



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Calidad de vida en pacientes con hipotiroidismo subclínico
atendidas en la Clínica Varos Abancay, 2021

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Leon Sotomayor, Miriam Mileydi (orcid.org/0000-0001-6923-0662)

ASESORA:

Mag. Castañeda Núñez, Eliana Soledad (orcid.org/0000-0003-3516-1982)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas de los Servicios de Salud

LIMA – PERÚ

2021

Dedicatoria

A mi mamá, quien es mi mayor fortaleza para seguir logrando todas mis metas y objetivos trazados, que sin ella a mi lado no sería posible realizarlos, de la misma forma dedico esta tesis a dos personitas muy especiales, a mi padre y mi hermana, que a pesar de que no se encuentran a mi lado, sé que desde el cielo me cuidan y me protegen siempre en este camino de la vida.

Agradecimiento

A nuestro Altísimo Señor Jesús, por permitirme seguir en vida a pesar de todas las dificultades de vida y salud, gracias a mis hermanos, sobrinos y a toda mi familia, quienes son mi mejor ejemplo para seguir cumpliendo mis metas trazadas.

A esa persona especial, mi compañero de vida, por ayudarme en todo este proceso de superación.

A las doctoras Eliana y Lilian, quienes fueron formadoras de este trabajo continuo, por su guía y dedicación personal para salir victoriosa y obtener resultados óptimos, muchas gracias les doy de todo corazón.

A la Universidad César Vallejo, por permitir seguir forjando buenos profesionales que podamos compartir a futuro nuestros conocimientos con las demás personas y ser ejemplo de superación para las siguientes generaciones.

Índice de Contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. Introducción	1
II. Marco teórico	7
III. Metodología	17
3.1. Tipo y diseño de investigación	17
3.1.1. Tipo	17
3.1.2. Nivel	17
3.1.3. Enfoque.....	17
3.1.4. Diseño	17
3.2. Variables de operacionalización.....	18
3.2.1. Definición conceptual	18
3.3. Población, muestras y muestreo	18
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	18
3.4.1. Técnicas.....	18
3.4.2. Instrumento	19
3.4.3. Validez	19
3.5. Procedimientos	20
3.6. Métodos de análisis de datos.....	20
3.7. Aspectos éticos	20
IV. Resultados	22
V. Discusión	28
VI. Conclusiones	31
VII. Recomendaciones	33
Referencias	35
Anexos	37

Índice de Tablas

Tabla 1 Determinación del resultado total dentro de los parámetros determinados de calidad de vida con relación a la característica demográfica edad	22
Tabla 2 Determinación de la calidad de vida en la dimensión física con relación a la edad.....	23
Tabla 3 Determinación de la calidad de vida en la dimensión rol físico con relación a la edad.....	24
Tabla 4 Determinación de la calidad de vida en la dimensión dolor corporal con relación a la edad	24
Tabla 5 Determinación de la calidad de vida en la dimensión salud en general con relación a la edad	25
Tabla 6 Determinación de la calidad de vida en la dimensión vitalidad con relación a la edad.....	25
Tabla 7 Determinación de la calidad de vida en la dimensión función social con relación a la edad	26
Tabla 8 Determinación de la calidad de vida en la dimensión rol emocional con relación a la edad	26
Tabla 9 Determinación de la calidad de vida en la dimensión salud mental con relación a la edad	27

Resumen

El objetivo de este estudio es conocer cómo es la calidad de vida con relación a la edad de pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo subclínico en la clínica Varos Abancay, 2021. Este estudio es de tipo básico de nivel descriptivo de corte transversal de diseño no experimental. La muestra de este presente estudio estuvo formada por 87 pacientes que asistieron a varias citas en endocrinología y tos, mayores de 14 años, a dichas personas se les entrevistó mediante uno de los cuestionarios que mide la calidad de vida (cuestionario SF-36) dicho cuestionario mide ocho dimensiones: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Dichos puntajes para la aplicación de este cuestionario fueron malos en un rango de (0-72), regular en un rango de (73-100) y buena en un rango de (101-107) puntos. Finalmente, se obtuvo como resultados que la mayor parte de los pacientes con hipotiroidismo subclínico presentaron una calidad de vida buena con un 44.83 %, el 55.17 % de los pacientes diagnosticados con este trastorno presentaron una calidad de vida de resultado regular y el 0 % de los pacientes no manifestaron tener una mala calidad de vida. Conclusión: se obtuvo que con los 87 pacientes encuestados, más del 50 % manifestó tener una regular calidad de vida y el restante menos de la mitad presentó una buena calidad de vida.

Palabras clave: calidad de vida, hipotiroidismo subclínico, salud.

Abstract

The objective of this study is to know how the quality of life is in relation to their age of patients with a diagnosis of subclinical hypothyroidism at the Varos Abancay clinic, 2021. The sample of this present study consisted of 87 patients who attended several appointments In endocrinology for those over 14 years of age, these people were interviewed using one of the questionnaires that measures quality of life (questionnaire SF-36), said questionnaire measures eight dimensions: physical function (FF), physical role (RF), pain body (CD), general health (SG), vitality (V), social function (FS), emotional role (RE), and mental health (SM). Said scores for the application of this questionnaire were bad in a range of (0-72), fair in a range of (73-100) and good in a range of (101-107) points. Finally, the results were obtained that most of the patients with subclinical hypothyroidism presented a good quality of life with 44.83%, 55.17% of the patients diagnosed with this disorder in a quality of life with a regular result and 0 % of the patients did not report having a poor quality of life. Conclusion: it was finally arrived at, it was obtained that of the 87 surveyed patients, more than 50 % said they had a regular quality of life and the remaining less than half had a good quality of life.

Keywords: health, quality of life, subclinical hypothyroidism.

I. Introducción

La valoración de calidad de vida viene desde la segunda mitad de los años 60, su definición no está clara debido a la diversidad de enfoques teóricos, así como a la complejidad de su estudio. Todos los años se viene dando el uso frecuente de la «calidad de vida» en distintos contextos, médicos, psicológicos, políticos, sociológicos y de más (Fernández, 2005). El trabajo de salud enfocado en lo positivo lleva consigo la práctica de la calidad de vida, en tal sentido, se enfoca la dimensión importante que tiene buscando resultados óptimos para su desarrollo. Entorno a la salud, cuando una persona se siente enferma, puede dañar la extensión de calidad de vida, pero no solo la salud interviene en estas dimensiones sino también otros aspectos como la familia, el trabajo y demás que lo pueden deteriorar conduciendo de esta manera a la aparición de enfermedades, entonces, el mal manejo de calidad de vida trae efectos negativos en los individuos, tanto en la salud en general como en todos los espacios de la vida de una persona (Soto 2004).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) especifica que la calidad de vida es la representación que las personas tienen en torno a su realidad cotidiana de vida, en el contexto de la salud, libertad y satisfacción con la vida, de la mano de su valores, virtudes, aspiraciones, beneficios y perspectivas propias; poniéndose de manifiesto el estado de salud mental, social y físico que lleva. Paralelamente, la apreciación de calidad de vida abarca familia, trabajo, vecinos, amigos, etcétera; cada una de ellas comprendidas en la parte estructural, emocional y social de los individuos (Botero, 2007). Otras de las entidades que conceptualizan a la calidad de vida es la Organización Panamericana de la Salud (OPS), afirma que para que exista una optimización continua de la calidad de vida, se debe cambiar el cuidado integral de los servicios de salud, exponiendo como prueba que el menos del 30 % de los pobladores no cuenta con atención de salud, teniendo como consecuencia una mala calidad de vida, desde hace años atrás se viene trabajando sobre la atención universal de la salud a todas las personas de manera gratuita.

Sabiendo que este es un derecho primordial que deberían tener todas las personas, se realiza hincapié a lo expresado por la OMS, quien habla sobre la prevención y el control de las patologías no transmisibles, concede el fortalecimiento a las ocupaciones de salud pública, enfocándose en los componentes de peligros usuales de las patologías no transmisibles, teniendo una cifra, según estimaciones, que 57 millones de muertes fueron de patologías no transmisibles, muchas de estas se encuentran relacionadas a la mala calidad de vida que tenían dichas personas, y que el 80 % se produjo en territorios subdesarrollados (OMS, 2012). El hipotiroidismo subclínico es una de las enfermedades endocrinológicas más comunes en todos los conjuntos de edades, que se incrementa de forma importante en el conjunto de personas mayores de edad, encontrándose una prevalencia en unidades adultas de hasta 7.5. El hipotiroidismo subclínico se crea debido a un tipo de trastorno que pasa en pacientes primordialmente sin sintomatología alguna, y se caracteriza por resultados de cifras altas de la hormona estimulante del tiroides (tirotropina TSH), con niveles habituales de hormonas tiroideas tiroxina (T4) y la triyodotironina (T3). Diversos estudios han demostrado que el 30 % de los pacientes con hipotiroidismo subclínico realiza hipotiroidismo a 10 años y solo un 4 % de los pacientes con hipotiroidismo subclínico normalizan sus valores de TSH.

El hipotiroidismo subclínico se crea gracias a un trastorno que pasa en individuos principalmente asintomáticos, y se caracteriza por el descubrimiento de cifras altas de la hormona estimulante del tiroides tirotropina (TSH), con niveles típicos de hormonas tiroideas tiroxina (T4) y la triyodotironina (T3). Diferentes estudios han demostrado que el 30 % de los pacientes con hipotiroidismo subclínico ejecuta hipotiroidismo a 10 años y solo un 4 % de los pacientes con hipotiroidismo subclínico normalizan sus valores de TSH (García, s. f.). Según refiere un estudio de Mercer (2019), como resultado refiere que de 231 ciudades, Lima está ubicada en el lugar 124, por tres años seguidos como una de las ciudades más inestables, dicho esto, esta encuesta en su análisis refiere sobre la calidad de vida distribuidos en 39 componentes y 10 categorías (entorno político y social, entorno económico, ámbito sociocultural, consideraciones médicas y de salud, escuelas y enseñanza,

servicios públicos y transporte, recreación, bienes de consumo, alojamiento, y ámbito natural).

