



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CALIDAD DE VIDA DURANTE LA PANDEMIA POR
COVID-19, EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE
HIPERTENSIÓN QUE ACUDEN A UN CONSULTORIO DE
CARDIOLOGÍA DE UN ESTABLECIMIENTO SANITARIO
EN MIRONES, LIMA-2022”**

**TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORES:

RODRIGUEZ SABOYA JULIANA MAGALY

<https://orcid.org/0000-0001-7661-8585>

ESPINOZA MARCA GIOVANNA

<https://orcid.org/0000-0002-4290-3529>

ASESOR:

Mg. MATTA SOLIS EDUARDO PERCY

<https://orcid.org/0000-0001-9422-7932>

LIMA – PERÚ

2022

Dedicatoria

Dedico esta tesis a DIOS y a nuestros padres, Juan Luis Espinoza Gonzales, Julia Marca Llana y José La Coteria S. Rossana Saboya M. quienes han sido nuestros pilares para seguir adelante incondicionalmente que siempre nos han brindado su apoyo y consejos durante todo este tiempo, para poder llagar y cumplir nuestras metas de ser profesional

Y nuestros adorados hijos Ximena Ortiz Espinoza, Thiago Romero Rodríguez quien ha sido nuestra mayor motivación para nunca rendirnos en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ellos.

Agradecimiento

Mi agradecimiento a DIOS a quien nos ha fortalecido día a día nuestro camino y nos ha guiado por el camino correcto, con su amor y sabiduría el quien en todo momento está junto a nosotros levantándonos y apoyándonos a seguir adelante por nuestro objetivo que es cumplir nuestros sueños de ser una gran **ENFERMERA** y ayudar a los que nos necesitan y ser útil con nuestro amor humano.

A nuestros padres y familiares por inculcarnos por el buen camino con sus consejos y palabras de ánimo y fortaleza.

A la Universidad María Auxiliadora que nos abrió las puertas para ser buenos profesionales y capacitados.

A nuestros tutores y profesores que se convirtieron en nuestro ejemplo a seguir.

A nuestros compañeros que vivimos

buenos y malos momentos y que siempre nos apoyamos más que compañeros como una familia.

Índice general

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice general	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Anexos	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MATERIALES Y MÉTODOS	19
III. RESULTADOS	25
IV. DISCUSIÓN	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	42

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima-2022 (N=105).....	25
Tabla 2. Calidad de vida durante la pandemia por COVID-19, en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima-2022 (N=105).....	27
Tabla 3. Calidad de vida según su dimensión estado ánimo durante la pandemia por COVID-19, en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima-2022 (N=105).....	28
Tabla 4. Calidad de vida según su dimensión manifestaciones somáticas durante la pandemia por COVID-19, en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima-2022 (N=105).....	29

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	43
Anexo B. Instrumento de medición.....	44
Anexo C. Consentimiento informado	46

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida durante la pandemia por COVID-19, en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima-2022.

Materiales y métodos: El presente estudio aborda el problema desde el enfoque cuantitativo, en cuanto al diseño metodológico, es un estudio descriptivo/transversal. La población estuvo conformada por 105 participantes, todos con diagnóstico de hipertensión. La técnica que se utilizó para el proceso para recolectar datos fue la encuesta y el instrumento de medición fue el MINICHAL, que presenta 16 ítems y 2 dimensiones.

Resultados: En cuanto a la edad mínima fue 30 años y el máximo 78 años, siendo la edad media de 47,22 años. En relación al sexo, predominaron las mujeres con 69,5% (n=73), seguido de los varones con 30,5% (n=32). En cuanto a la calidad de vida, predominó el nivel bueno con 60% (n=63), seguido del nivel malo con 28,6% (n=30) y regular con 11,4% (n=12). En relación a las dimensiones, en estado de ánimo predominó el nivel bueno con 60% (n=63), seguido del nivel malo con 22,9% (n=24) y regular con 17,1% (n=18), y finalmente en manifestaciones somáticas predominó el nivel bueno con 54,3% (n=57), seguido del nivel malo con 28,6% (n=30) y regular con 17,1% (n=18).

Conclusiones: En cuanto a la calidad de vida, predominó el nivel bueno, seguido del malo y regular. En relación a las dimensiones, en todas predominó el nivel bueno, seguido del malo y regular.

Palabras clave: Calidad de vida; Hipertensión; Pacientes; Coronavirus (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To determine the quality of life during the COVID-19 pandemic, in people diagnosed with hypertension who attend a cardiology clinic in a health facility in Mirones, Lima-2022.

Materials and methods: This study addresses the problem from a quantitative approach, in terms of methodological design, it is a descriptive/cross-sectional study. The population consisted of 105 participants, all with a diagnosis of hypertension. The technique used for the process to collect data was the survey and the measurement instrument was the MINICHAL, which has 16 items and 2 dimensions.

Results: The minimum age was 30 years and the maximum was 78 years, with a mean age of 47.22 years. In relation to gender, women predominated with 69.5% (n=73), followed by men with 30.5% (n=32). Regarding quality of life, the good level prevailed with 60% (n=63), followed by the bad level with 28.6% (n=30) and regular with 11.4% (n=12). In relation to the dimensions, in mood, the good level prevailed with 60% (n=63), followed by the bad level with 22.9% (n=24) and regular with 17.1% (n=18), and finally, in somatic manifestations, the good level predominated with 54.3% (n=57), followed by the bad level with 28.6% (n=30) and regular with 17.1% (n=18).

Conclusions: Regarding the quality of life, the good level predominated, followed by the bad and regular. In relation to the dimensions, the good level predominated in all of them, followed by the bad and regular.

Keywords: Quality of life; Hypertension; patients; Coronavirus (Source: DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

La interacción entre la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y las enfermedades no transmisibles (ENT) como la hipertensión arterial (HTA), puede aumentar la carga mundial de morbilidad/mortalidad. El COVID-19 afecta a todos los sistemas sanitarios por su efecto directo como enfermedad transmisible, así como por su capacidad para alterar la mortalidad general y carga de morbilidad a través del impacto negativo sobre ENT (1). Por tanto, la enfermedad pandémica por COVID-19 ha afectado a todos los niveles institucionales de salud. Esto ha incluido la atención de los pacientes con ENT, que soportan una carga desproporcionada tanto del COVID-19 como de las medidas de salud pública promulgadas para contrarrestarlo (2).

Las ENT son condiciones de salud que no pueden transmitirse de un paciente a otro, y por lo general manifiestan una patología prolongada, persistente y de evolución lenta. Las ENT son responsables de más del 71% (41 millones de defunciones) de todas las muertes que se dan en un año, y casi el 80% de estos fallecimientos ocurren en regiones de bajos y medianos ingresos. Además, las ENT constituyen aproximadamente el 80% de todos los años vivos con discapacidades en todo el mundo. Dentro de las ENT la causa más común de decesos es debido a las enfermedades cardiovasculares (ECV) dentro de las cuales está la HTA, que representan la mayoría de los fallecimientos anualmente (17,9 millones), seguido del cáncer (9,3 millones), los padecimientos respiratorios (4,1 millones) y la diabetes mellitus (DM) (1,5 millones) (3). Durante el aislamiento por la pandemia, en los hogares, las enfermedades crónicas se han incrementado rápidamente, debido a la ausencia de atención médica en los servicios sanitarios y los casos de contagios de la COVID-19. Esta situación agravó la situación sanitaria y calidad de vida (CV) de muchas seres humanos en la que puso en riesgo su propio bienestar (4).

