÓN :** Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

**FECHA :** Canto Grande, 18 de Octubre del 2018

**RECIBIDO**  
MINISTERIO DE SALUD  
DGA IV - LIMA ESTE  
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
19 OCT 2018  
FIRMA: [Firma] HORA: 9:18


Por medio del presente es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y a la vez hacerle de conocimiento que con la finalidad de desarrollar el Proyecto de Investigación titulado: **"FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2018."**, el cual ha sido revisado por el Comité de Ética investigación.

Por lo expuesto solicito a usted, se brinde las facilidades a los tesisistas. PÉREZ SAMANAMUD RITA ANA y SACA HERRERA NATALI, para el desarrollo de programa en mención y desarrollo el estudio de Investigación en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho y optar Post Grado de la Segunda especialidad.

Agradeciendo su atención al presente quedo de usted no sin antes reiterarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,

**Servicio de Medicina Física y Rehabilitación**  
9.20.19.10.18 [Firma]  
**RECIBIDO**

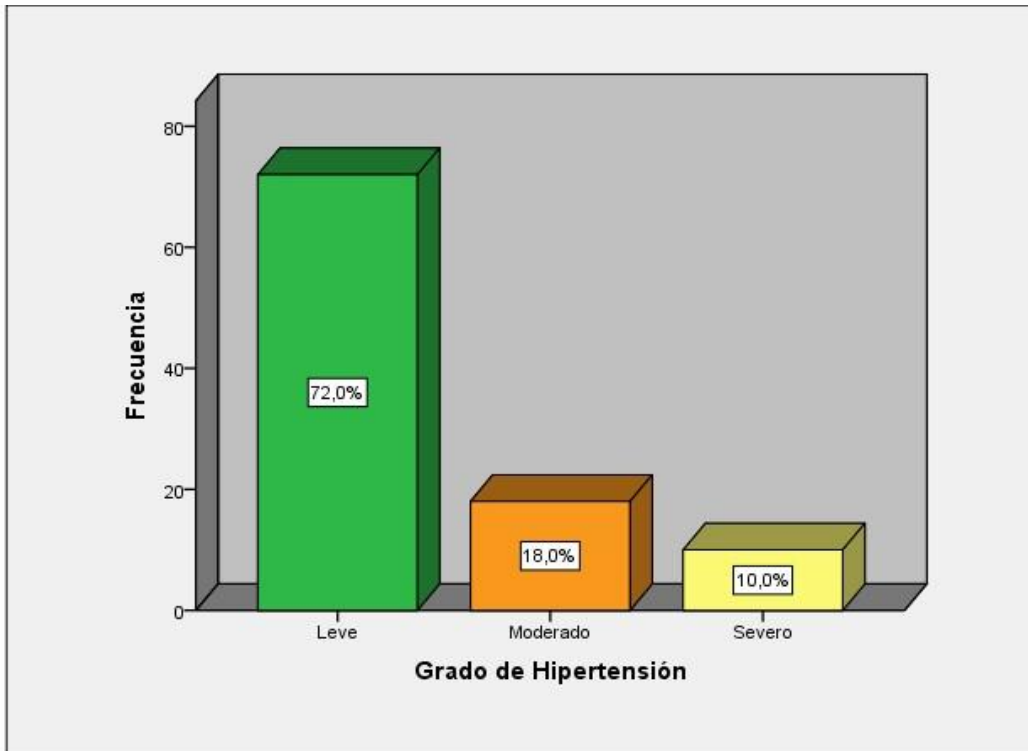
  
MC. PORFIRIO F. CHANGA CAMPOS  
JEFE (E) DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

HEMRAUC  
CC/Archivo

HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO - UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION  
AV. CANTO GRANDE S/N ALT. PARADERO 11 TEL. 388-6515 3872300 - ANEXO 275