La clínica Varos ubicada en el jr. La Victoria B3 obtuvo información gracias a las historias clínicas detalladas por el endocrinólogo Hugo Juro Córdova. El trastorno de hipotiroidismo subclínico se presenta en dichos pacientes, muchos de ellos acuden a sus citas mensuales y trimestrales; la gran mayoría son adultas féminas, que describen cómo es el comportamiento de dicha patología en su organismo y como lo vienen adaptando a su vida cotidiana después de ser diagnosticadas, de manera que este trastorno viene desequilibrando su calidad de vida. Esta averiguación se justifica de forma teórica observando que se necesita el análisis e indagación de una de las patologías no transmisibles que tiene prevalencia en dichos últimos años, principalmente en la población femenina, dañando en un porcentaje su calidad de vida, por ello, este estudio está dirigido a incrementar o saber un poco más acerca del comportamiento del hipotiroidismo subclínico, ya que este trastorno sigue en constante investigación y aportes, pero sobre todo pone una base en la provincia de Abancay sobre dicha investigación ya que no existe, de esta manera, se puede contribuir y concientizar a la población a realizarse exámenes de laboratorio oportunos sobre este trastorno que viene creciendo a nivel mundial, nacional y local.

Como justificación práctica se resalta la relevancia del estudio, debido a que su abordaje es insuficiente, y se hace inagotable ante el reto que implica, motivo por el cual los resultados de la investigación serán muy valiosos para el personal de salud, quienes desde su praxis pueden transmitir conocimientos novedosos y fundamentados con relación a la calidad de vida de pacientes con hipotiroidismo subclínico. Así mismo, desde la perspectiva social, el estudio ayudará a conocer más sobre este trastorno que se viene propagando silenciosamente no solo a nivel mundial, también nacional y localmente; ayudando a la población a aumentar en cuanto al conocimiento, de las consecuencias, y la prevención a largo plazo a realizarse los exámenes de laboratorio en tiempo oportuno y a mejorar la calidad de vida para no desarrollar no solo esta patología, si no muchas de las enfermedades no transmisibles.

La presente indagación se justifica, ya que realiza una temática importante y de efecto a partir del saber de la salud pública, que la calidad de vida de los individuos con hipotiroidismo subclínico impacta en la salud poblacional mixta; sin embargo, según estudios, se muestra en más grande porcentaje en el género femenino, por lo cual, el análisis se efectúa para que sirva de motivo primordialmente en la clínica mencionada y para toda la población abanquina, con ello se muestra el valor de esta enfermedad poco mencionada o famosa en esta población efectuándose una correlación con la calidad de vida que llevan estos pacientes, llegando a perjudicar no solo la salud de la paciente sino su seguridad física, emocional, de la mente y social.

Es fundamental resaltar que una vez que una persona muestra síntomas de mala calidad de vida, como por ejemplo, escasa actividad física, mala ingesta de alimentos, estrés familiar, estrés gremial, entre otros, tiene más posibilidad que se esté viendo afectada la salud de una persona con pronóstico de hipotiroidismo subclínico, y también conocer si esta afección está aumentando o disminuyendo los síntomas mencionados un año antes de ser diagnosticados y luego de un año de recibir un tratamiento oportuno. Por lo cual, es indispensable conocer el mal que puede provocar esta enfermedad si no se diagnostica a tiempo, en este sentido, la averiguación contribuirá de manera significativa a la comprensión de la verdad en relación a la temática y el material bibliográfico que existe, por lo cual podría ser motivo para estudios análogos en otras poblaciones distintas.

Desde el punto de vista práctico, resalta la relevancia del estudio debido a que su abordaje es insuficiente, y se hace inagotable ante el reto que implica, motivo por el cual, los resultados de la investigación serán muy valiosos para el trabajador de salud que trabaja en el área de endocrinología y laboratorio, no solo en clínicas particulares sino también puede ser aplicada en centros y hospitales, quienes desde su praxis, pueden transmitir conocimientos novedosos y fundamentados con relación al hipotiroidismo subclínico y la calidad de vida. El análisis además es pertinente porque ayudará a la sociedad a cambiar en cuanto al entendimiento, secuelas de no tratarse a tiempo, tener una vida desordenada, no hacerse los análisis a tiempo, y a darle más trascendencia al bienestar propio, como

resultado se tendrá una degradada calidad de vida que presentan estas personas con pronóstico de hipotiroidismo subclínico. Así mismo, es necesario resaltar que la investigación proporcionará aportes significativos en la resolución de la problemática expuesta, destacando que en el Perú gran cantidad de personas padecen de hipotiroidismo subclínico y que dicho trastorno viene afectando la calidad de vida de dichos pacientes sin darse cuenta por ello (Grimaldos et al., 2019). Por todo lo manifestado, se necesita saber si existe una interacción relevante entre el hipotiroidismo subclínico y la calidad de vida, por lo que este análisis es de gran valor para la sociedad.

Dentro de la metodología aplicada para este estudio es necesario medir la calidad de vida de los pacientes con hipotiroidismo subclínico atendidos en la clínica Varos Abancay, para ello es necesaria la aplicación de un cuestionario para lograr una adecuada medición, dicho cuestionario es el SF-36, de manera que esta investigación servirá de ayuda no solo a la clínica si no a investigaciones que son escasas acerca de este trastorno.

En referencia a los problemas de investigación mencionados. El principal problema de la investigación es ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida de pacientes diagnosticados con hipotiroidismo subclínico atendidos en la clínica Varos, Abancay, 2021?

Por todo lo expresado, este estudio tiene como objetivo general determinar la calidad de vida de pacientes diagnosticados con hipotiroidismo subclínico atendidos en la clínica Varos Abancay, 2021. Los objetivos específicos son determinar la apreciación de calidad de vida según la función física (FF), determinar la apreciación sobre la calidad de vida con respecto al rol físico (RF), determinar la apreciación sobre la calidad de vida con respecto al dolor corporal (DC) determinar la apreciación sobre la calidad de vida con respecto a la salud en general (SG), determinar la apreciación sobre la calidad de vida con respecto a la vitalidad (V), determinar la apreciación sobre la calidad de vida con respecto a la función social (FS), determinar la apreciación sobre la calidad de vida con respecto a la salud

mental (SM), determinar la apreciación sobre la calidad de vida con respecto al rol emocional (RE).

II. Marco Teórico

Conforme a las investigaciones previas nacionales, en el hospital Sergio Bernales en Lima, realizaron un estudio titulado «Hipotiroidismo subclínico y deterioro cognitivo del adulto mayor». Tuvo como fin dictaminar la interacción dentro del hipotiroidismo subclínico (HSC) y desgaste cognitivo de los adultos mayores. La metodología fue una investigación transversal analítica, la muestra estuvo conformada por cuatrocientos personas que acudieron al área de geriatría, como resultado se obtuvo que 56 pacientes presentaron HSC llegando hacer el 28 % y 89 pacientes presentaron deterioro cognitivo, en porcentaje se obtuvo 45 %, 22 de ellos presentaron HSC nivel 1 (11.2 %) y deterioro cognitivo leve, 3 presentaron HSC nivel 2 (1.5 %) y deterioro cognitivo leve, 4 presentaron HSC nivel 1 (2.0 %) y daño cognitivo moderado y 3 presentaron HSC nivel 2 (1.5 %) y daño cognitivo tolerante. Se vio interacción sobre el hipotiroidismo subclínico y daño cognitivo con significancia de 0.020. Se determinó la interacción sobre hipotiroidismo subclínico y el daño cognitivo (Peralta, 2020).

En Lima, otro estudio realizado por Quevedo (2013) sobre «Hipotiroidismo subclínico y estimación de su frecuencia en síndrome metabólico y obesidad en un grupo poblacional urbano». Tuvo como fin evaluar la prevalencia de HSC, además saber sobre síndrome metabólico y la obesidad que viene aumentado su prevalencia en los habitantes del mundo, debiendo ser señalada en ciertos reportes su existencia con el HSC. Se hizo un análisis detallado transversal; un total de 69 trabajadores limeños que acudieron a la clínica municipal del distrito de Comas, sin antecedentes de patología vascular, patologías tiroideas o embarazadas y sin tratamiento que varían los parámetros de hormonas tiroideas, fueron integrados en los análisis, la prevalencia de HSC ha sido el 14.5 %. La prevalencia de síndrome metabólico ha sido 18.8 % y de obesidad 8.6 %. La constancia del hipotiroidismo subclínico (HSC) y el síndrome metabólico (SM) ha sido el (10 %) y el (16 %) de los cuales no contaban con el SM, en lo que la constancia del HSC en la obesidad ha sido de 16,7 % y de 14,3 % en personas no obesas. No se localizó disimilitud importante al determinar la media de los elementos de SM, índice de masa corporal (IMC), colesterol y sus derivados (HDL, LDL) en los conjuntos con hipotiroidismo

subclínico y sin hipotiroidismo subclínico. La incidencia del síndrome metabólico (SM) y obesidad ha sido parecida a la señalada en otras series. La incidencia de personas con HSC ha sido alta, la incidencia con HSC en los conjuntos con síndrome metabólico (SM) y obesidad ha sido reducida, al final no hay ninguna alteración importante en el estudio de los elementos del síndrome metabólico (SM), índice de masa corporal (IMC) y lípidos de los conjuntos con hipotiroidismo subclínico o sin hipotiroidismo subclínico (HSC).

En Lambayeque, una investigación realizada por Gonzales (2014) sobre el «Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo: experiencia en un centro de adultos mayores» tuvo como fin establecer la incidencia del HSC, depresión y daño cognitivo y estudiar su sociedad, en pacientes adultos. Diseño: análisis detallado y transversal; del tipo de muestra no probabilística. Se determinó la depresión con examen de Yesavage limitado. Finalmente, hubo una alta frecuencia de HSC, depresión, y daño cognitivo en los pacientes adultos con mayor edad analizados.

Cornejo (2002) determinó la incidencia del HSC en personas con artritis reumatoide, atendidos en el área de Reumatología del Hospital Dos de Mayo, Lima. Su indagación ha sido de diseño prospectivo detallado, la muestra estuvo compuesta por 45 pacientes más grandes, las mismas a las que se pidió desarrollarse pruebas de perfil tiroideo, realizándose la investigación por el estudio de chi cuadrado y los exámenes de tendencia central, como consecuencia se alcanzó que 9 personas con variación de parámetros tiroideos; el 15.6 % con HSC y el 4.4 % con hipotiroidismo clínico.