De hecho, la HTA constituye un efecto de mal pronóstico en la COVID-19. Asimismo, un análisis combinado de la literatura actual informó que la HTA se asoció con un riesgo de casi 2,5 veces más del COVID-19 grave (OR, 2,49; IC del 95%; 1,98-3,12; I² = 24%), así como con un riesgo de mortalidad significativamente

mayor (OR, 2,42; IC 95%; 1,51-3,90; I² = 0%). Además, un estudio de metarregresión, menciona una correlación entre un aumento en la edad media de las personas con COVID-19 grave y un log OR aumentado de hipertensión y gravedad de COVID-19 (P = 0,03). Esto deduce que, la HTA puede estar asociada con un riesgo hasta 2,5 veces mayor de COVID-19 grave o mortal, especialmente en personas mayores (5).

En China por medio de una investigación, encontraron que entre los 20 982 pacientes con COVID-19 confirmados, el 12,6% padecía hipertensión, que era la afección coexistente más frecuente, y la proporción general de hipertensión fue del 39,75% en 406 pacientes fallecidos con COVID-19 (6). En otro estudio epidemiológico de un brote de COVID-19 en China, la prevalencia estimada de pacientes con hipertensión fue de hasta un 12,8% entre 44 672 sujetos con COVID-19 confirmado, y los que tenían más probabilidades de desarrollar síntomas graves, con una mortalidad tasa del 6,0% (7). En un informe de España, se halló que 12 226 pacientes que requirieron ingreso hospitalario en 150 centros españoles, la HTA (50,9%) fue la comorbilidad más frecuente y la condición preexistente de HTA tuvo un valor pronóstico independiente para la mortalidad por todas las causas en sujetos con coronavirus (8).

Por otro lado, la CV es un indicador de cómo una condición de salud y su tratamiento afectan el bienestar físico, emocional y social de las personas. Mientras que, la HTA es un importante factor de riesgo modificable de ECV, que se asocia con una CV deficiente (9). En China informaron por medio de un estudio que participaron un total de 933 (tasa de respuesta: 86,4%) pacientes de edad media y avanzada (69,1±8,2 años) con, donde el 39,4% eran hombres, 44,2% tenían HTA estadio I y el 26,4% estaban con HTA estadio II y superior. Asimismo, obtuvo una CV de puntuación media de 0,743 (DE: 0,14; rango: 0,32-1,00; mediana: 0,756; rango intercuartílico: 0,634-0,859). También informo que el ser mujer ($\beta = -0,046$), tener dos o más comorbilidades (2 vs 1 $\beta = -0,066$; >3 vs 1 $\beta = -0,098$) y gastos sanitarios superiores a 2000 RMB (2000-3999 vs <2000) $\beta = -0,042$; 4000-5999 frente a <2000 $\beta = -0,046$, >6000 frente a <2000 $\beta = -0,071$) se asociaron significativamente con una

puntuación global más baja en CV; siendo agricultor ($\beta = 0,032$), teniendo ingreso familiar alto (10,000-14,999 vs <5000 $\beta = 0.045$; >15,000 vs <5000 $\beta = 0$ (10).

La HTA sigue siendo un problema de salud pública mundial y de gran importancia. En Ghana realizaron un trabajo en la que señalo una CV general deficiente de 14,0% (50/358). Mientras que, en los dominios como psicológico registró la media más alta \pm puntuación de la subescala SD de $58,7 \pm 16,0$, seguida de relaciones sociales (media \pm SD: $58,0 \pm 20,0$). Asimismo, la media \pm DE la puntuación de la subescala para el dominio del medio ambiente fue de $57,4 \pm 16,8$, en cambio, para el dominio salud física tuvo la menor puntuación en la subescala ($56,77 \pm 14,33$). Por tanto, el dominio psicológico tuvo la puntuación más alta, mientras que el dominio físico tuvo la puntuación más baja. Los resultados mostraron que, al menos 1 de cada 10 participantes tenía mala percepción general de CV. Por ende, los participantes con una CV mal percibida tenían puntuaciones significativamente más bajas en los cuatro dominios que aquellos que percibieron bien en CV (11).

En Perú a través de un estudio realizado en 138 participantes, confirmo que la CV en pacientes hipertensos predomino un nivel alto (42,75%) y en sus indicadores como función física, rol en funcionamiento/físico y dolor predominaron los niveles muy alto; en función social, bienestar emocional y cambio de salud predominaron los niveles altos; y en salud general y energía/fatiga fueron predominantes los niveles promedios (12).

Nuestro país presenta un sistema de salud aun deficiente y lleno de carencias, en infraestructura, logística y recursos humanos suficientes para atender a las demandas sanitarias de nuestra población. Para contrarrestar la HTA se requiere trabajar en la promoción de la salud, de manera sostenida para así obtener resultados positivos. Pero los resultados mostrados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señala que aún estamos lejos de realizar un buen trabajo para contrarrestar las ENT como la HTA y sus riesgos asociados. Se reportó en el 2021, que casi el 25% de la población presento sobrepeso/obesidad, 21,7% tenían HTA y casi la tercera parte de estos no se trata. Por otro lado, el 4,5% de las personas tienen diabetes, y el 39,9% presento al menos una comorbilidad, que es un factor de riesgo para su salud. Finalmente, el 41,1% presento riesgo

cardiovascular elevado, el cual se asocia a la HTA. Esto es preocupante, aparte de señalar que la crisis sanitaria hará que estas cifras se incrementen aún más. El sistema de salud no está aun debidamente preparado e implementado para soportar tremenda carga de enfermedad que se viene generando por estas ENT como la HTA (13)(14).

El hecho de que un pequeño número de enfermedades crónicas domine la gran cantidad de variantes de multimorbilidad frecuente, sugiere que una enfermedad puede aumentar el riesgo de otras enfermedades. Por tanto, es importante que los servicios de salud y las políticas para las enfermedades crónicas, especialmente en las personas mayores, que deben desarrollarse e implementarse en el contexto de la multimorbilidad con una atención sanitaria integrada y holística basada en una perspectiva orientada al paciente (15).

El COVID-19, es una nueva enfermedad contagiosa originada por el nuevo coronavirus, el cual afecta el sistema respiratorio, en algunas personas que tiene una condición de salud deteriorada, puede presentar la forma severa de esta enfermedad, la cual ocasiona el colapso del sistema respiratorio y otros órganos vitales, pudiendo ocasionar la muerte (16). La CV se ha establecido como un indicador de salud importante y un objetivo para lo investigativo y práctico en los campos sanitarios (17). Asimismo, está comprendido por un factor multidimensional que estudia varios aspectos de la vida, como lo cultural, social, económico, familiar y el estado de salud del individuo (18).

Mientras que, la HTA es una patología crónica silenciosa, generada por el incremento de la presión ejercida de la sangre a través de las paredes de los vasos sanguíneos (19). Asimismo, su sintomatología es manifestado por cefalea, vértigo, visión borrosa y sangrado nasal. Por ende, este padecimiento desencadena complicaciones cardiovasculares a corto o largo plazo (20). Del mismo modo, existen factores de riesgo que contribuyen a la HTA, las cuales son clasificadas en dos tipos como los modificables, que es dado por conductas cambiantes en el estilo de vida, y los no modificables que son factores inmodificables como la edad, el sexo y la genética (21). El sobrepeso y la obesidad es un indicador de riesgo modificable

importante, que está fuertemente relacionado con la HTA. Por ende, en los sujetos obesos, varios mecanismos pueden conducir a la HTA, como la resistencia a la insulina y leptina, disfunción del tejido adiposo perivascular, insuficiencia renal, activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona y actividad del sistema nervioso simpático. Asimismo, la pérdida de peso parece tener efectos positivos sobre la presión arterial (PA) (22).