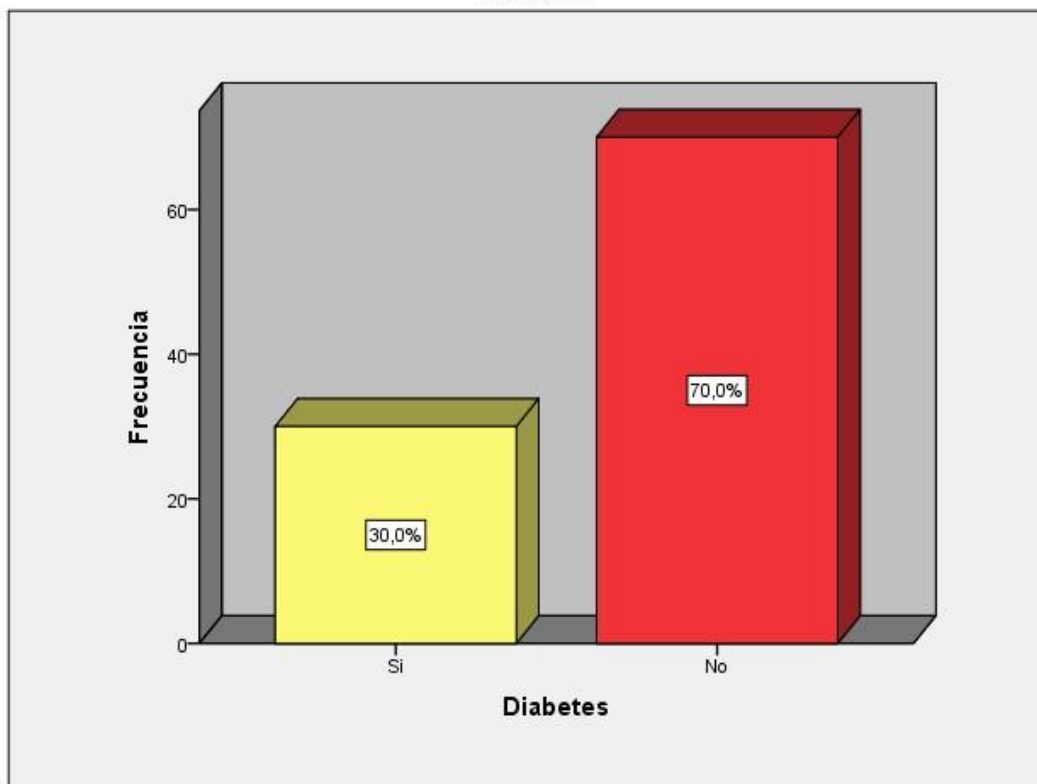
## Anexo 9: Gráficos Estadísticos

### HIPERTENSIÓN

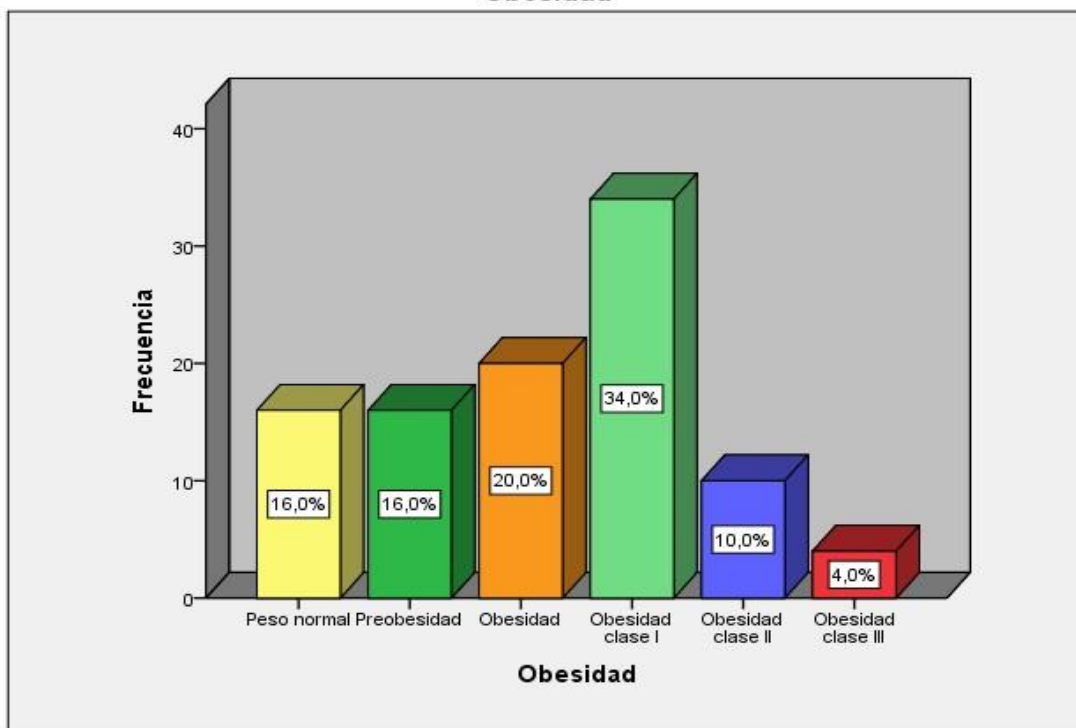


## FACTORES DE RIESGO

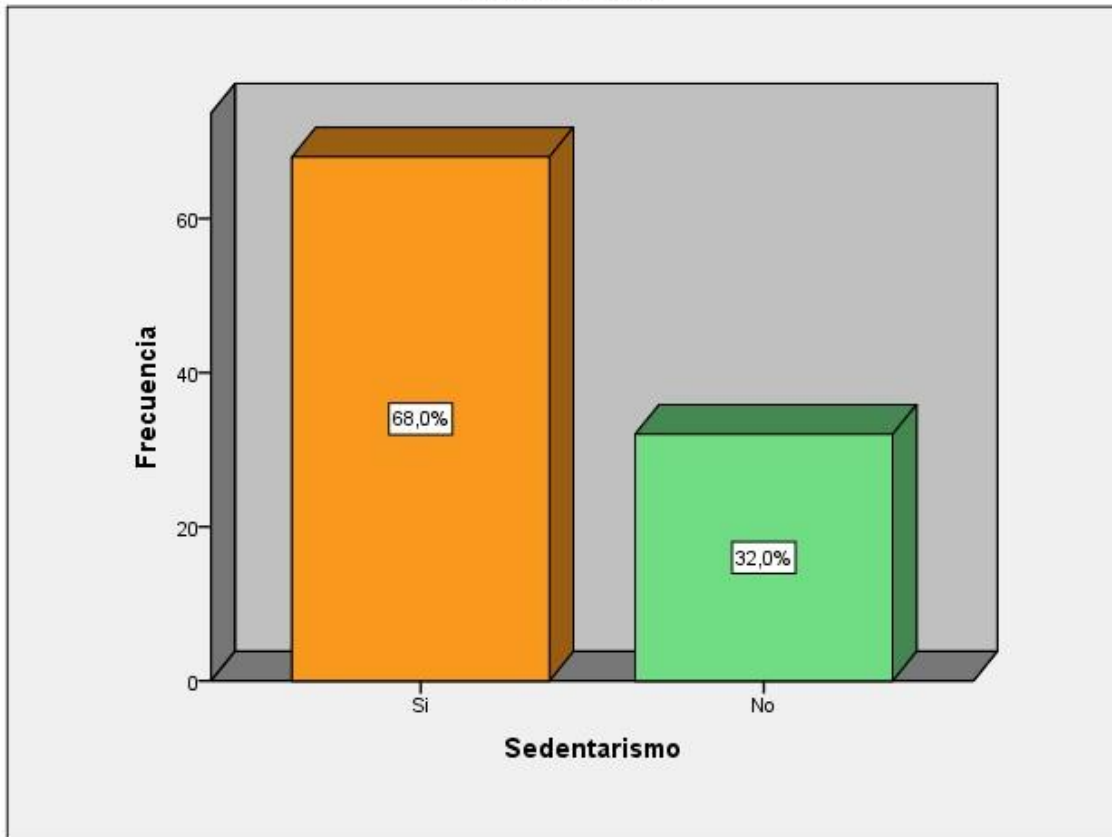