Con relación a las indagaciones internacionales, en Madrid, López (2014) hizo un análisis nombrado «El HSC y sus componentes de peligro cardiovascular». Haciendo conocer como fin general de prevención cardiovascular y minimizar la morbilidad de individuos con peligro alto, tratando que los individuos que tengan peligro cardiovascular disminuido se mantengan en este estado, promoviendo hábitos de vida sana; esta indagación ha sido transversal, usando en la muestra tanto varones como féminas en la provincia de Albacete, como criterios de

integración cogieron a personas con límites de hormonas tiroideas en rango de HSC (TSH $>4,2$ $\mu\text{U/ml}$ y T4 independiente $0,80-1,90$ ng/dl) y se excluyeron personas menores de 14 años, se acudieron a 854 pacientes a los que se les definieron pruebas de funcionalidad tiroidea. Como resultados de la investigación se obtuvo que el HSC es una entidad con claro predominio femenino (79,2 %), ante un 20,8 % de varones, teniendo los sujetos analizados una edad menor de 65 años en el 78 % de los casos, no se hallaron componentes de peligro cardiovascular conocido en el 48,61 % de los sujetos, El 95,38 % de los sujetos estudiados poseen ausencia de eventos cardiovasculares pasados. Podría estar justificado un cribado de HSC y un procedimiento sustitutivo con levotiroxina en sujetos con peligro cardiovascular incrementado (> 20 % por Framingham), síndrome metabólico o ciertas condiciones (colesterol plasmático).

Inarejo et al. (2020), en la investigación «Entrenamiento físico mejora la calidad de vida en mujeres con HSC: un ensayo clínico aleatorizado», como finalidad tuvieron que establecer la calidad de vida (CVRS) en féminas con pronóstico de HSC después de 16 semanas de entrenamiento de resistencia. Se utilizó, en la primera etapa, un análisis transversal con 22 damas; en la segunda etapa se hizo un ensayo clínico aleatorizado, donde solo las féminas con THS se dividieron aleatoriamente en 2 equipos. El entrenamiento con ejercicios consistió en 60 min de ocupaciones aeróbicas (bicicleta y cinta), 3 veces por semana, a lo largo de 16 semanas. La CVRS se evaluó por medio del cuestionario SF-36 al inicio y finalmente a los 4 meses. Resultados: las damas con TSH han tenido puntuaciones más bajas en el dominio de capacidad servible respecto a las eutiroideas ($770 \pm 23,0$ vs $88,8 \pm 14,6$; $p = 0,020$). El conjunto TSH y sus exámenes mejoraron la capacidad servible, salud general, puntos emocionales, elemento de la mente y físico de la CVRS desde el lapso de entrenamiento, en lo que el conjunto TSH-Sed no demostró cambios significativos. Al final se llegó a una conclusión: luego de 16 semanas de entrenamiento con ejercicios aeróbicos, hubo mejoras notables en la CVRS en damas con HSC.

En Cuba, Quirantes (2015) realizó la investigación «Hipotiroidismo subclínico en féminas de avanzada edad atendidas por aumento de peso corporal»; tuvo como

finalidad percibir la incidencia de HSC, y la interacción con el aumento de peso del cuerpo en las damas adultas atendidas. Procedimientos: se realizó un análisis transversal detallado con la participación de 45 personas que cumplieran con criterios de integración, atendidas en el área de Endocrinología del nosocomio «Dr. Salvador Allende», entre abril y diciembre del 2013. Las variables usadas fueron: la edad, el peso, la talla, los índices de la hormona estimulante del tiroides, hormonas tiroideas T4 y T3 libre. Se concluyó como mediana, mayor y baja de las cambiantes. Se llegó a la conclusión que la agrupación sobre los cambiantes (coeficiente de correlación de Pearson). Como rendimiento se obtuvo que la mediana ha sido la edad de 39 años con un IMC de 34,6 kg/m², la circunferencia de la cintura fue de 106 centímetros, con valores de hormona estimulante del tiroides 1,6 mUI/L, T4 90 nmol/L y T3 independiente 3,4 pmol/L; la incidencia del HSC fue 11,1 %. Se vio la relación afirmativa de valores de hormona estimulante del tiroides, con el IMC y la circunferencia de cintura ($r = 0,236$, y $r = 0,378$, respectivamente). Finalmente, se alcanzó como conclusión que la verdad de HSC se estima alta en féminas de avanzada edad con aumento de peso del cuerpo, y el aumento de los parámetros de hormona estimulante del tiroides se relaciona al aumento del IMC y a la circunferencia de cintura en los pacientes estudiados.

Melguizo (2012) en la investigación «Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores» plantearon detectar los recursos sociodemográficos incluidos en la calidad de vida relacionada con salud de mayores de edad en la ciudad de Comuna 9 del distrito de Cartagena, la población poblamiento estuvo compuesta por el distrito de Cartagena. Materiales y procedimientos: se realizó un estudio transversal. La población fue de 5020 mayores, y la muestra se conformó con 514 pacientes mayores. El muestreo se dio en dos fases: una primera fase estratificada, tomando en cuenta la cantidad de personas mayores en cada barrio de la Comuna 9, y después fue aleatorio simple, para seleccionar las áreas donde se pueda localizar a los competidores. Auxiliares de indagación, antes entrenados, recolectaron la información entre abril y mayo de 2009. Se aplicó el instrumento «Índice multicultural de calidad de vida». Se hizo al principio un estudio detallado de las cambiantes y después un estudio logístico multivariado para entablar las probables asociaciones. Como consecuencia se obtuvo la colaboración de varones.

Resultados: participaron 514 adultos mayores: 65,8 % féminas; 43 % viven en alianza independiente o son casados; 56,6 % han cursado estudios de primaria; 58 % no labora y el 64,3 % vivía en estratos 1 o 2. Estar pensionado o estar haciendo un trabajo incrementa 2,7 veces la probabilidad de tener un óptimo confort psicológico (OR = 2,729 IC 95 % = 1,758-4,236). Llegando a la conclusión de que ser dama, tener grado de escolaridad secundaria o más, vivir en estrato 3 o 4, ser pensionado o estar haciendo un trabajo y vivir con menos de 4 personas muestra una relación de la calidad de vida con salud de los adultos más grandes.

Las direcciones conceptuales mencionan la calidad de vida como inicio propio, carece de una definición formal debido a que varios autores plantean distintas definiciones, todos concuerdan reconociendo la multidimensión de medida, se habla de una valoración subjetiva, en este sentido la OMS la destaca como las «apreciaciones de las personas de su postura en la vida en el ámbito instructivo y de los valores en el que viven y en correlación a sus objetivos, perspectivas estándares e inquietudes» (Fernández, 2005).

Cuando se habla de calidad de vida Fernández (2005) dice que se encuentran en diversos puntos de vista involucrados con la salud, el cual se debe prestar atención en el cuidado especial, garantizando el bienestar adecuado cuando se asocia a la edad. Caqueo (2012) plantea que se ha comenzado a utilizar cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de confort.

No obstante, Vega (2013) en las aclaraciones sobre la calidad de vida de los habitantes revela una reacción exageradamente defensiva que disminuye las maneras de que estos pacientes sean los partícipes primordiales de su vida. Según Cardona y Agudelo (2005) el término de calidad de vida ha pasado de ser una manera indeterminada del confort y la alegría a ser apreciado operativamente como el grado de vida y estándares de vida según distintos estados y disciplinas del saber, tanto éticas y filosóficas como culturales, sociales y económicas. La OMS dice que en este entorno está vinculada de manera directa al criterio de confort, y fue vista como una responsabilidad persistente en los temas de desarrollo económico, culturales y sociales. Busca un equilibrio sobre la proporción de las

personas, los accesibles recursos y la custodia ambiental. En este entorno cobran gran trascendencia los derechos de las personas y la sociedad para exigir una vida digna, con independencia, igualdad y felicidad.

Urzúa (2012) ofrece un modelo ambiguo de la calidad de vida constituido por diversidad de categorías, encabezando con la categoría física. Una de las aproximaciones con mayor desarrollo fue una investigación con una «perspectiva centrada en el paciente y su paz propia, identificándose a la definición de salud como al estado de calidad de vida»; esta concepción procede en mayoría de la definición de salud como un «estado de completo confort físico, de la mente y lo social» (Fernández, 2005). Un resultado óptimo de salud podría ser lo mismo que una estupenda calidad de vida. A partir de un entorno de salud, el concepto «calidad de vida» incluye puntos de felicidad y de satisfacción como un grupo (Caqueo, 2012). El conjunto de calidad de vida, según la OMS, lo determina «como criterio largo perjudicado de relación compleja por la salud física (SF), en un estado psicológico, el grado de libertad, la colaboración social, las creencias particulares y su interrelación con propiedades importantes del ámbito, se refiere además a la evaluación subjetiva inmersa en un ámbito cultural, social y medio ambiental». Vilagut et al. (2005) muestra un cuestionario que se encarga de medir la calidad de vida en múltiples puntos de vista de la salud, siendo considerado como el cuestionario con alta confiabilidad para investigaciones que quieran medir la calidad en salud, este cuestionario muestra 8 dimensiones: como primera dimensión está la función física refiriéndose a la autonomía y fisiología corporal de cada individuo, como conceptualización hace referencia a la autosuficiencia que tienen las personas para realizar actividades cotidianas como caminar, cargar las bolsas de las compras del mercado, desplazarse por las escaleras, y de más, a pesar de tener algún padecimiento.

Enfatizando que la función física en una persona mayor es más difícil que en una persona joven, pero a pesar de ello se debe mencionar que no todas las personas jóvenes son completamente sanas y se ven reflejadas las complicaciones que pueden tener al realizar sus funciones físicas, sea en el ámbito de trabajo, familia, hogar, y en todos los ámbitos a considerar. En los porcentajes y cifras, la

funcionalidad física tiene considerables beneficios para la salud del corazón, pero también de la mente y el cuerpo. La funcionalidad física (FF) ayuda a la disposición y dirección de enfermedades no infecciosas, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Las actividades físicas reducen los indicios de la ansiedad y la depresión, (la actividad física ayuda a mejorar las habilidades de argumento, enseñanza y juicio, el aumento y el desarrollo sano de jóvenes, mejorando el bienestar general).

Como segunda dimensión está el rol físico, que trata sobre la tarea de llevar a cabo alguna actividad física obteniendo un déficit de salud en todos los puntos tanto nutricional como de salud generalmente, evitando inconvenientes físicos eventuales acorde cómo avanza la edad, recomendando a toda la población hacer 40 minutos cotidianos de cualquier actividad física, mínimo 3 días a la semana debido a que una vez que no se haga actividad física se deteriora la calidad de vida y existe dependencia de una segunda persona, por esto, debe haber más trascendencia en conformar programas y campañas incentivando a que los individuos lo logren. De forma que se trabaje en la prevención que es más simple que el control físico en todo el mundo. Se podrían evitar hasta 5 millones de muertes al año con un nivel de actividad física enorme de la población mundial. Los individuos con niveles insuficientes de actividades físicas tienen riesgos de muerte sobre un 20 % y un 30 % mayor con relación a los individuos que llegan a tener un nivel suficiente de actividades físicas. Un poco mayor al 80 % de adolescentes de todo el planeta tienen un nivel insuficiente de actividades físicas. La OMS conceptualiza a la actividad física como cualquier movimiento en el cuerpo realizado por los distintos músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía.