En este presente estudio se aplicará la escala de versión corta MINICHAL, que fue elaborado en el año 2001 en España y presenta 2 dimensiones, las cuales son detalladas en las posteriores líneas (23). En primer lugar, encontramos al estado de ánimo (diez enunciados del 1 al 10) el cual es definido como la presencia de sentimientos y emociones, que por lo general pueden ser vistas como positiva o negativa, el cual va depender del grado de complejidad de la HTA y ello va a provocar un impacto en la CV del individuo (24). Estos estados mentales suelen denominarse en términos de sentido común, como emociones (miedo, asco, amor), cogniciones (recuperar un recuerdo, planificar el futuro, concentrarse en una tarea), percepciones (percepción de rostros y de colores), entre otros (25). Finalmente, las manifestaciones somáticas (seis enunciados del 11 al 16) se refieren a los síntomas físicos que experimenta la persona producto de la HTA y ello definitivamente va afectar su CV de estos usuarios (26). Esto involucra uno o más sintomatologías físicas acompañados de una cantidad excesiva de tiempo, energía, emoción y/o comportamiento relacionado con la manifestación que resulta en una angustia y/o disfunción significativa (27). La puntuación total se obtiene por la sumatoria de ítems, y varía de cero a 30 para el factor estado de ánimo, y de cero a 18 para el factor manifestaciones somáticas, cuanto más cerca del cero esté, mejor CV obtendrá. La pregunta sobre la percepción general de la salud se puntúa con las mismas posibles respuestas, pero no se considera en la suma total de la puntuación.

Nola Pender plantea el Modelo de Promoción de la Salud, la cual es una herramienta que debe de ser aplicada por el personal enfermero en su práctica diaria, este modelo enfatiza que, a través de la educación en salud sostenida en el tiempo, podemos modificar las conductas y comportamientos de las personas.

Desde este modelo el enfermero con su ciencia de cuidado debe proporcionar educación a las personas sobre sus hábitos de vida para prevenir enfermedades o complicaciones de la enfermedad. El enfermero tiene un papel fundamental en el manejo de la HTA, no solo identifica y cuida a los pacientes hipertensos, sino que también promueve la práctica de un estilo de vida saludable que favorezcan positivamente en su salud y bienestar. A través de este modelo podemos influir en que las personas HTA tengan una mejor salud y por tanto, esto se exprese en una mejor CV (28).

Shah y colaboradores (29), en Gujarat-India, en el 2020, efectuaron un estudio cuyo objetivo fue “Analizar la CVRS de pacientes hipertensos e identificar los factores que afectan la CVRS, especialmente los relacionados con los medicamentos”. El estudio observacional-prospectivo con 254 pacientes. La CVRS de los participantes se evaluó mediante la escala MINICHAL. En los hallazgos mencionaron que los pacientes con pre hipertensión, etapa 1 y etapa 2 de HTA fueron 152, 73 y 29, respectivamente. La presión arterial (PA) controlada se logró en solo el 31,5% de los pacientes con terapia farmacológica. Las puntuaciones medias en los dominios mental y somático de la escala MINICHAL fueron $2,5 \pm 2,6$ (intervalo de confianza [IC] del 95 %: 2,3-2,9) y $3,1 \pm 3,5$ (IC del 95 %: 3,0–4,0), respectivamente, con una puntuación total media de $5,5 \pm 5,3$ (IC 95%: 4,6-6,0). Los hombres tienen una puntuación significativamente más baja ($P < 0,01$) que las mujeres. Los pacientes que vivían con la familia ($P < 0,046$), con analfabetos ($P = 0,001$), con ejercicio físico regular ($P = 0,004$) y con PA controlada ($P < 0,05$), tienen un puntaje significativamente más bajo. Concluyen que hubo una menor CVRS entre los pacientes hipertensos, y que se asoció con el género, nivel educativo, ejercicio físico y control de la PA alcanzado.

Cavalcante y colaboradores (30), en Brasil, en el 2021, elaboraron un trabajo cuyo objetivo fue “Evaluar la calidad de vida de trabajadores con hipertensión arterial que laboran en un restaurante universitario”. El estudio fue cuantitativo/descriptivo con 56 participantes en emplearon la escala MINICHAL. En los hallazgos encontraron que, el 28% tenían hipertensión, edades entre 40 y 60 años, el 31% tenían índice de masa corporal dentro del rango normal (18,5-24,9), el 25% presentaban

sobrepeso, el 31% tenían obesidad I, y el 12% presentaban obesidad II. Asimismo, la mayoría había terminado la escuela secundaria con antecedentes familiares de ECV, consumo alcohol y tabaco. Además, el 38% dijo sentirse con agotamiento físico y el 31% con sensaciones de agonía y tensión. Concluyen que la presencia de factores biológicos y estilo de vida, como la obesidad, el sedentarismo y tabaquismo, favorecen la aparición de HTA e influyen negativamente en el tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Demacena y colaboradores (31), en Piauí-Brasil, en el 2020, hicieron un trabajo con el objetivo de “Analizar la calidad de vida de los pacientes hipertensos atendidos en un servicio público de salud”. El estudio fue transversal con 322 pacientes. Aplicaron varios instrumentos entre las cuales usaron el Mini-Cuestionario de Calidad de Vida en HTA. En los hallazgos mostraron que el 62,4% eran mujeres, 48,1% de 40 a 59 años, 53,7% con primaria incompleta. Asimismo, se pudo percibir que los hipertensos presentaron un mejor índice de CV para el dominio estado mental del instrumento MINICHAL, que aborda temas como sueño, relaciones sociales, toma de decisiones, pensamientos sobre la vida, entre otros. Concluyen que, presentó altos niveles de CV. Por ende, la CV de las personas con HTA deben ser considerada dentro del tratamiento y seguimiento de los casos por parte de los profesionales responsables del cuidado de las personas, quienes deben buscar estrategias encaminadas a mejorar la atención y asistencia en cuanto a los sujetos hipertensos.

Samanez y Rimascuca (32), en Lima-Perú, en el 2022, desarrollaron un trabajo, cuyo objetivo fue “Determinar la calidad de vida durante la emergencia sanitaria, en pacientes hipertensos que acuden a la consulta de cardiología de un Establecimiento Hospitalario en Lima Norte, 2022”. El estudio era cuantitativo, descriptivo/transversal con 136 personas y el instrumento empleado era el MINICHAL. Los resultados indican que, en la CV prevaleció el nivel alto (69,9%), seguido del bajo (22,8%) y medio (7,4%). De acuerdo a las dimensiones, en estado de ánimo, prevaleció el nivel alto (68,4%), seguido del bajo (16,2%) y medio (15,4%) y en manifestaciones somáticas, prevaleció el nivel alto (64,7%), seguido del bajo

(22,8%) y medio (12,5%). Concluyeron que la CV fue alto, debido que los participantes tuvieron apoyo de sus familiares.

Cardenas y Machacuay (33), en Lima-Perú, en el 2019, realizaron una investigación, cuyo objetivo fue “Determinar la relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada a la salud en personas con hipertensión arterial, atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima-2018”. El estudio era cuantitativo/correlacional y transversal con 210 pacientes y uno de los cuestionarios empleados fue el MINICHAL. Los hallazgos indican que, en la CV prevaleció el nivel alto (51,4%), seguido del nivel medio (46,7%) y bajo (1,9%). Según sus dimensiones, en estado de ánimo prevaleció el nivel alto (49,9%), seguido del medio (47,1%) y bajo (3,8%) y en manifestaciones somáticas, prevaleció el nivel bajo (63,3%), seguido del medio (33,3%) y bajo (3,3%). Concluyeron que la CV fue alta, debido que los pacientes hipertensos eran adherentes a su tratamiento y acudían al consultorio de cardiología del establecimiento.