### Diabetes



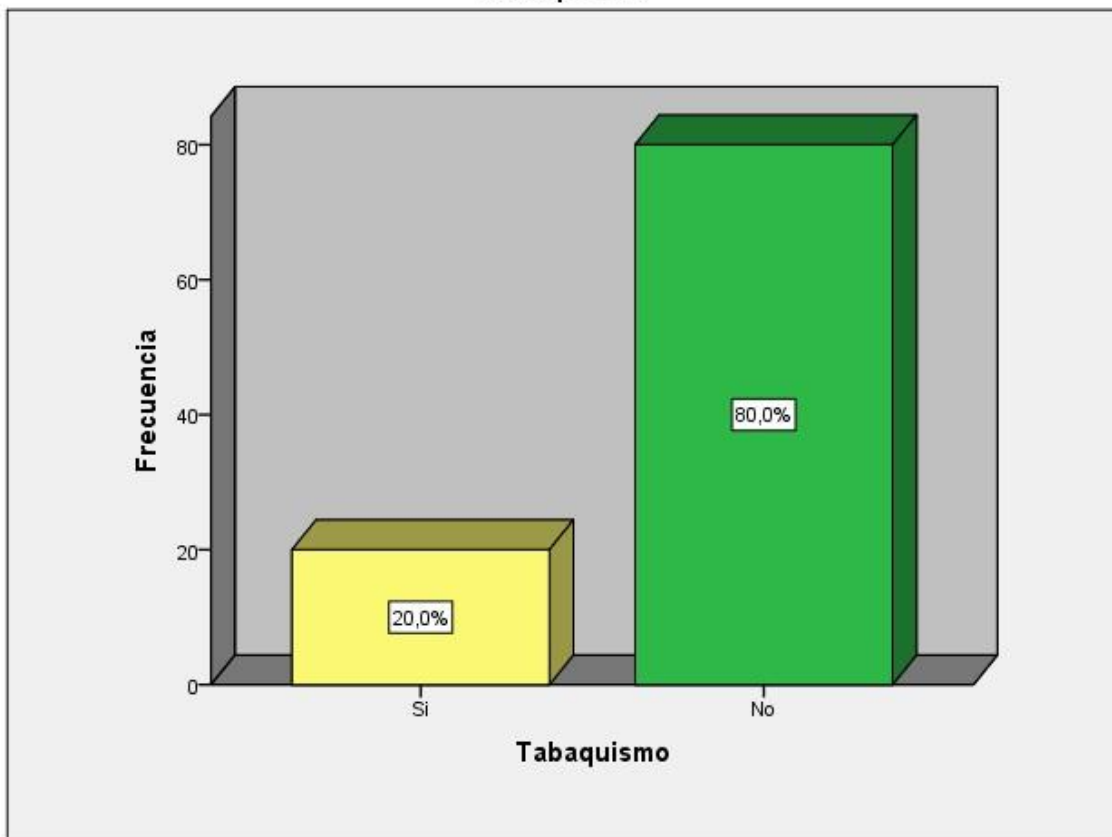
### Obesidad



### Sedentarismo



### Tabaquismo

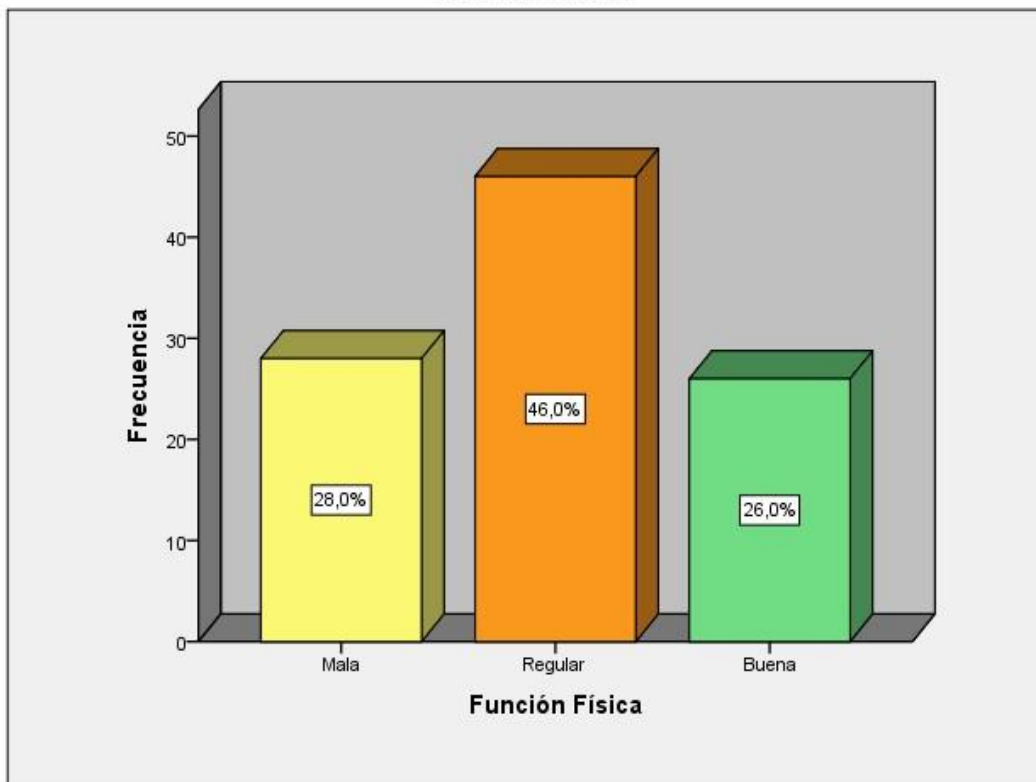


## PUNTUACION DE LAS 8 DIMENCIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