Como tercera dimensión está el dolor corporal, dicho concepto se refiere al umbral de dolor que tiene cada persona ante una acción producida, es considerado por el dolor en los músculos, puede ser manifestado por alguna patología, desgaste físico, entre otros; el dolor corporal también se da a causa de afecciones o trastornos que afectan a los tejidos conectivos de todo el organismo. El dolor produce una contestación de estrés que paralelamente puede desencadenar varias

respuestas fisiológicas en el organismo. Esta contestación de estrés activa el sistema nervioso simpático y alerta al organismo sobre un mal inminente o que ya se ha producido; por consiguiente, se habla de un mecanismo al principio defensor (Vilagut et al., 2005).

Como cuarta dimensión está la salud en general, que se refiere a la capacidad que cada individuo tiene de la percepción propia de su salud en general, si se encuentra bien, o piensa que enfermará, cómo está su salud; del mismo modo se refiere a su energía, a la esperanza de vida y al estado de ánimo en el que se siente. Navarro (s. f.) dice «que la salud no solo es cuando se está sin dependencia de enfermedad si no que se refiere al estado de bienestar psicológico, social y somático de la persona». En la actualidad, la salud viene surgiendo y avanzando en mejor conceptualización que en los años anteriores, concluyendo que la salud está ligada a la calidad de vida de cada persona y a su estado de bienestar presente (Guerrero y León, 2008).

Como quinta dimensión está la vitalidad, que es la capacidad de una persona para vivir, desarrollarse y crecer, también se refiere a la energía, a lo vigoroso y activo que se puede sentir una persona en manifestación de alguna acción. La vitalidad se suele relacionar con una sensación interior de energía, empero es cierto que todos puedan definirla con matices diferentes. El análisis, promovido por la marca de kiwis Zespri, ha concluido que la vitalidad es, tal y como se sienta, un estado de energía, y agregan que ayuda a relacionarse de forma positiva con uno mismo y con el entorno, moviliza para lograr desafíos propios y posibilita llevar una vida estable. De esta forma, se tiene la posibilidad de comprender que la vitalidad no es solo una sensación interior subjetiva, sino que también conduce a modificar la manera de pensar y a mejorar los propios hábitos. (Lafuente, 2017).

Como sexta dimensión está la función social, referida a la habilidad que tiene una persona para adaptarse y a la autogestión de cambios, desafíos del círculo de vida, de esta manera, está referido también a la capacidad para desarrollar relaciones satisfactorias con las demás personas alrededor.

Los determinantes están relacionados con aspectos de las patologías que se sufren. Paralelamente, estas situaciones permanecen establecidas por un grupo de mayor extensión de fuerzas económicas, normativas, políticas y sociales distintas como los biológicos, hereditarios, particulares, parientes, sociales, del medio ambiente, alimenticios, laborales, culturales, económicos, de valores, educativos, sanitarios y de religión (Alfaro, 2014).

Como séptima dimensión está el rol emocional, que deben dirigirse al desarrollo de tres capacidades básicas, a las comprensiones de las emociones que se pueden expresar de manera productiva; finalmente, deben saber escuchar y tener empatía con las emociones. Investigaciones sobre este tema refieren que se encuentran ligados al control emocional enfocado más en la parte privada de cada individuo y el trabajo emocional enfocado a la parte pública como por ejemplo a la profesión (Gracia, 2014).

Como última dimensión está la salud mental, haciéndose referencia en el aspecto cognitivo, afectivo, emocional que tiene una persona de todo su entorno, con énfasis en el estado del comportamiento diario, incluyendo el estrés que, aunque no se tome importancia, influye en la calidad de vida. El estado de desequilibrio que ocasionan las diferentes acciones negativas como el estrés influye en el cuerpo de manera ardua y desorganizada, desequilibrando no solo la salud física si no también psicoemocionalmente. La salud mental es más que las carencias de trastornos mentales, la salud mental es una forma integral de la salud; tanto así que se dice que no existiría la salud sin salud mental. La salud mental está establecida por distintos elementos medioambientales, socioeconómicos y biológicos. Hay habilidades y participaciones intersectoriales eficientes y rentables de promoción, defensa y restitución de la salud mental. La salud mental es un factor integral e importante de la salud.

La OMS menciona: «La salud es un estado de completo bienestar físico, social y de la mente; no específicamente de las carencias o enfermedades.» Como indicativo de la calidad de vida y de su medición, a pesar de que existen muchas definiciones y conceptos, la mayoría de ellas son descriptivas más no certeras en

su totalidad, todas ellas buscan valorar la calidad de vida, enfocándose en tres aspectos significativos: personal, normativo y el multidimensional; en estas se encuentran partícipes las creencias, preferencias y capacidades sobre el término de una vida plena; además se hace mención sobre la igualdad de bienes que se viene adquiriendo en el tiempo, cada una está encargada de medir la calidad de vida. Por lo justificado, se estima el enfoque multidimensional como uno de los oportunos para poder valorar la calidad de vida dejando atrás lo individual, de estas magnitudes se poseen las objetivas, las subjetivas y colectivas; una de ellas estudia la conducta como tal.

En cada una de las conceptualizaciones sobre la calidad de vida, la más destacada ha sido el término postulado por Lawton, que lo explicó como multidimensional, por motivos normativos e intrapersonales, organizándose en comportamiento conductual, confort psicológico, percibidas sobre la calidad.

III. Metodología

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

3.1.1. Tipo

Esta investigación fue de tipo básica, pues su objetivo consistió en saber la calidad de vida de los pacientes con HSC. El fin de esta clase de investigaciones se puede enmarcar en la detección, especificación y explicación de las características o problemas determinados, hechos o fenómenos que se dan al interior de una sociedad (Palomino, 2015). En este caso se aplicó para conocer la calidad de vida de pacientes con HSC atendidas en la clínica Varos, Abancay, 2021.

3.1.2. Nivel

Con relación a la naturaleza de este estudio expuesto, su nivel de investigación fue descriptivo, de corte transversal (Hernández, 2014); este nivel de investigación se da cuando alguien desea describir los comportamientos del estudio, enfocados en todos sus componentes primordiales de una realidad y corte transversal, porque permitió expresar la información tal como se manifiesta en el tiempo y espacio determinado, los que buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de las personas.

3.1.3. Enfoque

El enfoque del análisis fue cuantitativo, ya que se cuantificaron los datos de la variable de estudio que es la calidad de vida para luego medirlo. Para eso se empleó un diseño no experimental porque no se manipuló ninguna variable, ya que este estudio se caracterizó de dicha forma (Hernández, 2014).

3.1.4. Diseño

El diseño que tuvo este estudio fue no experimental y transversal por motivos que se recolectaron los datos en un solo instante y momento determinado sin haber realizado alguna manipulación de la variable descrita.

3.2. Variables de Operacionalización

3.2.1. Definición Conceptual

Se conceptualizó la variable de calidad de vida con relación a su edad, como la percepción del confort físico social y psicológico de cada persona, detallando como el completo estado de satisfacción que se posee, ello involucró los puntos propios de la expresión emocional íntima del sujeto, enfatizando que el completo estado de confort está de la mano del comportamiento de la sociedad hacia cada persona (Cardona y Agudelo, 2005).

Estuvo formado por 8 dimensiones que engloban a la calidad de vida y estas son: FF, RF, DC, FS, SG, SM, RE y VI. Cada una de estas establecidas en 36 cuestiones presentes en el cuestionario SF-36, instrumento óptico que midió la calidad de vida acorde con la salud.

3.3. Población, Muestras y Muestreo

La población analizada lo constituyeron 96 pacientes, atendidas en la clínica Varos, en la especialidad de Endocrinología y el sector de laboratorio en el año 2021. El muestreo para la presente averiguación ha sido de tipo no probabilístico fácil, tomando en consideración los criterios de integración y exclusión.

Como criterios de integración se consideró a pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo subclínico y más grandes de 14 años. Se tomó como criterios de exclusión a personas menores de 14 años y pacientes con el diagnóstico de hipotiroidismo clínico.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.4.1. Técnicas

Como técnica usada para recoger los datos de esta investigación se utilizó la encuesta, dicha técnica permitió captar y elaborar los distintos datos de manera rápida y efectiva, y de esta forma, poder saber cuál es la calidad de vida de pacientes con HSC.

3.4.2. Instrumento

Como instrumento seleccionado para este estudio se utilizó un cuestionario (SF-36 versión española) que midió la calidad de vida, este cuestionario se administró por dos tipos de comunicación: a la gran mayoría se les entrevistó de manera personal y otros por vía telefónica o zoom, por motivos de pandemia y no se pudo localizar en las direcciones que presentan en las historias clínicas, dichas encuestas se les realizó a personas mayores de 14 años ya que esta encuesta se rige con esa mayoría de edad.

Este cuestionario (SF-36 versión española) de salud es uno de los instrumentos más usados y valorados en las áreas de salud, el mismo que se aplicó a cada paciente con HSC, consta de 36 ítems con una escala medida por Likert, con los propósitos de evaluar el avance y las deficiencias de la calidad de vida de pacientes con HSC valorando su estado de salud.

3.4.3. Validez

La validez de esta herramienta ha sido dada según Vilagut et al. (2005), realizando las comparaciones y adaptaciones del cuestionario original, llegando a la conclusión que el cuestionario mide la calidad de vida con la interacción de la salud de los pacientes, dichas magnitudes permanecen dirigidas a los indicadores de salud, de la misma forma, este cuestionario ha sido validado debido al apoyo del núcleo familiar de *J. Kaiser al Health Institute, New England Medical* a través del proyecto *International Quality of Life Assessment (IQQLA)*.

Confiabilidad de los instrumentos: La confiabilidad del cuestionario SF- 36, versión 2 española, estuvo dada por el alfa de Cronbach con coeficientes que oscilan entre 0,74 a 0,93. Todos ellos centrados en las magnitudes presentes, aseverando y llegando a un grado de confiabilidad alta, lo que refiere que fue un cuestionario óptimo para ejecutar la calidad de vida en pacientes diagnosticados de HSC.