Herrera y Oblitas (34), en Cajamarca-Perú, en el 2020, llevaron a cabo una investigación, cuyo objetivo fue “Determinar la Calidad de Vida, según características sociodemográficas del adulto mayor con hipertensión arterial que acudió al centro médico de EsSalud-Chota”. El estudio fue cuantitativo/descriptivo/transversal en la que fueron participes 120 sujetos y el instrumento aplicado fue el MINICHAL. Los hallazgos mostraron que, en cuanto a la CV predominó el nivel mejor (77,5%) y peor (22,5%). De acuerdo a sus dimensiones, en estado de ánimo predominó el nivel mejor (88,3%) y peor (11,7%) y en manifestaciones somáticas, predominó el nivel mejor (84,2%) y peor (15,8%). Concluyeron que la CV fue mejor, debido que los participantes tuvieron una detección temprana y un tratamiento oportuno estandarizado de la HTA.

La hipertensión es una afección sistémica de evolución crónica, que cuando no se controla y se tiene los cuidados pertinentes, afectara la CV y bienestar de las personas que padecen dicha enfermedad. La población global experimenta cada vez mayor contacto con la vida urbana y por tanto se expone a la propaganda

consumista arrolladora, que induce al consumo de alimentos procesados y sustancias dañinas para la salud como el tabaco/alcohol. El ritmo de vida actual, va de la mano con un exceso de actividades-trabajo, dejando de lado la práctica de actividad física y actividades de tipo recreativas. El COVID-19 provocó un cambio en los estilos de vida de las personas alrededor del mundo. La pandemia agudizó más la vida de las personas, dejando secuelas negativas en lo físico y emocional. La nueva normalidad nos acerca muchas veces a los factores de riesgo para las personas. El indicador CV es fundamental valorarlo en el hipertenso, ya que sus resultados nos informan sobre su condición de salud en muchos dominios. De ahí resaltar la importancia de este estudio que busca evaluar la CV de estas personas en diferentes dimensiones, con ello se busca establecer diagnóstico de su condición de salud y partir de ello se puede realizar acciones que permitan mejorar los cuidados dirigidos a ellos.

Las investigaciones realizadas en personas hipertensas se centran principalmente en los aspectos biomédicos y clínicos, pocos estudios se enfocan en aspectos de promoción de la salud, ello fue confirmado en la revisión bibliográfica sobre el tema, hecha en bibliotecas virtuales, bases de datos y repositorios académicos, a nivel nacional/internacional. Además, ahí se puso en evidencia no hay estudios antecedentes sobre el tema en la zona donde se hará la investigación. Lo señalado justifica la elaboración de la investigación que tiene como propósito aportar con conocimiento y evidencia científica nueva sobre el tema que será de utilidad para mejorar los cuidados en estas personas con HTA.

En cuanto al valor práctico, el estudio busca que el personal de salud del establecimiento sanitario, optimice su labor de atención de salud orientada a la población hipertensa participante.

En cuanto a la relevancia social, los resultados permitirán establecer mejoras que beneficien positivamente, a las personas hipertensas participantes.

El estudio es elaborado tomando en consideración las pautas del método científico, el cual le da un orden y pautas metodológicas que garantiza la obtención de resultados sólidos que sean tomados en cuenta como un aporte significativo que traiga mejoras en el cuidado de las personas hipertensas participantes.

El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida durante la pandemia por COVID-19, en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima-2022.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo de todo estudio, se tendrá en cuenta el enfoque del mismo, es decir la concepción que se asume de la investigación, que en este caso será el enfoque cuantitativo. En relación al diseño metodológico o camino a seguir, el estudio será descriptivo-transversal. Es cuantitativo ya que se utilizará un instrumento de recolección de datos numérico y los datos que se recolecten serán analizados mediante un programa estadístico. Es descriptivo ya que solo se contemplará el fenómeno en su medio natural, y transversal ya que en la recolección de datos, la variable principal será cuantificada una sola vez (35)(36).

2.2 POBLACIÓN

La investigación contó con una población finita, que estuvo constituida por pacientes con HTA que acuden a su control en un Establecimiento de Salud en Mirones, lugar donde se desarrolló la recolección de datos. El personal de salud facilitó una lista que contenía el registro de los pacientes continuadores, inicialmente fueron 122 (dato facilitado por el personal responsable del consultorio de cardiología), a los cuales fueron aplicados los criterios de selección ya establecidos al inicio del estudio, seguidamente se detallan estos:

Criterios de inclusión:

- Personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones.
- Personas con diagnóstico de hipertensión continuadores (tienen historia clínica y asisten a la consulta más de una vez) de 30 años a más.
- Personas con diagnóstico de hipertensión que estén lúcidos en tiempo, espacio y persona
- Personas con diagnóstico de hipertensión que manifiesten querer participar en el estudio.
- Personas con diagnóstico de hipertensión que después de ser debidamente informados brinden su consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Se excluirán las personas no hipertensas.
- Personas hipertensas menores de 30 años.
- Personas hipertensas que manifiesten no querer ser parte del estudio y no deseen dar el consentimiento informado.

*Luego de aplicar los criterios de selección señalados la población participante final quedó constituida por 105 personas con HTA.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

La variable principal del estudio es el término “calidad de vida”, esta es de naturaleza cualitativa y la escala de medición que posee es la ordinal.

Definición conceptual:

La CV es la valoración que hace un individuo de sus condiciones de vida, que están vinculado a la satisfacción de sus necesidades básicas, de tipo materiales y emocionales, ello a su vez se asocia a su salud y bienestar (37).

Definición operacional:

La CV es la valoración que hacen las personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones en Lima, de sus condiciones de vida, que están vinculado a la satisfacción de sus necesidades básicas, de tipo materiales y emocionales, ello a su vez se asocia a su salud y bienestar, ello se manifiesta en los dominios de estado ánimo y manifestaciones somáticas, que serán valoradas con el cuestionario MINICHAL.

2.4 TÉCNICA DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

Para el trabajo de campo se empleó una técnica de investigación que permita abordar a todos los participantes, que este caso fue la encuesta. La presente técnica se caracteriza por ser una herramienta estandarizada que permite realizar la recolección de datos a una población amplia en tiempos bastante breves, siendo además flexible ya que permite adaptarse a situaciones diferentes y a las características de los participantes que se involucran. Por otro lado, esta técnica se

aplica a estudios de corte cuantitativo, donde se necesita conocer los comportamientos, opiniones y preferencias de cierta muestra o grupo poblacional sobre un tema que interesa a un investigador (38).

Instrumento de recolección de datos:

La CV de los pacientes hipertensos se ha visto deteriorada durante la emergencia sanitaria por COVID-19, particularmente a consecuencia de las restricciones sanitarias y el cierre de los establecimientos de salud; desafortunadamente este grupo de pacientes se vio perjudicado, ya que se obstaculizó su tratamiento y seguimiento médico. Sin duda alguna, este problema generó un ascenso de la prevalencia en el número de hipertensos y las comorbilidades relacionadas al mismo y a su vez la tasa de mortalidad. Por ello en el presente estudio se valoró la CV de estos pacientes utilizando el cuestionario MINICHAL, este es un instrumento de recolección de datos que fue diseñado en España en el año 2001, actualmente es conocido y bastante difundido por sus excelentes propiedades psicométricas (validez/confiabilidad), ello permitió que fuera adaptado a diversas culturas e idiomas. El instrumento MINICHAL, se caracteriza por ser un cuestionario que está conformado por 16 preguntas y 2 dimensiones, las cuales son las siguientes: estado de ánimo y manifestaciones somáticas y para la calificación del MINICHAL, es importante tener en cuenta que las preguntas están enfocadas según las experiencias de la última semana, una vez mencionado ello, este cuestionario se va valorar aplicando la escala Likert que presenta 4 puntos y sus alternativas de respuesta oscilan entre en absoluto hasta sí, mucho, además se destaca que el MINICHAL tiene un puntaje global de 46 puntos y según los valores finales obtenidos, estos se clasifican en tres niveles: Baja (0-10 pts), Media (11-24 pts) y Alta (25-48 pts) (39).

