



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

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
DURANTE LA PANDEMIA, EN PERSONAS HIPERTENSAS
QUE ASISTEN A UN POLICLÍNICO EN COMAS, 2022”**

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

AUTORES:

Bach. FERNANDEZ TAIPE MARCELINA

<https://orcid.org/0000-0003-1192-8835>

Bach. FERNANDEZ TAIPE MARY LUZ

<https://orcid.org/0000-0002-8824-1997>

ASESOR:

Dr. MATTA SOLIS EDUARDO PERCY

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

LIMA – PERÚ

2022

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **FERNANDEZ TAIBE MARCELINA** , con DNI **70790170** , en mi condición de autor(a) de la tesis/ trabajo de investigación/ trabajo académico presentada para optar el **TÍTULO PROFESIONAL**(grado o título profesional que corresponda) de título **“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DURANTE LA PANDEMIA, EN PERSONAS HIPERTENSAS QUE ASISTEN A UN POLICLÍNICO EN COMAS, 2022”**, **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO**¹ que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de VEINTE TRES POR CIENTO (**23%**)y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento a los 05 días del mes de abril del año 2023.



FERNANDEZ TAIBE MARCELINA
70790170



DR. MATTA SOLIS, EDUARDO PERCY
42248126

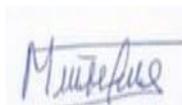
1. Apellidos y Nombres
2. DNI
3. Grado o título profesional
4. Título del trabajo de Investigación
5. Porcentaje de similitud

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **FERNANDEZ TAIPE MARY LUZ**, con DNI **70790171**, en mi condición de autor(a) de la tesis/ trabajo de investigación/ trabajo académico presentada para optar el **TÍTULO PROFESIONAL** (grado o título profesional que corresponda) de título **“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DURANTE LA PANDEMIA, EN PERSONAS HIPERTENSAS QUE ASISTEN A UN POLICLÍNICO EN COMAS, 2022”**, **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO**¹ que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de VEINTE TRES POR CIENTO (23%) y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento a los 05 días del mes de abril del año 2023.



FERNANDEZ TAIPE MARY LUZ
70790171



DR. MATTA SOLIS, EDUARDO PERCY
42248126

1. Apellidos y Nombres
2. DNI
3. Grado o título profesional
4. Título del trabajo de Investigación
5. Porcentaje de similitud

FERNANDEZ TAIPE MARCELINA

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	11%
2	repositorio.uch.edu.pe Fuente de Internet	11%
3	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

Índice general

Índice general	v
Índice de Tablas	vi
Índice de Anexos	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MATERIALES Y MÉTODOS	20
III. RESULTADOS	26
IV. DISCUSIÓN	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	54

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de personas hipertensas que asisten a un Policlínico en Comas, 2022 (N=102).....	26
Tabla 2. Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia, en personas hipertensas que asisten a un Policlínico en Comas, 2022 (N=102)	28
Tabla 3. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión funcionamiento físico (N=102)	29
Tabla 4. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión rol físico (N=102).....	30
Tabla 5. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión dolor corporal (N=102).....	31
Tabla 6. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión salud general (N=102).....	32
Tabla 7. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión vitalidad (N=102).....	33
Tabla 8. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión función social (N=102).....	34
Tabla 9. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión rol emocional (N=102).....	35
Tabla 10. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión salud mental (N=102).....	36
Tabla 11. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión cambio de salud (N=102)	37

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable.....	55
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos	56
Anexo C. Consentimiento informado.....	59

Resumen

Objetivo: Valorar la calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia, en personas hipertensas que asisten a un Policlínico en Comas, 2022.

Materiales y métodos: Se asumió el enfoque cuantitativo y la ruta o diseño descriptivo/transversal. Se conto con una muestra de 102 participantes hipertensos. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y fue empleado el cuestionario SF-36, que está comprendido por 36 ítems y 9 factores/dimensiones.