3.5. Procedimientos

Para la ejecución de la indagación se pidió autorización del gerente general de la Clínica Varos para verificar la información plasmada en las historias clínicas de los atendidos y diagnosticados con el HSC. Se elaboró una base de datos de las personas diagnosticadas con el HSC: nombres y apellidos, dirección, número de celular o teléfono, edad, sexo.

Una vez realizada la base de datos se procedió a entrar en contacto con los pacientes para explicarles la finalidad de la indagación y se coordinó para realizar la junta en domicilio, en la clínica Varos o junta virtual vía conferencia, estableciendo fecha y hora. En la fecha, hora y sitio predeterminado para la junta se aplicó el consentimiento comunicado para la colaboración de los pacientes, explicándoles el objetivo de la averiguación. Y al final ejercer el cuestionario SF-36. Determinar que estas reuniones con los pacientes se han realizado tomando en cuenta las medidas sanitarias establecidas por la enfermedad pandémica de coronavirus.

3.6. Métodos de Análisis de Datos

Los datos se valoraron con el programa estadístico SPSS versión 25, se hizo un cálculo basados en la adquisición de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central; como la media y la mediana, así como de medidas de dispersión como la desviación estándar. Se utilizó el programa Office Excel para hacer cálculos estadísticos y las tablas para comprender de mejor manera cada dimensión.

3.7. Aspectos Éticos

Con relación a los aspectos éticos correspondientes, para la ejecución de este estudio se obtuvo el permiso del gerente general de la clínica Varos y del endocrinólogo para tener ingreso a la información de los pacientes diagnosticados con HSC. De igual manera, se elaboró un formato de consentimiento informado para que los pacientes participen en la indagación, de forma que sea confiable la información recabada de los pacientes. La exploración se fundamentó en el principio de beneficencia, así como la sumisión al pudor, de justicia, además del

derecho a la intimidad y la confidencialidad postuladas en el decreto descrito en la normativa ética para el funcionamiento por los comités de ética en las indagaciones (Palomino, 2015).

IV. Resultados

De un total de 96 adultos atendidos en la clínica Varos, Abancay, a lo largo del 2020, los mismos que fueron diagnosticados con hipotiroidismo subclínico, se excluyó a 9 personas, ya que al instante de utilizar el cuestionario SF-36 ha variado su diagnóstico de HSC a hipotiroidismo clínico, quedando en el análisis 87 personas adultas.

La más grande frecuencia de los adultos diagnosticados con HSC del 2021 tuvo la percepción del rango regular de su calidad de vida con un 55.17 %. Mientras que el otro porcentaje de 44.83 % refiere tener una buena calidad de vida. Se agruparon en rangos de 0 a 72 como mala, de 73 a 100 regular y de 101 a 107 buena. Con relación a la edad se agrupó de la siguiente manera: jóvenes de 18 a 26 (29.88 %), de 27 a 56 (65.51 %) adultos y de 57 a 70 (4.59 %) adultos mayores; en la agrupación conforme a esta variable se obtuvo que 9 jóvenes, 36 adultos y 3 adultos mayores señalan tener regular calidad de vida, mientras que 17 de los jóvenes más 21 adultos y 1 mayor, señalan tener buena calidad de vida con relación a su diagnóstico de HSC, llegando a la conclusión más representativa que los mayores y adultos refieren tener una regular calidad de vida en comparación con las personas jóvenes que refieren como buena su calidad de vida.

Tabla 1

Determinación del resultado total dentro de los parámetros determinados de calidad de vida con relación a la característica demográfica edad

Calidad de vida en la dimensión función física						
Rangos		Jóvenes	Adultos	Adulto mayor	Total	Porcentaje
(0-72)	Malo	0	0	0	0	0
(73-100)	Regular	9	36	3	48	55.17
(101-107)	Bueno	17	21	1	39	44.83
	Pacientes	26	57	4	87	100

La variable de la calidad de vida de pacientes con HSC con relación a la característica sociodemográfica de la edad muestra que 9 jóvenes, 36 adultos y 3 adultos mayores señalan tener una regular calidad de vida con relación al diagnóstico de HSC; mientras que 17 jóvenes, 21 adultos y 1 adulto mayores señalan que su calidad de vida es buena con relación a su diagnóstico de HSC considerando que los rangos tomados para la calificación son de 0-27 mala, de 73-100 regular y, finalmente, de 101 a 107 buena.

Tabla 2

Determinación de la calidad de vida en la dimensión física con relación a la edad

Calidad de vida en la dimensión función física						
Rangos		Jóvenes	Adultos	Adulto mayor	Total	Porcentaje
(0-10)	Malo	0	0	0	0	0
(11-20)	Regular	0	10	0	10	11.49
(21-30)	Bueno	26	47	4	77	88.51
	Pacientes	26	57	4	87	100

La calidad de vida en la dimensión función física muestra que de los 87 pacientes encuestados consideran su función física como mala ninguno de ellos, 10 adultos señalan que su función física es regular y; finalmente, 26 jóvenes, 47 adultos y 4 adultos mayores, señalan que su función física es buena con relación a su diagnóstico de HSC.

Tabla 3

Determinación de la calidad de vida en la dimensión rol físico con relación a la edad

Calidad de vida en la dimensión rol físico						
Rangos		Jóvenes	Adultos	Adulto mayor	Total	Porcentaje
(0-4)	Malo	0	13	2	15	17.24
(5-8)	Regular	26	44	0	70	80.46
(9-12)	Bueno	0	0	2	2	2.30
	Pacientes	26	57	4	87	100

La calidad de vida en la dimensión del rol emocional de los 87 pacientes encuestados se obtiene como resultado que 13 adultos y 2 adultos mayores consideran tener un mal rol emocional; mientras que 26 jóvenes y 44 adultos señalan que su rol físico es regular y finalmente 2 adultos mayores señalan que su rol físico es bueno con relación a su diagnóstico de HSC.

Tabla**4**

Determinación de la calidad de vida en la dimensión dolor corporal con relación a la edad

Calidad de vida en la dimensión dolor corporal						
Rangos		Jóvenes	Adultos	Adulto mayor	Total	Porcentaje
(0-2)	Malo	9	18	1	28	32.18
(3-4)	Regular	17	29	2	48	55.17
(6-6)	Bueno	0	10	1	11	12.64
	Pacientes	26	57	4	87	100

La calidad de vida en la dimensión del dolor corporal muestra que de los 87 pacientes encuestados, 9 jóvenes, 18 adultos y un adulto mayor refieren que su dolor corporal es malo; mientras que 17 jóvenes, 29 adultos y 2 adultos mayores señalan tener regular dolor corporal; finalmente, señalan que 10 adultos y 1 adulto

mayor refieren que su dolor corporal es bueno con relación a su diagnóstico de HSC.

Tabla 5

Determinación de la calidad de vida en la dimensión salud en general con relación a la edad

Calidad de vida en la dimensión salud en general						
Rangos		Jóvenes	Adultos	Adulto mayor	Total	Porcentaje
(0-5)	Malo	0	0	0	0	0
(6-10)	Regular	0	0	0	0	0
(11-15)	Bueno	26	57	4	87	100.00
	Pacientes	26	57	4	87	100

Las calidades de vida en la dimensión referida a la salud general de los 87 pacientes encuestados refieren que 26 jóvenes, 57 adultos y 4 adultos mayores consideran como buena su salud en general con relación a su diagnóstico de HSC.

Tabla 6

Determinación de la calidad de vida en la dimensión vitalidad con relación a la edad

Calidad de vida en la dimensión vitalidad						
Rangos		Jóvenes	Adultos	Adulto mayor	Total	Porcentaje
(0-4)	Malo	0	0	0	0	0
(5-8)	Regular	0	0	0	0	0
(9-12)	Bueno	26	57	4	87	100.00
	Pacientes	26	57	4	87	100

Las calidades de vida en la dimensión referida a la vitalidad de los 87 pacientes encuestados refieren que 26 jóvenes, 57 adultos y 4 adultos mayores consideran como buena su vitalidad con relación a su diagnóstico de HSC.

Tabla 7

Determinación de la calidad de vida en la dimensión función social con relación a la edad

Calidad de vida en la dimensión función social						
Rangos		Jóvenes	Adultos	Adulto mayor	Total	Porcentaje
(0-2)	Malo	0	0	0	0	0
(3-4)	Regular	0	16	2	18	20.69
(5-6)	Bueno	26	41	2	69	79.31
	Pacientes	26	57	4	87	100

La calidad de vida en la dimensión de la función social de los 87 pacientes encuestados, 16 adultos y 2 adultos mayores señalan que su función social es regular, mientras que 26 jóvenes, 41 adultos y dos adultos mayores refieren que su función social es buena con relación a su diagnóstico de HSC.

Tabla 8

Determinación de la calidad de vida en la dimensión rol emocional con relación a la edad

Calidad de vida en la dimensión rol emocional						
Rangos		Jóvenes	Adultos	Adulto mayor	Total	Porcentaje
(0-3)	Malo	0	0	0	0	0
(4-6)	Regular	26	30	0	56	64.37
(7-9)	Bueno	0	27	4	31	35.63
	Pacientes	26	57	4	87	100

Las calidades de vida en la dimensión del rol emocional de los 87 pacientes encuestados, 26 jóvenes y 30 adultos señalan que su rol emocional es regular, mientras que 27 adultos y 4 adultos mayores señalan que tienen un rol emocional bueno con relación a su diagnóstico de HSC.

Tabla 9

Determinación de la calidad de vida en la dimensión salud mental con relación a la edad

Calidad de vida en la dimensión salud mental						
Rangos		Jóvenes	Adultos	Adulto mayor	Total	Porcentaje
(0-6)	Malo	0	0	4	4	4.60
(7-12)	Regular	0	0	0	0	0
(13-18)	Bueno	26	57	0	83	95.40
	Pacientes	26	57	4	87	100

La calidad de vida en la dimensión de la salud mental de los 87 pacientes encuestados, 4 adultos mayores señalan tener una mala salud mental, mientras que 26 jóvenes y 57 adultos señalan que su salud mental es buena con relación a su diagnóstico de HSC.