Validez y confiabilidad del instrumento:

Puchure y colaborador (40), en el 2022, desarrollaron en su estudio la validez de contenido del instrumento MINICHAL, siendo este calificado por 5 jueces expertos quienes dieron una valoración de 88% interpretándose como aceptable. La confiabilidad lo calcularon mediante el Alpha de Cronbach, cuyo resultado fue 0,914, interpretándose como fiable.

2.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Antes de iniciar el trabajo de campo se solicitó un documento denominado carta de visita a la Universidad María Auxiliadora, con la cual se pudo viabilizar el acceso formal al consultorio de cardiología del establecimiento sanitario ubicado en Mirones.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La información fue recolectada en el mes de junio del 2022. Ya en el trabajo de campo, se informó a los participantes sobre los alcances de la investigación, para luego invitarlos a participar de forma voluntaria en el trabajo, seguido a ello, se les solicito el consentimiento informado; una vez aceptado el mismo se le facilito el cuestionario MINICHAL para que puedan completarlo (el instrumento facilitado fue en formato digital-Formulario Google), cada uno tomo un tiempo de 15 minutos para completarlo. Debido a la emergencia sanitaria, para desarrollar el trabajo de campo, se tomaron en cuenta las recomendaciones sanitarias con el fin de cuidar la salud de los participantes y el encuestador.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

La investigación fue de tipo cuantitativo-descriptivo y bajo esa perspectiva, para el análisis de la información se empleó la estadística descriptiva. La información recolectada fue ingresada a una matriz de datos del SPSS en su versión 26 en español, ahí se hizo el análisis de los datos. Se emplearon herramientas estadísticas como las tablas de frecuencias absolutas-relativas, las medidas de tendencia central y la función cálculo de variable. Los resultados más relevantes del estudio se presentaron en tablas, para continuar con la redacción de la sección de resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Las investigaciones de tipo clínicas del área de la salud, en donde los participantes son seres humanos, deben incluir en su desarrollo los aspectos bioéticos que garanticen su conducción transparente e integra. En estudios como el nuestro, en donde los participantes son seres humanos (personas con diagnóstico de

hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones), se debe de respetar las decisiones autónomas que tomen y sus derechos, así como cuidar su integridad y salud. Son dos los documentos que contienen los lineamientos éticos que permiten regular dichos estudios, estos son, la Declaración de Helsinki emitida en 1964 (41) donde enfatiza el respeto de la decisión del participante y ello se lleva a la práctica a través de la aplicación del consentimiento informado. También el Reporte Belmont emitido en 1979 (42), el cual hace referencia a los principios bioéticos como, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Seguidamente se detallará la forma como se aplicarán cada uno de ellos.

Principio de autonomía

Indica la capacidad de decidir libremente sobre su participación en el estudio, esta decisión tomada, debe ser respetada y tomada en cuenta. Ello se traslada a la práctica haciendo uso del consentimiento informado (43).

Se comunicó a las personas participantes con HTA sobre el objetivo del estudio y los aspectos principales del mismo, después se les solicito el consentimiento informado, que permitió su participación formal.

Principio de beneficencia

Este enfatiza la buena práctica en la atención de la salud, además busca promover y proteger los intereses del paciente, intentando siempre encontrar el máximo beneficio posible (43).

Se explicó los beneficios que se deriven de la investigación a las personas participantes con HTA.

Principio de no maleficencia

Refiere que a la obligación del investigador responsable del estudio a evitar dañar la integridad del participante o exponerlo a algún tipo de riesgo y consecuencias relacionados con el mismo, durante el desarrollo del estudio (44).

Se comentó a las personas participantes con HTA que el estudio no tiene riesgos que afecten su salud e integridad.

Principio de justicia

Indica la importancia de brindar un trato justo e igual a todos los participantes, sin preferencia alguna o favoritismo de intereses respetando sus particularidades y condiciones. Los beneficios deben distribuirse equitativamente (45).

Para recoger la información se brindó un trato cordial, amigable, respetoso y equitativo a todas las personas participantes con HTA.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima-2022 (N=105).

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	105	100
Edad	Min. 30/ Max. 78 Media: 47,22	
Sexo		
Femenino	73	69,5
Masculino	32	30,5
Estado civil		
Soltero(a)	7	6,7
Casado(a)	51	48,6
Conviviente	43	41,0
Divorciado(a)	1	1,0
Viudo(a)	3	2,9
Grado de instrucción		
Secundaria completa	58	55,2
Superior completo	20	19,0
Superior Incompleto	27	25,7
Condición de ocupación		
Estable	55	52,4
Eventual	33	31,4
Sin Ocupación	17	16,2
Tipo de familia		
Nuclear	72	68,6
Monoparental	6	5,7
Extendida	20	19,0
Ampliada	5	4,8
Reconstituida	2	1,9

En la tabla 1 observamos que, la edad, el mínimo era 30 años y la máxima 78 años, siendo la edad media de 47,22años. En el sexo, 82 personas que representan el 77,4% son varones y 24 personas que representan el 22,6% son mujeres. En el estado civil, 51 personas que representan 48,6% son casados(as), seguido de 43

personas que representan el 41,0% son convivientes, 7 personas que representan el 6,7% son solteros(as), 3 personas que representan el 2,9% son viudos(as) y 1 persona que representa el 1,0% son divorciados(as). En el grado de instrucción, 58 personas que representan el 55,2% tienen secundaria completa, seguido de 27 personas que representan el 25,7% tienen superior incompleto y 20 personas que representan el 19,0% tienen superior completo. En condición de ocupación, 55 personas que representan el 52,4% son estables, seguido de 33 personas que representan el 31,4% son eventuales y 17 personas que representan el 16,2% no tienen ocupación. En tipo de familia, 72 personas que representan el 68,6% nucleares, 20 personas que representan el 19,0% extendidas, 6 personas que representan el 5,7% monoparentales, 5 personas que representan el 4,8% ampliadas y 2 personas que representan el 1,9% reconstituidas.

Tabla 2. Calidad de vida durante la pandemia por COVID-19, en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima-2022 (N=105)

Nivel	n	%
Buena	63	60,0
Regular	12	11,4
Mala	30	28,6
Total	105	100,0

En la tabla 2, se observa que, en cuanto a la calidad de vida, 63 personas que representan el 60,0% tienen un nivel bueno, seguido de 30 personas que representan el 28,6% tienen un nivel malo y 12 personas que representan el 11,4% tienen un nivel regular.

Tabla 3. Calidad de vida según su dimensión estado ánimo durante la pandemia por COVID-19, en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima-2022 (N=105)

Nivel	n	%
Buena	63	60,0
Regular	18	17,1
Mala	24	22,9
Total	105	100,0

En la tabla 3 se observa que, en cuanto al estado de ánimo, 63 personas que representan el 60,0% tienen un nivel bueno, seguido de 24 personas que representan el 22,9% que tienen un nivel malo y 18 personas que representan el 17,1% que tienen un nivel regular.