Resultados: En calidad de vida, tuvo más frecuencia el nivel alto con 52% (n=53), seguido de muy alto con 28,4% (n=29), promedio con 10,8% (n=11) y bajo con 8,8% (n=9). En las dimensiones involucradas, en funcionamiento físico (48%), rol físico (75,5%), dolor corporal (73,5%) y función emocional (57,8%) tuvo mayor frecuencia el nivel muy alto; en vitalidad (38,2%), función social (45,1%), salud mental (62,7%) y en cambio de salud (58,8%) tuvo mayor frecuencia el nivel alto y finalmente en salud general (60,8%) tuvo más frecuencia el nivel promedio.

Conclusiones: En cuanto a la calidad de vida, fue más frecuente el nivel alto, seguido del muy alto, promedio y bajo.

Palabras clave: Calidad de vida; Personas; Hipertensión; Pandemias (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To assess the quality of life related to health during the pandemic, in hypertensive people who attend a Polyclinic in Comas, 2022.

Materials and methods: The quantitative approach and the route or descriptive/cross-sectional design were assumed. There was a sample of 102 hypertensive participants. The data collection technique was the survey and the SF-36 questionnaire was used, which is comprised of 36 items and 9 factors/dimensions.

Results: In quality of life, the high level was more frequent with 52% (n=53), followed by very high with 28.4% (n=29), average with 10.8% (n=11) and low. with 8.8% (n=9). In the dimensions involved, in physical functioning (48%), physical role (75.5%), bodily pain (73.5%) and emotional function (57.8%) the very high level was more frequent; in vitality (38.2%), social function (45.1%), mental health (62.7%) and in change of health (58.8%) the high level was more frequent and finally in general health (60.8%) had more frequency the average level.

Conclusions: Regarding quality of life, the high level was more frequent, followed by very high, average and low.

Keywords: Quality of life; Persons; Hypertension; Pandemics (Source: DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las enfermedades no transmisibles (ENT) van incrementando su prevalencia, generando así mayor carga de mortalidad y morbilidad en salud de la población a nivel global. Estas enfermedades de larga evolución (curso crónico) son responsables del 71% de muertes por año que se dan en el planeta (41 millones de muertes), siendo el grupo etario comprendido entre los 30-69 años donde se concentra el mayor número de fallecidos (15 millones). Estas muertes en su mayoría son prematuras, pudiendo evitarse. Estas enfermedades afectan y tienen presencia más frecuente en países en vías de desarrollo. Dentro de estas ENT tenemos a las enfermedades cardiovasculares (ECV) que generan casi 18 millones de defunciones por año. La hipertensión arterial (HTA), es una de las ECV que genera mayor riesgo a la salud general. Estas enfermedades se vinculan a la práctica de estilos de vida no saludables y consumo de sustancias nocivas como tabaco/alcohol, esta situación incrementa el riesgo de muerte (1). Durante la pandemia por el nuevo coronavirus, 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 agrava la situación sanitaria y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de la población en la que se vio afectado su bienestar (2).

La HTA es un problema sanitario que incrementa el riesgo de sufrir ECV. Reportes señalan que a nivel global hay 1 280 millones de personas adultas comprendidas entre 30-79 años con HTA, estando residiendo mayormente en países en vías de desarrollo. Alrededor de un 46% de los adultos con HTA no saben que padecen esta enfermedad crónica. Solo uno de cada cinco hipertensos, es decir alrededor del 21%, tiene controlado su problema de salud. La HTA es una enfermedad que requiere abordaje farmacológico y no farmacológico, siendo este último determinante en el control del estado de salud (3).

Un estudio en Arabia Saudita, donde participaron 437 pacientes hipertensos, indicó que el 85,1% conocía los valores normales de presión arterial. Muchos participantes no tenían problemas con la movilidad, el cuidado personal, las actividades

habituales, el dolor o la incomodidad y la ansiedad o la depresión. Los grupos de edad mostraron una asociación significativa con la movilidad y las actividades habituales. El conocimiento de la hipertensión se asoció significativamente con la CVRS (4).