V. Discusión

Esta investigación tuvo como propósito general determinar la calidad de vida en pacientes con HSC en la clínica Varos, Abancay, 2021. En los últimos años, la importancia que cobra la calidad de vida en los individuos se ha incrementado de manera progresiva a partir del año 2020 en la que se vive la pandemia por covid-19, primordialmente, por la mejora de las condiciones y perspectiva de vida. Con respecto a esta situación, se hace importante hacer estudios que no solo están centrados en la morbilidad, los componentes de riesgos, la prevalencia de padecimientos crónicos en personas mayores, sobre todo dirigidas a conocer la calidad de vida que llevan las personas diagnosticadas con HSC. Es decir, realce en la disminución de la situación de debilidad a la que se ven comprometidos tal como el impacto en su calidad de vida siendo resultado de las actividades que se desarrollan relacionados a la salud física y a la salud mental. Esta investigación muestra que los pacientes atendidos y diagnosticados con HSC en la clínica Varos de la ciudad de Abancay presentan una calidad de vida regular, con distintas dimensiones.

La OMS menciona que la salud es un estado de completo bienestar físico, social y de la mente, enfocándose en tres aspectos significativos: personal, normativo y el multidimensional, siendo este como uno de los más oportunos para poder valorar la calidad de vida dejando atrás lo individual.

Desde la perspectiva de vista de la calidad de vida, dichos pacientes atendidos y diagnosticados con HSC apreciaron con mayor incidencia, que su calidad de vida era término regular y en comparación con el tiempo, la gran mayoría manifestaron que se encuentran más o menos igual que hace un año.

Desde el punto de vista funcional, poco más de dos tercios de la población encuestada no tenían poca limitación para llevar el peso de las bolsas de compra, para agacharse, arrodillarse o ponerse de cuclillas o caminar medio kilómetro y, aproximadamente, la mitad de la población percibe que poca limitación para subir varios pisos por las escaleras y ninguno tiene limitación para realizar actividades

cotidianas como bañarse o vestirse. Los beneficios de la función física se reflejan sobre la salud, además de reducir los indicios de ansiedad y la depresión. Por otro lado, los pacientes diagnosticados con HSC al realizar diversos movimientos permiten el consumo de energía por los músculos esqueléticos, por ello existe un deterioro progresivo asociado al HSC.

Así mismo, el umbral de dolor que presenta cada persona frente a una acción producida es como se concibe el dolor corporal, por el dolor en los músculos o dolor esquelético, los cuales se manifiestan por alguna patología la que tendría relación con los pacientes diagnosticados con HSC quienes presentan cierta afectación a los tejidos conectivos de todo el organismo, ya que el 55.17 % lo revela al dolor como regular en su vida cotidiana, más aún en la percepción de los adultos. Como bien se sabe, el dolor produce una contestación de estrés, el mismo que puede desencadenar varias respuestas fisiológicas en el organismo, por lo tanto, activa el sistema nervioso simpático y alerta al organismo sobre un mal inminente o que ya se haya producido (Vilagut et al., 2005).

El 100 % de los encuestados percibe su salud general como buena, en mayor proporción lo reflejan los jóvenes y adultos, estos medidos en las interrogantes de cómo percibe su salud en general, si piensa que se pone enfermo más fácilmente que otras personas o si está sano como cualquiera, o cree que su salud empeorará o que su salud es excelente. Según Navarro esta percepción se refiere al estado de bienestar psicológico, social y somático que cada individuo tiene de sí mismo, entonces se dice que la salud en general está ligada a la calidad de vida de cada persona y al estado de bienestar presente (Guerrero y León, 2008).

De la misma forma, la vitalidad que reflejan los pacientes encuestados refiere que el 100 % es buena con relación a su diagnóstico de HSC y a su característica sociodemográfica de la edad, viendo que la vitalidad se relaciona con la sensación interior de energía, que a su vez cada persona la puede definir con matices diferentes, además no solo es una sensación interior subjetiva, si no que conduce a modificar la manera de pensar y mejorar los hábitos propios (Lafuente, 2017). Por lo que este resultado se relaciona a cuánto tiempo están llenos de vitalidad, a la

energía cotidiana, a la percepción de agotamiento, y al cansancio que presentan al realizar determinadas actividades.

La función social referida a la habilidad que tienen las personas para adaptarse y a la autogestión de cambios, está referida también a la capacidad para desarrollar relaciones satisfactorias con las demás personas, conforme al instrumento, a la interrupción de algún problema emocional que esté afectando en la actividades cotidianas o laborales causadas por la propia afección y si la salud física o emocional está perjudicando en sus actividades sociales cotidianas.

El rol emocional debe dirigirse al desarrollo de tres capacidades básicas: comprensiones de la emoción, si se puede expresar o desenvolverse de manera productiva, finalmente, saber escuchar y tener empatía en las emociones (Vivas, 2003). Diversas investigaciones refieren que se encuentran enfocados al control emocional privado de cada individuo y el trabajo emocional enfocados a la parte pública (Gracia, 2014).

La salud mental hace referencia al aspecto cognitivo, afectivo y emocional de la persona, con énfasis al comportamiento diario incluyendo el estrés. La salud es más que las carencias de trastornos mentales establecidas por distintos medios medioambientales, socioeconómicos y biológicos. En esta investigación a lo que se considera la salud mental se asocia al nerviosismo, a la baja moral, a estar calmado y tranquilo, al estado de ánimo y a la felicidad que se demuestra a diario, ya sea en el entorno individual o social cotidiano.

IV. Conclusiones

Esta investigación sobre la calidad de vida desarrollada en la clínica Varos da como conclusiones:

1. Con respecto a la calidad de vida y a su dimensión Función física, se obtuvo como porcentaje mayor que «no le limita nada» 87.4 %, mientras que en la respuesta «sí le limita un poco» se obtuvo un 12,6 % del total de 87 pacientes encuestados; los que señalan tener una regular función física son mayores, mientras los que señalan tener una buena función física son jóvenes, para ello se utilizó el cuestionario SF-36 versión española.
2. Con respecto a la segunda dimensión se obtuvo que al «Rol físico» con 82.2 % donde el HSC no influye en sus actividades físicas cotidianas y el 17 % sí afecta el rol físico en la calidad de vida de pacientes con HSC, con relación a su edad señalan como mala su RF los mayores, mientras que señalan como regular su RF los jóvenes y adultos.
3. Con respecto a la tercera dimensión de la «salud en general», el 31.8 % no afecta en nada a su salud en general el HSC; «sí, un poco» o «sí, muy poco» el 54.5 %, «sí, se encuentra moderado» el 8 % y; finalmente, «sí afecta mucho a la salud en general» el 4.5 % del total de pacientes encuestados.
4. Para la cuarta dimensión de «dolor corporal» y su magnitud que afecta a la calidad de vida, se tiene que en el 55.2 % afecta en regular proporción, en mala proporción 32.2 % y 12.6 % afecta en poca proporción la calidad de vida de pacientes con HSC. Con relación a su edad, muestra que el DC se encuentra más afectada en mayores y adultos con relación a la afección que tienen en los jóvenes diagnosticados con HSC.
5. Para la quinta dimensión de la vitalidad, cuánta es la energía que tiene el paciente con HSC, manifestaron que tienen energía solo algunas veces el 59.8 % y muchas veces 40.2 %, llegando a la conclusión que a dichos pacientes

les afecta la vitalidad en un porcentaje considerable. Con relación a la edad su resultado refiere que su vitalidad es buena en mayor proporción de los jóvenes en comparación de los adultos y mayores diagnosticados con HSC.

6. Conforme a la sexta dimensión de la función social en la afectación de la calidad de vida, dio como resultado que afecta en el ámbito social bastante un 17 %, regular un 79 % y un poco 3.5 %, dicha estadística refiere que esta patología afecta en el ámbito social de manera considerable. Conforme a la edad refirieron que los adultos y mayores tiene regular función social, mientras que los jóvenes refieren que su FS es buena en pacientes diagnosticados con HSC.
7. Para la séptima dimensión se tiene al rol emocional y su afección en la calidad de vida llegando a la estadística final que no afecta un 89,7 % y sí hay afección un 10.3 % que no hay afección en la calidad de vida. Con relación a la edad los adultos refieren tener regular rol emocional con relación a los jóvenes con HSC.
8. Como última dimensión con respecto a lo que se obtuvo en la estadística se tiene que la salud mental que afecta en la calidad de vida muchas veces un 1.1 %, algunas veces, con 63,7 % y solo algunas veces con un 35,3 %. Finalmente, la salud mental afecta algunas veces a los pacientes con HSC. Con relación a la edad refieren que tiene una buena salud mental; sin embargo, los jóvenes refieren en gran proporción con relación a su calidad de vida de pacientes diagnosticados con HSC.

VII. Recomendaciones

1. Se aconseja que el trastorno de HSC, diagnosticado temprano solo afecta en algunos parámetros de la vida en cierta magnitud, aconsejando a las personas a realizarse exámenes de laboratorio oportuno para su diagnóstico, de manera que no afecte a futuro la calidad de vida.
2. Se recomienda que, para mejorar la calidad de vida de pacientes con HSC, realizar actividades físicas, ejercicio y un plan de vida de manera que esta patología no afecte a los distintos hábitos de la vida cotidiana.
3. Se recomienda que cuanto mayor sea la edad que se les diagnostique, se verá reflejado el dolor y las dificultades al realizar las actividades cotidianas porque conforme avanza la edad el cuerpo comienza a perder energía y vitalidad, por lo que se recomienda hacer esfuerzo físico para mejorar la afección.
4. Se recomienda concientizar a la población acerca de esta patología y su afección en la calidad de vida, cuánto afecta en lo emocional y las estrategias de mejora progresivamente en este aspecto.
5. Se recomienda que a pesar de que no hay mucha varianza en la salud actual comparada con la de hace un año, la mayoría de las personas sienten los mismos dolores o su salud no está ni mejor ni empeoró con esta patología a pesar de su tratamiento y diagnóstico a tiempo.
6. Hay que recomendar que a pesar de que esta patología afecta en un buen porcentaje en la salud emocional, ver estrategias de mejora continua como trabajar en ese aspecto con las emociones y no dejar que afecte en nuestra calidad de vida, pero sobre todo controlarlo.
7. Se recomienda que se haga concientización en la clínica Varos para que los pacientes que acudan a la clínica puedan realizarse exámenes de laboratorio y

que tengan un control de esta enfermedad trimestralmente para ver que no pueda empeorar.

8. Finalmente, a pesar de que existe información de esta patología, se refiere que no hay sintomatología alguna, pero esta investigación demuestra que si bien es cierto no hay una afectación alta, se demuestra que sí hay afectación regular en las personas adultas y adultos mayores más que en las personas jóvenes a causa del HSC, en algunos ámbitos de nuestra vida, y que a partir de este estudio pueda ver más investigaciones que ayuden a concientizar a darle más importancia a esta afección que se viene prolongando año tras años, principalmente en las féminas y en las etapas de adultez.