Tabla 4. Calidad de vida según su dimensión manifestaciones somáticas durante la pandemia por COVID-19, en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima-2022 (N=105)

Nivel	n	%
Buena	57	54,3
Regular	18	17,1
Mala	30	28,6
Total	105	100,0

En la tabla 4 se observa que, en cuanto a las manifestaciones somáticas, 57 personas que representan el 54,3% tienen un nivel bueno, seguido de 30 personas que representan el 28,6% que tienen un nivel malo y 18 personas que representan el 17,1% que tienen un nivel regular.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN

La HTA es una enfermedad de evolución crónica, que requiere cuidados y seguimiento de por vida. Esta enfermedad de no ser controlada genera progresivamente daño a nivel sistémico, generando sintomatología y secuelas muchas veces severas e irreversibles que afectan la salud física y emocional del paciente. El indicador CV es fundamental aplicarlo en estos pacientes, ya que nos da una lectura específica de cómo está la condición de estos pacientes, es por ello que en este estudio se aplicó el cuestionario “MINICHAL” a los 105 participantes, donde se buscó “Determinar la calidad de vida durante la pandemia por COVID-19, en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima-2022”, asimismo, resaltar el desarrollo de esta investigación que aportara evidencia científica actualizada sobre el tema.

En cuanto a la calidad de vida, 63 participantes (60,0%) tienen un nivel bueno, seguido de 30 participantes (28,6%) que tienen un nivel malo y 12 personas (11,4%) que tienen un nivel regular. Estos resultados señalan que la mayoría de personas hipertensas cuentan con una CV buena, esto puede deberse a que son pacientes continuadores y que se preocupan por su autocuidado. En estos pacientes, los aspectos de prevención y promoción de la salud son fundamentales, si bien es cierto esta enfermedad no puede curarse, pero si se puede convivir con ella. Los cambios en estilo de vida y control regular de la presión arterial deben ser pilares en el proceso de cuidado de estas personas (46). Samanez y Rimascuca (32) señalaron niveles elevados de CV con un 69,9%. Herrera y Oblitas (34), también indicaron un mayor nivel de CV con un 77,5%. Asimismo, la mayor parte de las personas maduras hipertensas, tanto a nivel global (93 de 120) como en los factores de estado de ánimo (106 de 120) y manifestaciones somáticas (101 de 120) presentaron niveles buenos en su CV. De hecho, podemos afirmar que la CV de las personas mayores, podría mejorar aún más si incrementan el acceso a servicios

sociales y de salud, las cifras de alfabetización, y mejores expectativas de vida y oportunidad del desarrollo individual. La atención oportuna en un establecimiento de salud, es un factor protector para una buena CV. Cavalcante y colaboradores (30) indicaron que la propia HTA reduce significativamente la CV. Sin embargo, la CV es afectada, además, por diferentes parámetros como el sexo, el nivel educativo, la PA controlada alcanzada o no y el ejercicio físico. Asimismo, indican que los pacientes hipertensos con PA deseable lograda y siguiendo el programa de ejercicio físico, tuvieron mejor CV evaluada por el puntaje MINICHAL. Por ende, el diagnóstico temprano y cumplimiento del tratamiento recomendado para lograr el control de la PA son muy esenciales para el manejo exitoso de la HTA y garantizar una mejor CV. Por otra parte, Cardenas y Machacuay (33) encontraron que en su estudio predominó el nivel de CV alto con 51,4%. Ellos consideran que la CV es una percepción subjetiva del bienestar físico-psicológico de cualquier padecimiento crónico, que repercutirá en menor o mayor grado en el estado de salud percibida por la persona. Shah y colaboradores (29), señalaron en su estudio que la CV entre los participantes fue baja, y ello se asocia al género, instrucción, ejercicio y control de la PA.

En cuanto al estado de ánimo, 63 participantes (60,0%) tienen un nivel bueno, seguido de 24 participantes (22,9%) que tienen un nivel malo y 18 personas (17,1%) que tienen un nivel regular. El estado de ánimo se refiere a la percepción de sentimientos y pensamientos positivos o negativos de una persona con su entorno (24). Cardenas y Machacuay (33) mencionan que obtuvieron resultados altos en el indicador estado de ánimo, las cuales fueron determinadas por el bienestar material, seguridad, salud, productividad personal y buenas relaciones sociales, por ello, la CV no solo depende de bienes materiales, sino también involucra las vivencias personales, condiciones en las que se desenvuelven y formas en las que enfrentan las particulares circunstancias de la vida.

En cuanto a las manifestaciones somáticas, 57 participantes (54,3%) tienen un nivel bueno, seguido de 30 participantes (28,6%) que tienen un nivel malo y 18 personas (17,1%) que tienen un nivel regular. Las manifestaciones somáticas están referidas a la sintomatología física que experimenta la persona por una dolencia, que resulta

angustiante o disfunciones significativas (27). Cardenas y Machacuay (33), mencionan que la dimensión está directamente relacionada con la detección temprana y un tratamiento farmacológico oportuno de la HTA, enfocados a reducir mitigar la exposición a posibles complicaciones y manifestaciones somáticas que comprometen la propia salud. Los pacientes continuadores suelen presentar mayores de CV en esta dimensión. Demacena y colaboradores (31) precisan que los participantes masculinos tenían promedios más altos para el dominio del estado mental y manifestaciones somáticas, indicando así una mejor evaluación de CV para el sexo masculino. Asimismo, señalan que las personas analfabetas presentan mayor impacto negativo en la CV, ya que el nivel de educación e incorporación de la enseñanza interfieren en las percepciones y prácticas de autocuidado.

Como hemos visto la HTA es una ENT de naturaleza compleja. Su abordaje implica cuidados y cambios en el estilo de vida y adherencia al tratamiento farmacológico, esto se puede lograr cuando el paciente es consciente de su estado de salud y cuenta con un apoyo familiar/social importante. El enfermero con su ciencia del cuidado puede dar un aporte significativo a través de la promoción de la salud en estos pacientes. Los factores protectores al parecer fueron la razón de que en este estudio predomine en todos los casos los niveles altos de CV.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto a la calidad de vida, predominó el nivel bueno, seguido del nivel malo y regular.
- En cuanto al estado de ánimo, predominó el nivel bueno, seguido del nivel malo y regular.
- En cuanto a las manifestaciones somáticas, predominó el nivel bueno, seguido del nivel malo y regular.

4.3 RECOMENDACIONES

- Se recomienda al establecimiento de salud y al equipo multidisciplinario de salud, especialmente el personal de enfermería llevara a cabo estrategias preventivas promocionales, como programas educativos que permitirán reforzar la educación sanitaria sobre cuidados en la HTA en estos pacientes, se debe de incidir en que el paciente que presenta CV baja tome conciencia de su condición de salud y el autocuidado que debe asumir. Se debe comprometer a que la familia acompañe en este proceso de tratamiento a los pacientes con HTA.