Otro estudio en Arabia Saudita, llevado a cabo en 300 pacientes con HTA. Sus resultados indicaron que el 38,8% no es adherente al tratamiento. La mala adherencia a la medicación se asoció con una CV deficiente $\beta=-0,012$ (95 % intervalo de confianza [IC]: -0,021 a -0,002; $p=0,018$) y salud $\beta=-0,013$ (95 % IC: -0,025 a -0,002; $p<0,018$) (5).

Un estudio en China, revela que la hipertensión se asocia con una CVRS deficiente. Entre los factores asociados a una CVRS deficiente, tenemos el nivel socio/económico y la falta de programas de prevención de dolencias crónicas como la HTA (6).

Otro estudio en China, donde participaron 8128 pacientes con hipertensión de una zona rural, cuyos hallazgos indicaron que la calidad de vida (CV) fue 75,88 (15,50). De acuerdo a las dimensiones afectadas fue el dolor/malestar fue el problema auto informado más común (23,05%) de los pacientes. Los factores asociados a una CVRS baja fueron la edad y el sufrimiento de comorbilidades en los pacientes, mientras que el nivel socioeconómico alto y los estilos de vida saludables se asocian con una CVRS alta (7).

Un estudio en Polonia, donde participaron 100 personas con hipertensión, cuyos hallazgos muestran que en cuanto a la CV fue mejor valorada en el campo físico y tuvo una calificación más baja el ámbito social. Por otro lado, encontraron que Los pacientes hipertensos valoraron su CV como bueno o medio en los ámbitos físico ($14,69 \pm 2,23$), psicológico ($14,2 \pm 2,26$), social ($13,67 \pm 2,61$) y ambiental ($14,31 \pm 1,73$). Encontraron que hubo una relación significativa entre el género y la evaluación de la CV (8).

Un estudio en Ghana, donde participaron 58 pacientes hipertensos, señalo que los participantes indicaron una CVRS deficiente con 14%. Asi mismo encontraron que comparativamente, la CVRS (media \pm DE) fue la menor en el dominio de salud física ($56,77 \pm 14,33$) pero la más alta en el dominio psicológico ($58,7 \pm 16,0$). La regresión

lineal multivariada mostró que el nivel de ingresos, el nivel educativo, el insomnio, la satisfacción general, el deseo sexual y la adherencia a la medicación fueron predictores significativos de la CVRS (9).

Un estudio en Irán, donde participaron 145 usuarios con HTA, cuyos hallazgos indican que la correlación entre la CV y el autocuidado no fue significativa ($r=-0,048$, $P=0,520$). La actividad física fue un predictor significativo de la CV, además mostraron que la CV de los hipertensos aumentó en 3,371 por día de actividad física ($\beta =0,223$, $P<0,01$). Sin embargo, la CV se asoció negativamente con el uso de medicamentos ($\beta=-0,572$, $P<0,001$). La CV de los participantes disminuyó 3.456 debida al tiempo largo del consumo de medicamentos (10).

Una investigación hecha en USA, indicó que participaron 13,933 pacientes hipertensos, cuyos resultados indicaron que Las puntuaciones de CV (95% IC) fueron 52,67 (52,07-53,27) en pacientes sin hipertensión y 50,35 (49,45-51,26) en la población hispana con condiciones hipertensivas. La presencia de HTA se vinculó con una menor CVRS en grupos de hispanos (11).

Un metaanálisis realizado en Brasil, cuyos hallazgos indicaron mostraron un aumento promedio de 2,45 puntos (IC 95% 1,02-3,87; $p < 0,0008$) en la CV de los sujetos adherentes al tratamiento no farmacológico para la HTA. La adherencia terapéutica incremento el promedio de 9,24 puntos (IC 95% 8,16-10,33; $p < 0,00001$) en la CV de los HTA (12).

Un estudio realizado en Lima-Perú, sobre CV de personas hipertensas, indicó en sus hallazgos que la CVRS fue alta (43,5%) y de acuerdo a sus dimensiones, en funcionamiento físico (30,6%), rol físico (41,9%), dolor (50,8%) y función emocional (43,5%); en los otros era más frecuente el alto en la función social (35,5%), bienestar emocional el (40,3%) y cambio de salud (43,5%). Además, también tuvo predominio el nivel promedio en energía/fatiga (48,4%) (13).