Referencias

- Alfaro-Alfaro. (2014). *Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social*. Salud Jalisco, (1):36-46.
- Botero de Mejía, B. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Scielo*, 11-24.
- Cardona, D., y Agudelo, H. B. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-90.
- Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Scielo*.
- Gonzales, C. (2014). Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo: experiencia en un centro de adultos mayores de Lambayeque. *Scielo*.
- Cornejo Ortega, M. P. (2002). Prevalencia de HSC en pacientes con artritis reumatoide. *Alicia*.
- Fernández, G. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, 120-122-125.
- García Sáez, J. (s. f.). Hipotiroidismo subclínico. Actualización. *Scielo*.
- Gracia, E. (2014). El trabajo emocional desde una perspectiva clarificadora tras treinta años de investigación. *ISSN Revista Científica Javeriana*.
- Grimaldos, F. B., Cano Rosales, D. J., Duran Sandoval, J. N., Albarracín Ruiz, M. J., y Rincón Romero, K. (2019). Calidad de vida de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, participantes en un programa educativo integral. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(4), 301-307.
- Guerrero, L., y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. *Fermentum*.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. 5.^a ed. McGraw-Hill.
- Inarejo Candia, D., Medel Díaz, D., Ulloa Ulloa, E., Cuevas Aguilar, D., Mansilla Mansilla, M., y Oyarzún Barría, C. (2020). Efectos del entrenamiento físico en pacientes con HSC: una revisión sistemática. *Lilacs*, 95-105.
- Lafuente, C. (2017). ¿Se puede aumentar la vitalidad? *Alimenta*.
- López, M. (2014). *El HSC y sus componentes de peligro cardiovascular*.
- Melguizo Herrera, E. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. *Salud Uninorte. Barranquilla Colombia*, 251-263.

- Mercer. (2019). *Estudio Mercer 2019 ubica a Lima en el puesto 124 del ranking de calidad de vida.*
- Navarro, V. (s. f.). *Concepto actual de salud pública.*
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Fortalecimiento de las políticas relativas a las enfermedades no transmisibles para fomentar un envejecimiento activo. *Consejo Ejecutivo. Punto 6.1 del orden del día* (págs. 2-4). Documentos EB130/6.
- Peralta Robles, N. Y. (2020). *Hipotiroidismo subclínico y deterioro cognitivo del adulto mayor del Hospital Sergio E. Bernales. Lima, Perú. 2020.* Repositorio Universidad César Vallejo.
- Quevedo, V. (2013). Hipotiroidismo subclínico y estimación de su frecuencia en síndrome metabólico y obesidad en un grupo poblacional urbano de Lima, Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 1-5.
- Quirantes, M. (2015). Hipotiroidismo subclínico en mujeres adultas atendidas por exceso de peso corporal. *Revista Cubana de Endocrinología*, 246-253.
- Soto, M. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes. *Scielo.*
- Urzúa, A. (s. f.). *Modelo de calidad de vida constituido por diversidad de categorías.* Departamento de Filosofía y Psicología. Universidad de Tarapacá.
- Vega Córdova, V. (2013). Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile desde la perspectiva de los proveedores de servicios. *Univ. Psychol.*
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... y Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19, 135-150.
- Vivas García, M. (2003). La educación emocional: conceptos fundamentales. *Sapiens.*

ANEXOS

Anexo 1

Matriz de operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones/ indicadores	Escala
Calidad de vida con relación a su edad de pacientes con HSC	La calidad de vida es un nivel de bienestar del ser humano, derivado de la evaluación tanto interna como externa que la persona realiza desde las diferentes perspectivas de su vida, considerando que estos tienen en cuenta su estado de salud.	Apreciación sobre su perspectiva de vida con relación a la edad de los pacientes diagnosticados con HSC que acuden a la clínica Varos, todo esto se medirá con la ayuda de un cuestionario SF-36 v2 española, dicho cuestionario tiene 8 dimensiones que evalúan la función física, rol físico, dolor corporal, salud en general, vitalidad, función social, rol emocional salud mental y la transacción de la salud de un año al otro.	<p>Función física: actividades en la vida cotidiana tanto moderadas como intensas</p> <p>Rol físico: como la salud física influye en su trabajo y en sus actividades cotidianas, dificultando sus actividades</p> <p>Dolor corporal: cuán intenso es el dolor en alguna parte del cuerpo interfiriendo en sus actividades cotidiana</p> <p>Salud en general: como se encuentra la salud y la percepción que tenemos tanto en el presente como en el futuro</p> <p>Vitalidad: la medición de la energía de cada persona frente a las actividades cotidianas tanto laborales como personales</p> <p>Función social: la intensidad en el cual los problemas de salud interfieren en la vida cotidiana</p> <p>Rol emocional: intensidad en el cual los problemas emocionales hacen interferencia en las actividades cotidianas, ellos causantes de la reducción del tiempo y el desempeño en centro de labores</p> <p>Salud mental: la interferencia que los problemas como la depresión y los distintos estados emocionales afectan en la vida cotidiana</p>	Ordinal

Anexo 2

Cuestionario de salud SF-36 versión 2 española

Instrucciones: Las preguntas que se presentan a continuación nos ayudan a obtener información sobre qué piensa usted sobre su salud 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:

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

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

- a. Mucho mejor ahora que hace un año
- b. Algo mejor ahora que hace un año
- c. Más o menos igual que hace un año
- d. Algo peor ahora que hace un año
- e. Mucho peor ahora que hace un año

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Muchas veces

- d. Algunas veces
- e. Sólo alguna vez
- f. Nunca

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

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

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

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

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

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

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

- a. Siempre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

34) estoy tan sano como cualquiera

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

35) creo que mi salud va a empeorar

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

36) mi salud es excelente

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

Anexo 3

Ficha técnica de instrumento

Nombre del instrumento :	Cuestionario SF-36 Version 2 española
Autor :	J. Alonso y cols.
Lugar :	Clínica Varos Abancay, Apurímac
Fecha aplicación :	2023
Duración :	15-20 minutos por cada persona
Objetivo :	Determinar la calidad de vida de pacientes con HSC.
Alfa de Cronbach :	0.74 – 0.93

Anexo 4

Cálculo del tamaño de muestras

En cuanto a la muestra, es precisada como un subconjunto de la población que representa las características de la población, permitiendo realizar inferencia a partir de ella (Palomino, 2015). De tal manera, se aplicará la fórmula siguiente para poblaciones de tamaño conocido y así determinar el tamaño muestral:

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

Dónde, n = tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

Z = valor determinado por el nivel de confianza adoptado.

e = error muestral

p = proporción de elementos que presentan una determinada característica a ser investigada.

q = proporción de elementos que no presentan una determinada característica a ser investigada, p + q = 1.

Considerando N = 100, e = 5 %, Z = 1.96 y p = 50 %, tenemos como resultado n = 87. De esta manera, se analizarán las historias clínicas de 81 pacientes bajo los siguientes criterios de inclusión y exclusión Grupo etario el sexo, rango de 30 años y mayores de 30 años, procedencia.

Anexo 5

Solicitud de permiso en la clínica Varos para uso de información con fines de investigación

**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

Solicito: Acceso a información contenida en Historia Clínica de pacientes diagnosticados con hipotiroidismo subclínico.

Señor Gerente General de la clínica VAROS – ABANCAY; Lic. TM: Volga Victoria Astocaza.

Yo, MIRIAM MILEYDI LEON SOTOMAYOR, identificado con DNI N° 76662334, con código universitario 7002527937 de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la "Universidad Cesar Vallejo", ante Usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, realizaré la investigación "Calidad de vida en pacientes con hipotiroidismo subclínico atendidas en la Clínica Varos Abancay, 2020", para ello recorro a su despacho me autorice acceder a información contenida en la historia clínica de estos pacientes diagnosticados en la Clínica que usted gerencia en el año 2020, información que será utilizada con fines de investigación. Mencionarle que culminando el estudio se le brindara una copia de la investigación correspondiente.

Por lo expuesto:

Ruego a usted tenga a bien acceder a mi solicitud para poder realizar mi investigación correspondiente. Agradezco su atención y colaboración.



.....
MIRIAM MILEYDI LEON SOTOMAYOR
DNI N° 76662334


.....

Lic. Volga V. Astocaza Rosales
GERENTE GENERAL

.Anexo 6

Consentimiento informado



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está invitado a participar del estudio titulado Calidad de vida de pacientes diagnosticados con hipotiroidismo subclínico.

- Propósito:**
Mi persona viene realizando una investigación en la Maestría de Gestión en los servicios de salud de la Universidad César Vallejo, este estudio lleva por título "Calidad de vida de pacientes con hipotiroidismo subclínico atendidos en la Clínica Varos Abancay 2020". Esta patología se vienen presentando con más frecuencia tanto a nivel mundial, nacional y local por ello este presente estudio tiene la finalidad de conocer cuan afectada se encuentra la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo subclínico.
- Participación:**
Se tomara a todas las personas que tenga diagnóstico de hipotiroidismo subclínico, atendidas en la Clínica Varos, de ambos sexos, en el año 2020 en la ciudad de Abancay, de todas las edades.
- Procedimiento:**
Le invitamos a participar de este estudio, para lo cual se aplicará el Cuestionario SF 36, que nos ayudara a evaluar la calidad de vida de dichos pacientes con hipotiroidismo subclínico aportando información necesaria para la realización del estudio de investigación.
- Beneficios:**
Se espera obtener información que permita conocer si la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con hipotiroidismo subclínico ha mejorado o no, y de esa forma se pueda recomendar actividades conducentes a la mejora en la calidad de vida a futuro.
- Participación voluntaria:**
Su participación en este estudio es voluntaria. Si no desea participar no habrá ningún tipo de represalia.
- Información adicional:**
Agradecemos aceptar su participación en forma voluntaria, luego de leer este documento y de haber realizado las preguntas que considere necesarias. En señal de conformidad firme este documento en el lugar correspondiente, asimismo le entregaremos una copia del consentimiento informado.