- La HTA se asocia a una serie de factores de riesgo, ante ello el personal de salud debe saber identificar estos factores de riesgo, principalmente los factores de riesgo modificables, sobre estos se deben de planificar acciones de salud. En estos pacientes es fundamental asistir a sus controles de salud y tener los niveles de PA sistólica dentro de sus valores normales

- Se sugiere que en investigaciones sobre el tema hacer desarrolladas más adelante, se consideren aplicar nuevos enfoques de investigación como el cualitativo o mixto, ello permitirá una comprensión más profunda del problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azarpazhooh MR, Morovatdar N, Avan A, Phan TG, Divani AA, Yassi N, et al. COVID-19 pandemic and burden of non-communicable diseases: An ecological study on data of 185 countries. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* [revista en Internet] 2020 [acceso 15 de mayo de 2022]; 29(9): 105089. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7315949/>
2. Chang A, Cullen M, Harrington R, Barry M. The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. *Journal of Internal Medicine* [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 289(4): 450-462. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/joim.13184>
3. World Health Organization. Non-communicable diseases [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [actualizado en abril del 2021; acceso 17 de mayo de 2022]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Azarpazhooh R, Morovatdar N, Avan A, Phan T, Divani A, Yassi N, et al. COVID-19 Pandemic and Burden of Non-Communicable Diseases: An Ecological Study on Data of 185 Countries. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* [revista en Internet] 2020 [acceso 11 de febrero de 2022]; 30(3): 201-205. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7315949/>
5. Lippi G, Wong J, Henry B. Hypertension in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19): A pooled analysis. *Polish Archives of Internal Medicine* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 130(4): 304-309. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32231171/>
6. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Chinese Center for Disease Control and Prevention* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 41(2): 145-151. Available from:

https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/32064853/%5BThe_epidemiological_characteristics_of_an_outbreak_of_2019_novel_coronavirus_diseases__COVID_19__in_China%5D_

7. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention [revista en Internet] 2020. [acceso 2 abril del 2022]; [Internet]. 41(2):1--3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32064853/>
8. Rodilla E, Saura A, Jiménez I, Mendizábal A, Pineda-Cantero A, Lorenzo-Hernández E. Association of hypertension with all-cause mortality among hospitalized patients with COVID-19. Journal of Clinical Medicine [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 9(10): 1-12. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/10/3136>
9. Peacock E, Joyce C, Craig L, Lenane Z, Holt E, Muntner P. Low medication adherence is associated with decline in health-related quality of life. Journal of Hypertension [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 39(1): 153-161. Available from: https://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2021/01000/Low_medication_adherence_is_associated_with.21.aspx
10. Liu X, Bai G, Li H, Li S. Applying SF-6D to measure health state utilities among the middle and old aged patients with hypertension in China. Health and Quality of Life Outcomes [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 18(1): 1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7731619/>
11. Boima V, Yeboah A, Kretchy I, Koduah A, Agyabeng K, Yorke E. Health-related quality of life and its demographic, clinical and psychosocial determinants among male patients with hypertension in a Ghanaian tertiary hospital. Rev médica de Ghana [revista en Internet] 2022 [acceso 2 de

noviembre de 2021]; 56(1): 5-14. Available from:
<https://www.ajol.info/index.php/gmj/article/view/223776>

12. Matta L. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a un policlínico ubicado en Los Olivos. *Cuidado y Salud Pública [revista en Internet]* 2021 [citado 25 de mayo de 2022];1(2): 1-7. Available from:
<http://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/29>
13. Castro M, Villena A. La Pandemia del COVID-19 y su repercusión en la salud pública en Perú. *Acta Medica Peruana [revista en Internet]* 2021 [acceso 16 de mayo de 2022]; 38(3): 161-162. Available from:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v38n3/1728-5917-amp-38-03-161.pdf>
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 39,9% de peruanos de 15 y más años de edad tiene al menos una comorbilidad [sede Web]. Lima-Perú: INEI; 2021 [actualizado en abril de 2021; acceso 20 de mayo de 2022]. [Internet]. Available from: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>
15. Park B, Ock M, Lee H, Lee S, Han H, Jo M. Multimorbidity and health-related quality of life in Koreans aged 50 or older using KNHANES 2013–2014. *Health and Quality of Life Outcomes [revista en Internet]* 2018 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 16(1): 1-10. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6139141/>
16. Sharma A, Ahmad I, Kumar S. COVID-19: A Review on the Novel Coronavirus Disease Evolution, Transmission, Detection, Control and Prevention. *Viruses. [revista en Internet]* 2021 [acceso 7 de abril de 2022]; 13(2): 1-2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33572857/>
17. Fayers P, Machin D. Calidad de vida: evaluación, análisis e interpretación de

los resultados informados por los pacientes [Internet]. Lima - Perú; 2013.

Available from:

https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Quality+of+life:+the+assessment,+analysis+and+reporting+of+patient-reported+outcomes&author=PM+Fayers&author=D+Machin&publication_year=2016&

18. Jing X, Chen J, Dong Y, Han D, Zhao H, Wang X, et al. Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de marzo de 2022]; 16(1): 189. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6147036/>
19. Jordan J, Kurschat C, Reuter H. Arterial Hypertension. *Dtsch Arztebl Int*. [revista en Internet] 2018 [acceso 19 de marzo de 2022]; 115(33): 557-568. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30189978/>
20. Fuchs F, Whelton P. High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. *Hypertension*. [revista en Internet] 2020 [acceso 1 de abril de 2022]; 75(2):285-292. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31865786/>
21. Pazoki R, Dehghan A, Evangelou E, Warren H, Gao H, Caulfield M, et al. Genetic Predisposition to High Blood Pressure and Lifestyle Factors: Associations With Midl and Cardiovascular Events. *Circulation*. [revista en Internet] 2018 [acceso 29 de marzo de 2022]; 137(7): 653-661. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29254930/>
22. Fantin F, Giani A, Zoico E, Rossi AP, Mazzali G, Zamboni M. Weight loss and hypertension in obese subjects. *Nutrients*. [revista en Internet] 2019 [acceso 10 de mayo de 2022]; 11(7):1667. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31330870/>
23. Badia X, Roca-Cusachs Á, Dalfó A, Gascón G, Abellán J, Lahoz R. Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life

- Questionnaire (MINICHAL). *Clinical Therapeutics* [revista en Internet] 2002 [acceso 15 de marzo de 2022]; 24(12): 2137-2154. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149291802801035>
24. Barbosa C, Silva N, Assis V, Santos M, Luiz R, Gustavo A, et al. Identifying mood disorders and health-related quality of life of individuals submitted to mandatory military service. *Acta Neuropsychiatr.* [revista en Internet] 2021 [acceso 6 de abril de 2022]; 33(1): 9-14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32967747/>
 25. Oosterwijk S, Lindquist K, Anderson E, Dautoff R, Moriguchi Y, Barrett L. States of mind: Emotions, body feelings, and thoughts share distributed neural networks. *Neuroimagen* [revista en Internet] 2012 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 62(3): 2110-128. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3453527/>
 26. Snarska K, Chorąży M, Szczepański M, Ładny J. Quality of Life of Patients with Arterial Hypertension. *Medicina (Kaunas).* [revista en Internet] 2020 [acceso 8 de abril de 2022]; 56(9): 1-17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7559811/>
 27. Kurlansik S, Maffei M. Somatic Symptom Disorder. *Am Fam Physician* [revista en Internet] 2016 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 93(1):49-54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26760840/>
 28. Hussein A, Abd El Salam E, Farid Amr A. A theory guided nursing intervention for management of hypertension among adults at rural area. *Journal of Nursing Education and Practice* [revista en Internet] 2017 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 7(1): 66-78. Available from: <https://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/9231>
 29. Shah R, Patel J, Shah A, Desai G, Buch J. Determinants of health-related quality of life in patients with hypertension. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de

noviembre de 2021]; 10(3): 262-269. Available from:
<https://www.njppp.com/fulltext/28-1580879504.pdf>