Otro estudio realizado en Lima-Perú, sobre CV en paciente con HTA, indicó en sus resultados que la CVRS fue alta (46,7%). En los factores resalto el nivel muy alto en el funcionamiento físico (36%), rol en funcionamiento/físico (48,0%), dolor (58,0%) y función emocional (51,3%); en los otros factores fue más frecuente el nivel

promedio en la salud general (55,3%) y energía/fatiga (46,7%). Encontraron que tuvo más predominio los factores de nivel alto en función social (41,3%), bienestar emocional (48,0%) y cambio de salud (47,3%) (14).

Finalmente, otro estudio realizado en Lima-Perú, indico en sus resultados que la CV fue muy alta en un 33,6% y alta en un 20,8% en paciente hipertensos. En los indicadores, tuvo mayor frecuencia el nivel muy alto en función física (55,2%), dolor corporal (31,2%) y rol emocional (46,4%); en las otras tenían mayor predominio alta en salud general (33,6%), vitalidad (43,2%) y salud mental (47,2%). Asimismo, predomino el nivel promedio en función social (36%) y cambio de salud (38,4%) y finalmente, resalto muy bajo en rol físico (46,4%). Concluye que CVRS era alto, debido al buen manejo de la PA y asistencia a los controles periódicos (15).

Nuestro país tiene un sistema de salud limitado en respuesta y recursos. Para contrarrestar la hipertensión, se requiere incidir en la promoción de la salud, de manera sostenida para así obtener resultados significativos. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), nos muestra un panorama preocupante en cuanto a indicadores relacionados a la hipertensión y algunos factores de riesgo vinculados a esta enfermedad. Se reportó en un informe del año 2021, que casi el 25% de peruanos tenía sobrepeso/obesidad, 21,7% eran hipertensos y casi la tercera parte de estos no recibía tratamiento. Por otro lado, alrededor del 40% de peruanos presento al menos una comorbilidad, situación que atenta contra su salud. Finalmente, el reporte agrega que el 41,1% de peruanos presenta riesgo cardiovascular elevado. Las autoridades de salud deben generar políticas y estrategias de salud que permitan atender y contrarrestar la carga de esta enfermedad crónica (16)(17).

La CV se comprende es el grado de bienestar de una persona frente a su condición de salud/vida (18).

La CVRS se asocia con un estado de salud. Es la valoración subjetiva que hace una persona, a partir de evaluar los dominios de su vida como lo físico, social y emocional, el cual está vinculado a su desempeño y salud general, pudiendo repercutir ello en su nivel de bienestar (19)(20).

La hipertensión esta definida como presión sistólica por encima de 140 mmHg y una presión diastólica por encima a 90 mmHg, siendo esta condición rotulada como un factor de riesgo modificable que se asocia a la presencia de ECV y mortalidad a nivel global (21)

En el presente trabajo para poder medir la variable principal se utilizará el cuestionario SF-36, este es un instrumento que se componen de 36 reactivos y 9 dimensiones, las cuales se explicaran con detalle en las próximas líneas. El funcionamiento físico, se refiere al buen estado óptimo de la función física para el desempeño normal de las actividades habituales del individuo. La función física cumple un rol fundamental en salud y CV de las personas (22). El rol físico se refiere a la capacidad física de una persona para llevar a cabo sus actividades cotidianas ante la ausencia de afecciones o lesiones físicas que podrían afectar su CV (23). El dolor se comprende como una sensación y sentimiento incomodo caracterizado como desagradable e intenso ante una lesión física o causada por una enfermedad. El dolor corporal es un indicador que está asociado con la CV (24). La salud general se refiere a la percepción del individuo sobre su condición de salud actual, es decir se refiere a la valoración del estado de salud físico, psicológico y social de una persona (25). La vitalidad es un indicador que se asocia con el estado de salud de la persona y al mismo tiempo con su estado de ánimo y salud emocional del usuario. La energía/fatiga se refiere al grado de vitalidad o cansancio físico/emocional ante la presencia de una enfermedad (26). La función social es considerada un factor fundamental en la vida de una persona y comprende como la capacidad para interrelacionarse con las demás personas y ser partícipes en los eventos sociales/familias (27). El rol emocional se define como la presencia de un conjunto de emociones que se encuentran asociadas al estado de ánimo de una persona relacionado a su condición de salud actual (28). La salud mental se asocia con el estado de ánimo de una persona frente a su salud actual (29). Finalmente, el cambio de salud se refiere a la percepción del individuo sobre su condición de salud actual después del transcurso de un año, es decir si este se encuentra satisfecho con su estado de salud y bienestar (30).