- Nombre del participante:
- Fecha: / /
- Nombre del responsable del estudio:

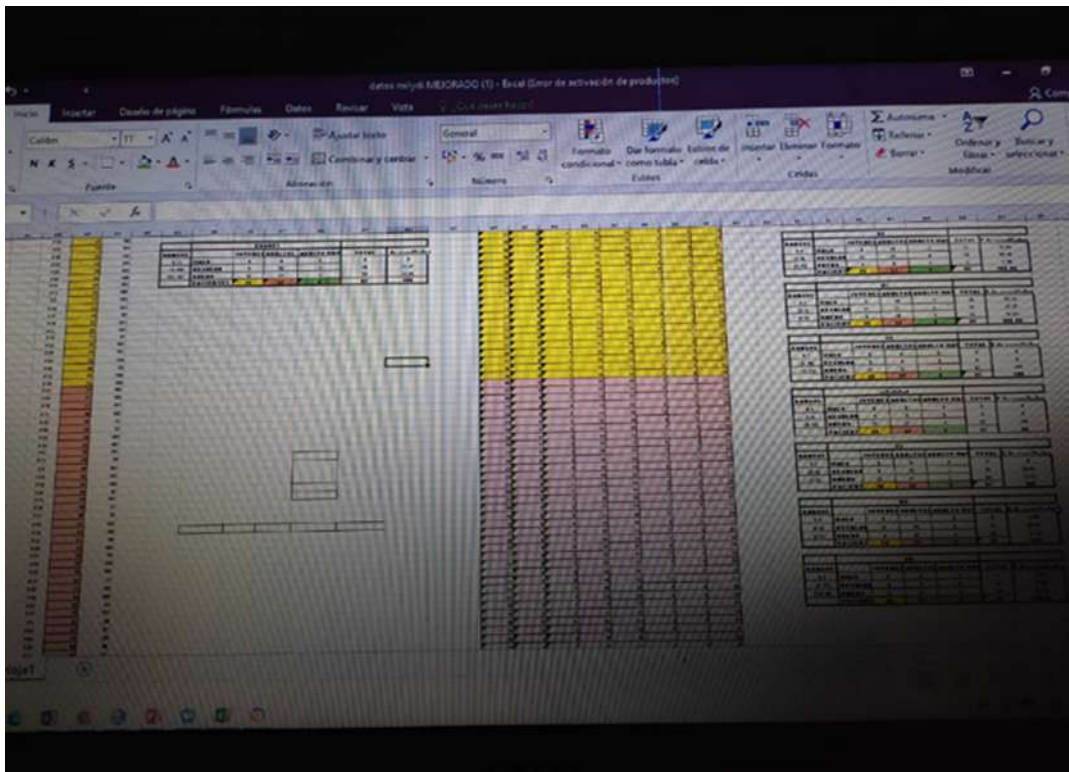
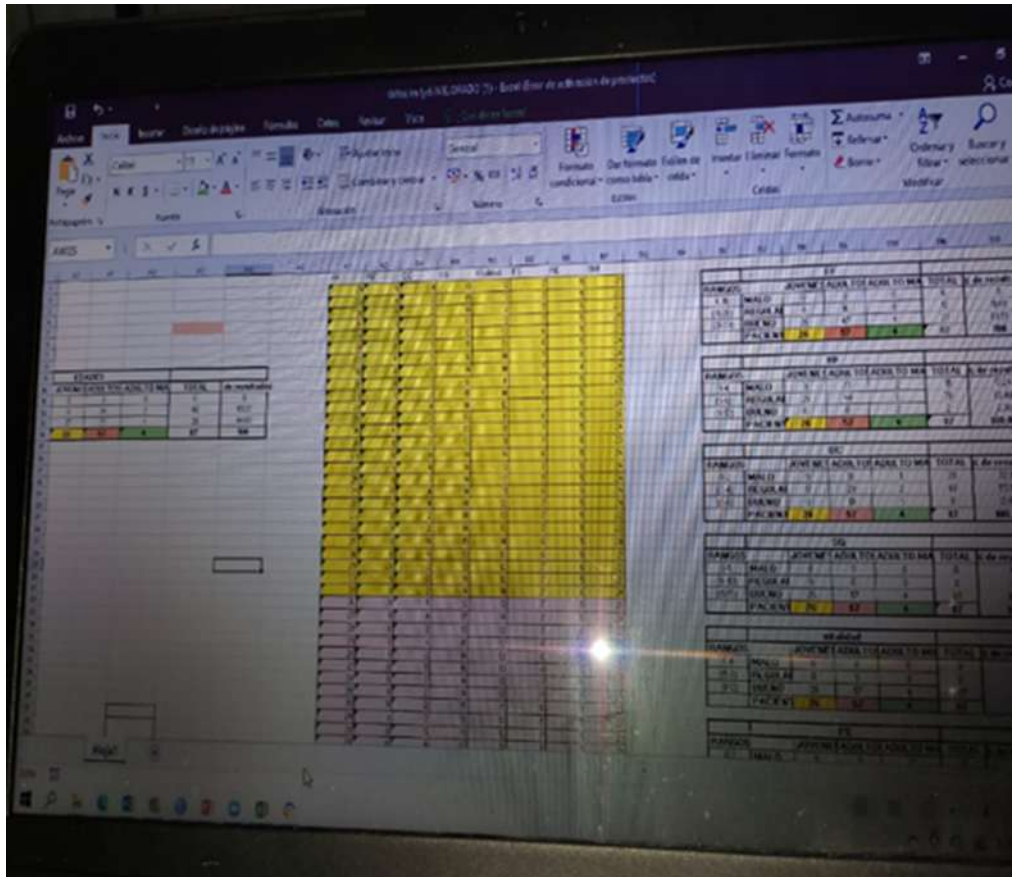
Anexo 7

N°PACIENTE	edad	PUNTAJE
P2	18	99
P54	19	103
P62	20	101
P77	20	103
P21	21	100
P10	23	104
P16	23	105
P60	23	104
P66	23	102
P79	23	103
P23	24	103
P33	24	100
P55	24	101
P75	24	100
P5	25	103
P14	25	104
P17	25	98
P19	25	101
P22	25	101
P45	25	97
P52	25	102
P20	26	105
P34	26	100
P48	26	96
P76	26	100

EIDADES						
RANGOS		JOVENES	ADULTOS	ADULTO MAYOR	TOTAL	% de resultados
0-72	MALO	0	0	0	0	0
73-100	REGULAR	9	36	3	48	55.17
101-107	BUENO	17	21	1	39	44.83
	PACIENTES	26	57	4	87	100

The screenshot shows an Excel spreadsheet with a large data table and several summary tables. The data table has columns for patient ID, age, and score. The summary tables are identical to the one shown in the previous block, providing a breakdown of results by age group and overall patient count.

EIDADES						
RANGOS		JOVENES	ADULTOS	ADULTO MAYOR	TOTAL	% de resultados
0-72	MALO	0	0	0	0	0
73-100	REGULAR	9	36	3	48	55.17
101-107	BUENO	17	21	1	39	44.83
	PACIENTES	26	57	4	87	100



Anexo 8
Matriz de consistencia

Planteamiento del problema	Objetivo	Variable	Metodología	Población y muestra
<p>Problema general: ¿Cuál es la percepción de su calidad de vida con relación a su edad de pacientes diagnosticados con HSC atendidos en la clínica Varos Abancay, 2021?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la apreciación de la calidad de vida con relación a su edad según la función física que tienen los pacientes diagnosticados con HSC?</p> <p>¿Cuál es la apreciación sobre la calidad de vida con relación a su edad con respecto al rol físico que perciben los pacientes con HSC?</p> <p>¿Cuál es la apreciación sobre la calidad de vida con respecto al dolor corporal que perciben los pacientes con HSC?</p> <p>¿Cuál es la apreciación sobre la calidad de vida con relación a su edad con respecto a la salud en general que perciben los pacientes con HSC?</p> <p>¿Cuál es la apreciación sobre la calidad de vida con relación a su edad con respecto a la vitalidad</p>	<p>Objetivo general Conocer cómo se encuentra la calidad de vida con relación a su edad de pacientes con HSC atendidos en la clínica Varos Abancay, 2021.</p> <p>Objetivos específicos Determinar la apreciación de la calidad de vida con relación a su edad según la función física.</p> <p>Determinar la apreciación sobre la calidad de vida con relación a su edad con respecto al rol físico.</p> <p>Determinar la apreciación sobre la calidad de vida con relación a su edad con respecto al dolor corporal</p> <p>Determinar la apreciación sobre la calidad de vida con relación a su edad con respecto a la salud en general</p> <p>Determinar la apreciación sobre la calidad de vida con relación a su edad con respecto a la vitalidad</p>	<p>Variable 1: Calidad de vida con relación a su edad</p> <p>Indicadores de dimensión Función física</p> <p>Rol físico</p> <p>Dolor corporal</p> <p>Salud general</p> <p>Vitalidad</p> <p>Función social</p> <p>Rol emocional</p> <p>Salud mental</p>	<p>Método: Descriptivo</p> <p>Diseño: Descriptivo simple</p>	<p>Población:</p> <p>Está conformada por 96 pacientes que acudieron a la atención en la clínica Varos, Abancay, 2021.</p> <p>Muestra:</p> <p>Está constituida por 87 pacientes que tiene el diagnóstico actual de hipotiroidismo subclínico y fueron atendidos en la clínica Varos, Abancay, 2021.</p>

<p>respecto a la vitalidad que perciben los pacientes con HSC?</p> <p>¿Cuál es la apreciación sobre la calidad de vida con relación a su edad con respecto a la función social que perciben los pacientes con HSC?</p> <p>¿Cuál es la apreciación sobre la calidad de vida con relación a su edad con respecto al rol emocional perciben los pacientes con HSC?</p> <p>¿Cuál es la apreciación sobre la calidad de vida con relación a su edad con respecto a la salud mental que perciben los pacientes con HSC?</p>	<p>Determinar la apreciación sobre la calidad de vida con relación a su edad con respecto a la función social</p> <p>Determinar la apreciación sobre la calidad de vida con relación a su edad con respecto al rol emocional</p> <p>Determinar la apreciación sobre la calidad de vida con relación a su edad con respecto a la salud mental</p>			
---	--	--	--	--



ESCUELA DE POSGRADO

ESCUELA PROFESIONAL DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CASTAÑEDA NUÑEZ ELIANA SOLEDAD, docente de la ESCUELA DE POSGRADO de la escuela profesional de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO ATENDIDAS EN LA CLÍNICA VAROS ABANCAY, 2021", cuyo autor es LEON SOTOMAYOR MIRIAM MILEYDI, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 17.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 22 de Setiembre del 2021

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CASTAÑEDA NUÑEZ ELIANA SOLEDAD DNI: 08104562 ORCID: 0000-0003-3516-1982	Firmado electrónicamente por: ESOLEDADCN el 22- 09-2021 13:14:50

Código documento Trilce: TRI - 0192418