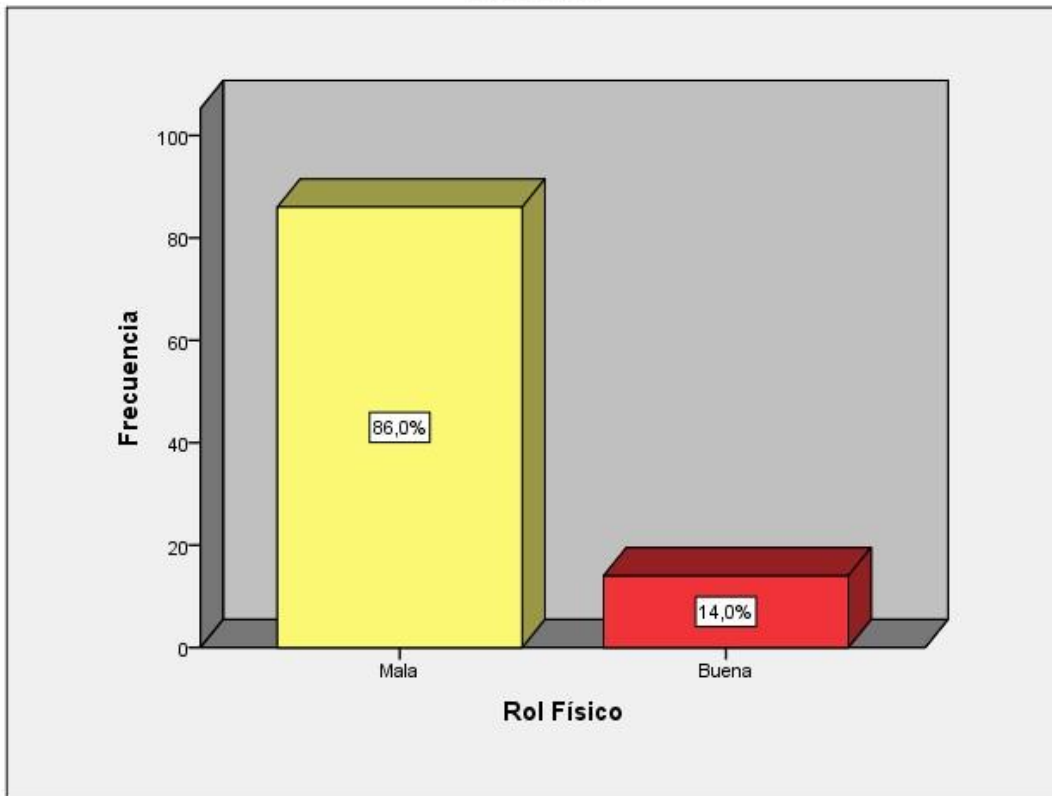
Baremo realizado a través de la técnica de estaninos

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Mala	[ 0 - 28]	[ 0 -25]	[32- 43]	[ 20 a 36]	[ 10 a 40]	[ 13-40]	[ 0-33]	[ 12-41]
Regular	[ 29 - 63]	[ 26- 39]	[44 -71]	[ 37 61]	[ 41 a 69]	[ 41 76]	[34-68]	[ 42 -67]
Buena	[64- 95]	[40-100]	[ 72- 100]	[ 62 a 82]	[ 70- 100]	[ 77 100]	[69-100]	[ 68-92]