En el presente estudio se tomó en consideración la teoría de promoción de la salud de Nola Pender quien da el marco adecuado para establecer cuidados de enfermería relacionados a problemas vinculados con la promoción de la salud y cambios positivos en el comportamiento de las personas que favorezcan el tener más salud. Los proveedores de atención de la salud, como el enfermero, debe proporcionar cuidados y educación en salud a las personas para que modifiquen sus hábitos de vida, ello permitirá contrarrestar principalmente las enfermedades de tipo no transmisibles como la hipertensión (31). Los profesionales de enfermería tienen un papel importante en el manejo de la HTA, no solo en identificar y tratar a los pacientes con esta enfermedad, sino que también de promover un estilo de vida saludable y estrategias preventivas para reducir la prevalencia y complicaciones de esta enfermedad (32).

Erwei Zheng y colaboradores (33), en China, el 2021, ejecutaron un estudio que tuvo por objetivo “Determinar la CVRS y los factores que influyen en los pacientes ancianos con hipertensión en la provincia de Heilongjiang”, en el cual de un total de 705 pacientes ancianos que presentan hipertensión y empleando el SF-36 reportaron que: los problemas con dolor y/o malestar muy alto representa 57%, en tanto que el autocuidado representa un porcentaje bajo del 17,2%. Aquellos factores que influyen el CVRS de los pacientes que presentan hipertensión son: el género, edad, ingresos económicos, grado de instrucción, actividad física. En particular el género femenino, presentar una edad mayor a 80 años, poseer un menor grado de escolaridad y/o ingresos mayores, además de la presencia de enfermedades se asociarán a un menor índice de utilidad. Mientras que la actividad física de manera regular y el examen médico fueron positivos en la CVRS de los pacientes hipertensos. Como conclusión se observa que los pacientes con HTA en China presentan una CVRS bajísima que la población en general. Para mejorar ello (su CVRS) de los pacientes con hipertensión resulta imperioso el mejorar una educación salud pública, ello para adoptar un mejor conocimiento de la hipertensión y de esa manera el promover el adoptar hábitos saludables.

Yang Song y colaboradores (34), en China, 2020, hicieron su estudio el cual tuvo por objetivo "Evaluar los efectos de los ejercicios chinos tradicionales (TCE) en la CV en pacientes con hipertensión esencial", donde de un total de 13 ensayos controlados aleatorios y con la participación de 1361 pacientes, entre 30 y 80 años, que presentan hipertensión en el cual se demostró que los ejercicios chinos tradicionales pueden ser eficaces para tener una mejor CV en hipertensos, aquí se estableció una mejora significativa en el componente físico como el mental del SF-36, se estableció que el Tai Chi ayuda a mejorar de manera significativa todos los dominios en la escala del componente físico [función física (DM = 7,54; IC del 95 %: 5,65-9,43; $p < 0,00001$; $I^2 = 65$ %), rol físico (DM = 10,07; IC 95 %: 6,64 a 13,49; $p < 0,00001$; $I^2 = 80$ %), dolor corporal (DM = 9,40; IC 95 %: 4,67-14,13; $p < 0,0001$; $I^2 = 83$ %), y salud general (DM = 6,95; IC 95 %: 2,51-11,39; $p = 0,002$; $I^2 = 88$ %)] y la escala del componente mental [vitalidad (DM = 9,40; IC 95 %: 7,87- 10,93; $p < 0,00001$; $I^2 = 0$ %), función social (DM = 9,56; IC 95 %: 2,84-16,28; $p = 0,005$; $I^2 = 91$ %), rol emocional (DM = 9,09; IC 95 %: 3,62-14,55; $p = 0,001$; $I^2 = 86$ %), y dominios de salud mental (DM = 9,85; IC 95 %: 7,08-12,61; $p < 0,00001$; $I^2 = 64$ %)] . Concluyen que el Tai Chi de manera muy especial puede ser una buena terapia para optimizar la CV.