30. Cavalcante E, da Silva D, Cavalcante C, Pennafort V, Júnior J, Miranda F. Perception of nursing technicians about care in enteral nutritional therapy: clinical simulation. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 13: 1574-1581. Available from:
<http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10463>
31. Damacena D, da Silva L, Lima L, Machado A, Marques J, da Silva A. Quality of life of people with arterial hypertension. *Revista de Enfermagem da UFPI* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 9: 1-7. Available from: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/9674>
32. Samanez V, Rimascca M. Calidad de vida durante la emergencia sanitaria, en pacientes hipertensos que acuden a la consulta de cardiología de un Establecimiento Hospitalario en Lima Norte, 2022 [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad Maria Auxiliadora; 2022. [Internet]. Available from: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/871/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Cardenas M, Machacuay G. Adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada a la salud en personas con hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de cardiología del HNHU, Lima-2018 [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad Norbert Wiener, 2019. [Internet]. Available from:
[http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2976/TESIS Cardenas Maritza - Machacuay Gladys.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2976/TESIS%20Cardenas%20Maritza%20-%20Machacuay%20Gladys.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
34. Herrera J, Oblitas A. Calidad de vida del adulto mayor hipertenso, Chota 2017. *ACC CIETNA: Revista de la escuela de enfermería* [revista en Internet] 2020 [acceso 13 de mayo de 2022]; 7(1), 1-12. Available from: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/354>

35. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill; 2018. 753 p.
36. Polit D, Tatano Ch. Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la practica de la enfermería. 9ª ed. Madrid - España: Wolters Kluwer Health; 2021. 512 p.
37. Cuevas-Fernandez J. Perception of the quality of life of hypertensive patients: influencing factors. Dialnet [revista en Internet] 2003 [acceso 21 de mayo de 2022]; (3): 1-3. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=955>
38. Story D, Tait R. Survey research. Anesthesiology [revista en Internet] 2019 [acceso 21 de mayo de 2022]; 130(2): 1-10. Available from: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/130/2/192/20077/Survey-Research>
39. Baqué A, Llach X, Roca-Cusachs A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). Aten Primaria [revista en Internet] 2002 [acceso 15 de marzo de 2022]; 29(2): 116-121. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuestionario-calidad-vida-hipertension-arterial-13026230>
40. Puchure S, Tineo M. Calidad de vida durante la emergencia sanitaria por coronavirus en pacientes con hipertensión arterial que acuden a su control en un establecimiento de salud de Los Olivos, Lima-2022 [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad Maria Auxiliadora; 2022. [Internet]. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/900/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
41. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [sede Web] Ain-Francia: WMA; 1964 [actualizado en agosto de 2021; acceso 21 de mayo de 2022].

[Internet]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

42. Brothers K, Rivera S, Cadigan R, Sharp R, Goldenberg A. A Belmont Reboot: Building a Normative Foundation for Human Research in the 21st Century. *J Law Med Ethics* [revista en Internet] 2019 [acceso 21 de mayo de 2022]; 47(1): 1-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
43. Levitt D. Ethical decision-making in a caring environment: The four principles and LEADS. *Healthcare Management Forum* [revista en Internet] 2014 [acceso 21 de mayo de 2022]; 27(2): 105-107. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1016/j.hcmf.2014.03.013?journalCode=hmfa>
44. Masic I, Hodzic A, Mulic S. Ethics in medical research and publication. *Int J Prev Med* [revista en Internet] 2014 [acceso 21 de mayo de 2022]; 5 (9): 1073-1082. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192767/>
45. Veatch RM, Guidry- Grimes LK. *The basics of bioethics*. 4^a ed. Londres-Reino Unido: Routledge; 2020. 324 p.
46. Zhu Z, Yan W, Wang X, Hu D, Zhu Y, Chen J. Physical Activity, Blood Pressure Control, and Health-Related Quality of Life Among Hypertensive Individuals. *Asia-Pacific Journal of Public Health* [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 33(5): 539-546. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10105395211014650>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	+VALOR FINAL	*CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Calidad de vida	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	La CV es la valoración que hace un individuo de sus condiciones de vida, que están vinculados a la satisfacción de sus necesidades básicas, de tipo materiales y emocionales, ello a su vez se asocia a su salud y bienestar (37).	La CV es la valoración que hacen las personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Miraflores de Lima, de sus condiciones de vida, que están vinculados a la satisfacción de sus necesidades básicas, de tipo materiales y emocionales, ello a su vez se asocia a su salud y bienestar, ello se manifiesta en los dominios de estado ánimo y manifestaciones somáticas, que serán valoradas con el cuestionario MINICHAL.	*Estado animo	Práctica de actividad física, energía y aptitud física	1 al 10	Alta	Alta: Entre 0 - 10 puntos
				*Manifestaciones somáticas	Sentimientos positivos y satisfacción con la vida	11 al 16	Media	Media: Entre 11 - 24 puntos
							Baja	Baja: Entre 25 - 48 puntos

Anexo B. Instrumento de medición

CUESTIONARIO DE MINICHAL

PRESENTACIÓN

Buenas tardes, soy egresada de enfermería de la Universidad María Auxiliadora, y en esta oportunidad pido su colaboración para el llenado del presente cuestionario. Tenga en cuenta usted que sus datos brindados son confidenciales.

II. DATOS GENERALES

Edad en años:

Sexo:

Femenino Masculino

Estado Civil:

Soltero(a) Casado Conviviente Divorciado(a) Viudo(a)

Grado de instrucción: Sin instrucción Primaria Secundaria
Superior técnico Superior universitario

Condición de ocupación: Estable Eventual Sin Ocupación

Tipo de familia: Nuclear Monoparental Extendida Ampliada

Reconstituida

INSTRUCCIONES:

Marca con una "X" la alternativa la cual cree conveniente para usted. Tener en cuenta que se considera una alternativa con cada pregunta.

+En los últimos 7 días...	+No, en absoluto	+Sí, poco	+Sí, bastante	+Sí, mucho
1) ¿Tengo dificultad para conciliar el sueño?				
2) ¿Tengo dificultad para relacionarme con mis amistades habituales?				
3) ¿Se me dificulta entenderme con la gente?				
4) ¿Siente que su rol en la vida no es útil?				
5) ¿Es incapaz de tomar decisiones para emprender nuevas cosas?				
6) ¿Se encuentra constantemente agobiado y en tensión?				
7) ¿Siente que la vida es una lucha constante?				
8) ¿Es incapaz de disfrutar sus actividades diarias?				
9) ¿Se siente agotado y sin fuerzas?				
10) ¿Siente que está enfermo?				
11) ¿Presenta dificultad para respirar?				
12) ¿Ha experimentado hinchazón en los tobillos?				
13) ¿Siente que micciona más frecuente?				
14) ¿Siente sequedad en la boca?				
15) ¿Ha experimentado dolor en el pecho sin ningún tipo de esfuerzo?				
16) ¿Siente entumecimiento u hormigueo en alguna zona del cuerpo?				

Gracias por su colaboración

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Calidad de vida durante la pandemia por COVID-19, en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima-2022.

Nombre del investigador principal:

-Rodríguez Saboya Juliana Magaly

-Espinoza Marca Giovanna

Propósito del estudio: Determinar la calidad de vida durante la pandemia por COVID-19, en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima-2022.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Cándor Rodríguez Saboya Juliana Magaly coordinador de equipo teléfono móvil N° 988518099 o al correo electrónico: julianarodriguez632@gmail.com

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. José Agustín Oruna Lara, presidente del Comité de Ética de la Universidad María Auxiliadora, escribiendo al correo jose.oruna@uma.edu.pe

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Rodríguez Saboya Juliana Magaly	
Nº de DNI	
43254558	
Nº teléfono móvil	
988518099	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

***Certifico que he recibido una copia del documento.**

.....
Firma del participante