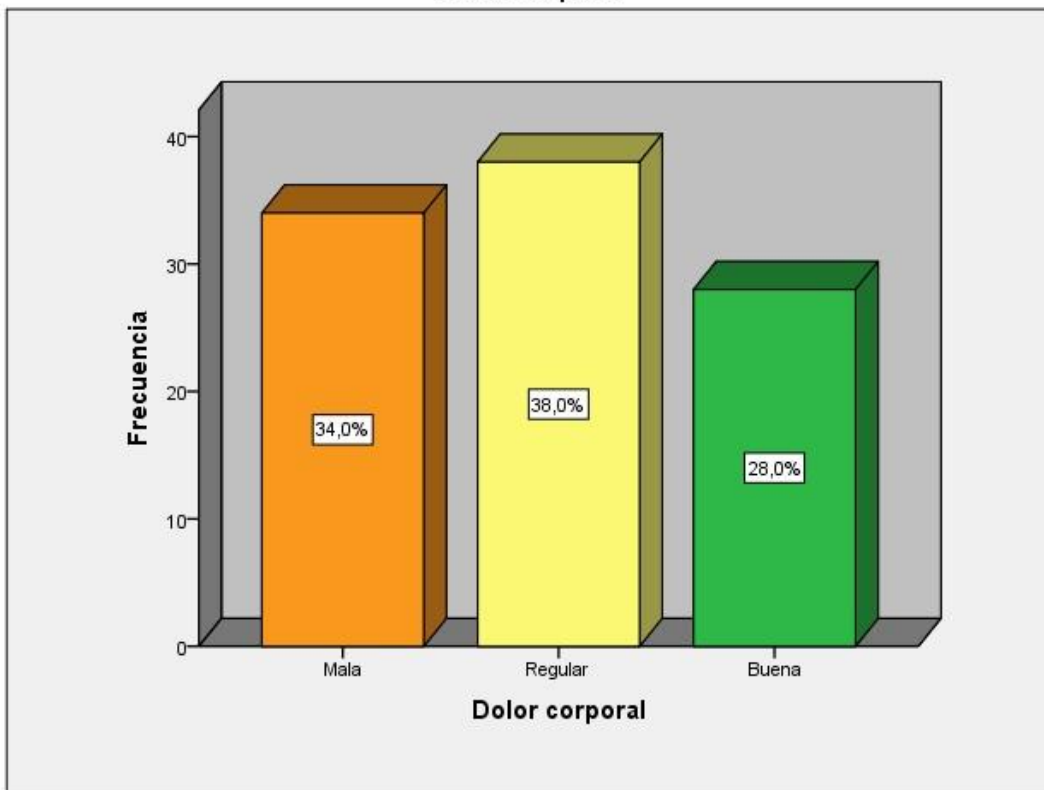
**Función Física**



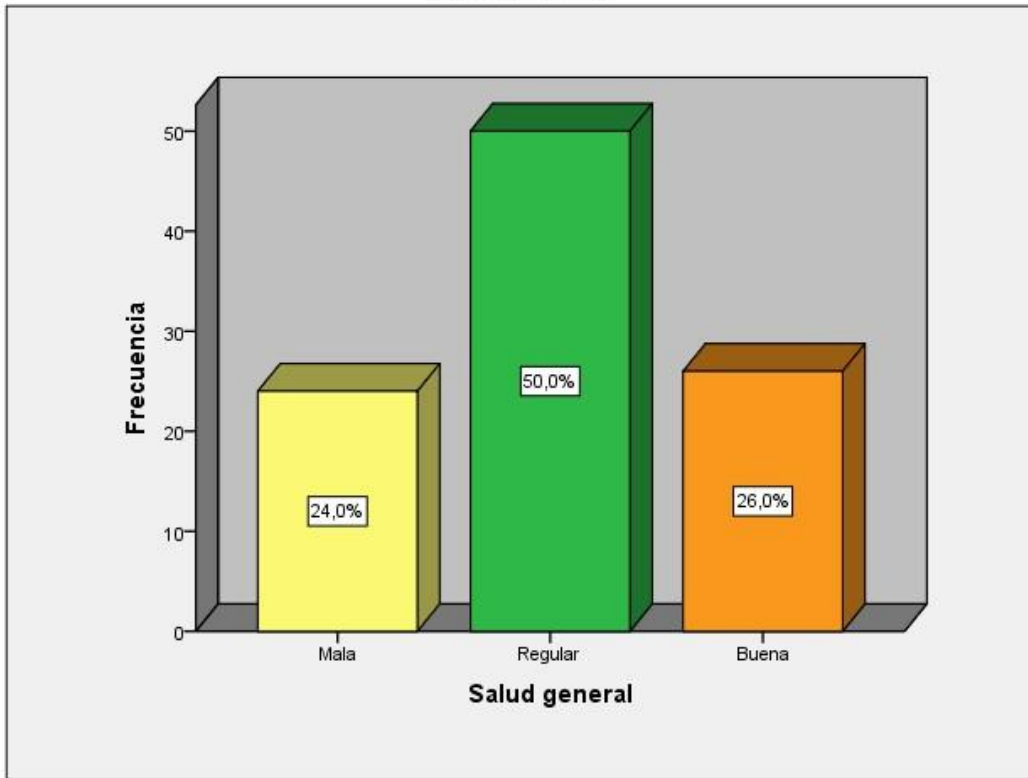