Chen y colaboradores (35), en Estados Unidos, en 2018, hicieron un estudio, cuyo objetivo fue "Examinar el efecto de una intervención basada en el estilo de vida de seis meses sobre la CVRS en adultos mayores con hipertensión". Contaron con un total de 196 participantes en este estudio. Cabe resaltar que, de los 196 participantes, 103 de ellos fueron del grupo de intervención y 93 del control. Al iniciar el estudio, la edad promedio de los participantes fue de $74,8 \pm 7,7$ años; además el 63% fueron de sexo femenino. La mayoría de los participantes eran blancos (33 %) y afroamericanos (40 %); los participantes en su mayoría informaron presentar una educación secundaria o más (71%). Además, más de la mitad (54%) informó un ingreso mensual inferior a \$1,000. Los grupos de intervención y control no difirieron de forma estadísticamente significativa en ninguna de las características de la muestra (todas $p \geq 0,05$). Al inicio del estudio, la puntuación media de estrés fue de

43,7 ± 10,7 y la puntuación media de apoyo social fue de 27,2 ± 9,1. Las puntuaciones medias del resumen del componente mental (MCS) y del resumen del componente físico (PCS) del SF-36 fueron 46,7 ± 11,4 y 39,6 ± 10,1, respectivamente. Como conclusión indican que los resultados establecieron que el modelo de regresión es estadísticamente significativo en la predicción en los cambios de la CVRS según la intervención que esté basada en el estilo de vida, el estrés y el apoyo social. Los niveles educativos, la raza y el estrés al inicio del estudio son predictores significativos para predecir cambios en el estrés. Además, la puntuación de SF-36 MCS al inicio, el estrés al inicio y el cambio en el estrés son predictores significativos del cambio en las puntuaciones de MCS en el modelo final.

Adrián y coparticipes (36), Lima-Perú, durante el año 2022, desarrollaron una investigación que se propuso como objetivo “Valorar la CVRS durante la emergencia sanitaria por coronavirus, en personas que presentan HTA”. Ellos emplearon el instrumento SF-36 que incluye 36 ítems y sus respectivas 9 dimensiones para una población de 138 personas, a través del cual encontraron que, respecto a la calidad de vida hubo un predominio en el nivel alto (47,8%), continuo con un promedio de (27,5%), bajo con (14,5%), muy bajo con (5,1%) y muy alto con (5,1%). Según ello concluyen que, en referencia a la CV, existe predominio en el nivel alto, luego bajo, en seguida el nivel muy bajo y, por último, muy alto. Se recomienda el promover acciones que refuercen aspectos que se vinculen a factores de riesgo de la enfermedad; además realizar estudios en donde sean involucradas poblaciones más extensas para así obtener resultados que sean generalizados hacia otras poblaciones.

Hoyos (37), en Lima-Perú, durante el año 2022, desarrollo la investigación que tuvo como objetivo el “Determinar la CVRS a lo largo de la pandemia en pacientes de Lima Norte”. Utilizaron el instrumento SF-36 como técnica para recopilar datos y obtuvieron que: En cuanto al nivel de CVRS presento un predominio elevado en el nivel superior con un 46,7% (n=70), además en el nivel bajo esta presenta un 22,7% (con un n= 34), y en el nivel inferior se obtiene un 11,3% (n=17), además en el nivel muy superior se establece con 11,3% (con un n=17) y presenta un promedio con

8% (n=12). Como conclusión se establece que la CVRS presento un predominio elevado en el nivel alto y en cuanto a los aspectos del funcionamiento físico se estableció un predominio del nivel muy alto. Como recomendación plantean que el establecimiento de salud que presta atención en la zona debería contemplar la apertura escalonada de la atención para personas con ENT como la hipertensión arterial, debido a que dicha actividad permaneció limitada de manera drástica durante los últimos años.

Martínez y colaboradores (38), en Lima-Perú, durante el año 2018, llevaron a cabo una investigación que busco “Evaluar la CVRS en ancianos con HTA que asisten a un centro de salud”, en donde de un total de 186 pacientes con los cuales se hizo uso del cuestionario SF-36 en los cuales se contempló en cuanto a la calidad de vida que 116 (es decir 62,4%) de las personas que participan muestran una muy alta calidad vida, 2 de ellos (1,1%) CV alta, un 26,3% muestran una CV promedio y un 10,2% de los participantes presentan una CV baja. Como conclusión indican que con respecto a la CVRS en pacientes que presentan un diagnóstico de HTA predomina la CV muy alta, a continuación, la CV promedio, seguida de la CV baja y por último CV alta. Además, recomiendan al personal profesional a cargo del centro de salud a instruir en la difusión de la salud con una colaboración interdisciplinaria, además esta debe de ser sostenible en el tiempo, ellas deben de estar orientadas principalmente a aquellos conjuntos de participantes que presenten CV baja y promedio.

La evidencia señala que la hipertensión se asocia con una menor CVRS en la población que padece esta enfermedad. Esta enfermedad crónica se hace cada vez más prevalente en el planeta y va incrementando con el paso de los años su índice de morbilidad y mortalidad. Esta enfermedad asociada a los estilos de vida que asumen las personas, debe ser abordada desde el primer nivel de atención en salud, en donde el trabajo de promoción de la salud aun este lejos de lo deseado. Un hipertenso requiere de cuidados permanentes, además de adherirse a su control periódico y tratamiento. Pero sabemos que estamos en un contexto de emergencia sanitaria, en donde la atención al COVID-19 y el proceso de vacunación masiva, ha

hecho que se descuide la atención y control de estos pacientes. Por ello es fundamental e importante valorar en estos pacientes el indicador CVRS, que nos dará una lectura de como esta su salud en los diferentes dominios de la vida, ello a su vez permitirá tomar acciones de salud que permitan cuidar la salud de estos.

Toda investigación debe tener un respaldo bibliográfico idóneo y actualizado, en este estudio específico se hizo una revisión en los diferentes repositorios institucionales, así como en las bases de datos científicas-académicas, constatándose que los estudios que se enfocan en la CVRS en hipertensos, son aún escasos. Al revisar estudios antecedentes en el lugar donde se llevará a cabo el trabajo de campo, se pudo notar que no existen aún. Lo señalado justifica plenamente el desarrollo de esta investigación, que busca generar evidencia científica/conocimiento que permita tener un diagnóstico base de la situación, con ello se podrán realizar acciones de cuidado en beneficio de los participantes.

En lo práctico, se darán aportes mediante información que favorecerá al Policlínico mejorar la atención y cuidados brindados a los pacientes y personas que ahí acudan.

En cuanto a la relevancia social, la investigación traerá beneficios, y quienes serán los principales favorecidos serán los pacientes con HTA que participan en la investigación.

En relación al valor metodológico, señalar que el proceso investigativo tomo como base los lineamientos del método científico, ello permitió tener una orientación metodológica clara, que garantizo la obtención de resultados relevantes y fiables.

El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia en personas hipertensas que asisten a un Policlínico en Comas, 2022.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se abordó la investigación ya concluida desde un punto de vista del enfoque cuantitativo, además el diseño metodológico que se asumió fue el descriptivo/transversal (39). Es cuantitativa ya que el problema identificado fue cuantificado mediante un instrumento cuantitativo, además de que los datos que fueron recolectados fueron analizados mediante la estadística. Se dice que es una investigación descriptiva porque esta se limitó a mostrar el fenómeno en su medio natural, y es transversal ya que la medición del fenómeno se hizo una sola vez en el lapso que duró el desarrollo del estudio (40).