**Rol Físico**



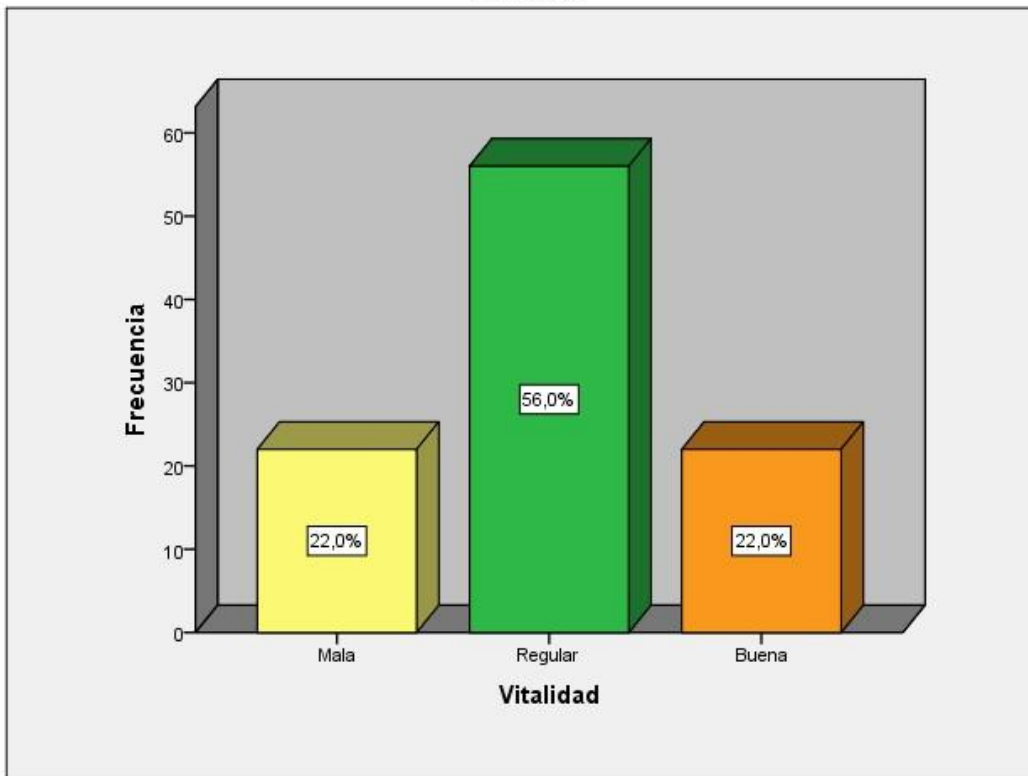
**Dolor corporal**



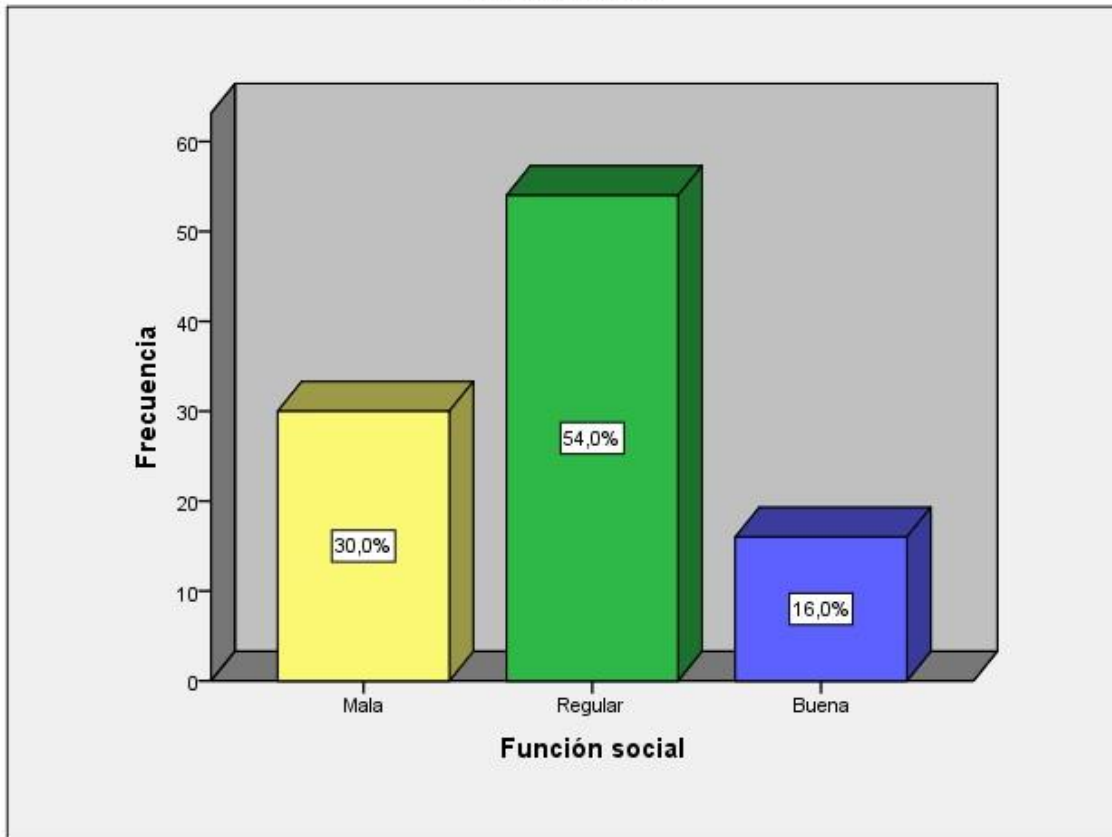
**Salud general**



**Vitalidad**

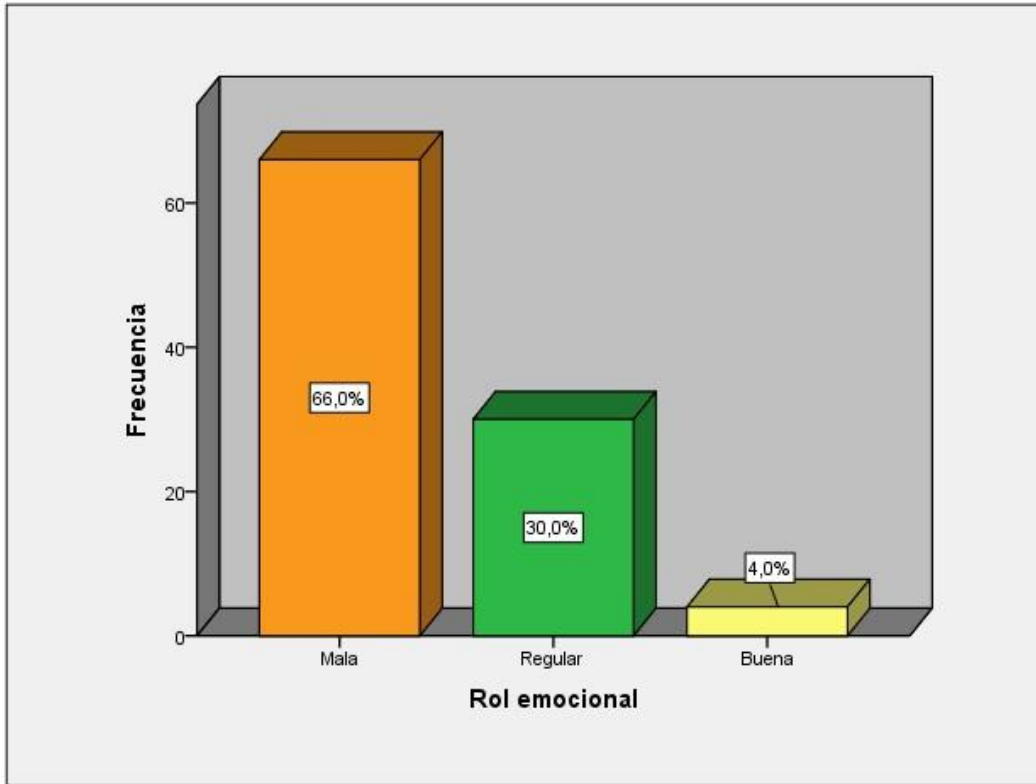


### Función social





**Rol emocional**



## Fotos