2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

En el actual estudio se contó con una población de 138 pacientes hipertensos registrados, esto fue confirmado por personal que labora en dicho establecimiento de salud privado. A dicha población se le calculó la muestra con la que se trabajara finalmente. Para precisar las características de los participantes hipertensos, se tomarán en cuenta los siguientes criterios de selección (inclusión-exclusión):

Criterios de inclusión:

- Pacientes hipertensos con 30 a más años.
- Pacientes hipertensos continuadores.
- Pacientes lucidos, orientados en tiempo espacio y persona.
- Pacientes que manifiesten su voluntad de querer ser parte del estudio.
- Pacientes que den el consentimiento informado, después de recibir la información necesaria sobre los alcances del estudio.

Criterios de exclusión:

- Todos aquellos pacientes menores de 30 años
- Pacientes que no deseen involucrarse en el estudio
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.

Para el cálculo de la muestra se aplica la siguiente fórmula de población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n	Tamaño de la muestra	101.72
N	Tamaño de la población	138
Z	Nivel de confianza (al 95%)	1.96
e	Error de estimación máximo (5%)	5%
p	Probabilidad de éxito	50%
q	(1 - p) Probabilidad de fracaso	50%

La muestra con la que se trabajará será de 102 personas hipertensas.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

La variable principal del estudio es el constructo “calidad de vida relacionada con la salud”, la cual es de naturaleza cualitativa y su escala de medición es la ordinal.

Definición conceptual:

Es la valoración subjetiva que suelen realizar los individuos, a partir de ver como se encuentran en los diversos dominios de su vida como lo físico/social/emocional, el cual está vinculado a su actuar y salud general, pudiendo repercutir ello en su grado de bienestar (20).

Definición operacional:

Es la valoración subjetiva que suelen realizar las personas hipertensas que asisten a un Policlínico en Comas, a partir de ver como se encuentran en los diversos dominios de su vida como lo físico/social/emocional, el cual está vinculado a su actuar y salud general, pudiendo repercutir ello en su grado de bienestar, siendo ello cuantificado mediante el cuestionario SF-36.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

Para el presente estudio se empleó a la encuesta como técnica. La encuesta empleada como método en la investigación es utilizada para abordar a una población o muestra de individuos. La investigación se vale de la encuesta para recopilar datos y hechos sobre una determinada situación o problema de la población objetivo que existe en un entorno que tiene relevancia para la naturaleza del estudio(41). Los investigadores que emplean métodos de encuesta para recopilar datos disfrutan de una serie de beneficios, podemos decir que las encuestas son una forma excelente de recopilar mucha información de muchas personas y son relativamente rentables; Además; de ser un método confiable en una investigación (42).

Instrumento de recolección de datos:

El SF-36 es el instrumento más empleado para valor CVRS, ello debido a sus buenas propiedades psicométricas y gran aceptación por parte de la comunidad científica. Durante los 90's, los investigadores del proyecto que fue reconocido como: Evaluación Internacional de la Calidad de Vida (IQOLA, siglas en inglés) fueron los iniciadores en adaptar el SF-36 para su empleo a nivel internacional. Los métodos empleados en el proyecto IQOLA aún constituyen un estándar para la realización de la traducción y su validación en el presente. Este instrumento está representado por ocho dimensiones de funcionamiento y bienestar las cuales son: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y Cambio de salud (43)(44).

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:

Arroyo Y (45), en el 2022, en su estudio desarrollo la validez de contenido del cuestionario SF-36, este fue calificado por 5 jueces expertos que dieron una valoraron de 90%, el cual es interpretada por buena. La validez estadística fue determinada por la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin, cuyo valor fue 0,901 ($KMO > 0,5$) y la prueba de Bartlett fue 0,000 ($p < 0,001$). La confiabilidad fue calculada a través del Alpha de Cronbach cuyo valor fue 0,827, interpretándose como fiable.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para dar inicio al proceso de recolección de datos, se hizo una planificación ordenada en base al cronograma de actividades, dentro de ello se pudo garantizar el desarrollo de gestiones que condujeron al ingreso formal a las instalaciones del Policlínico y al acceso pleno de los pacientes participantes.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La recolección de datos se hizo en el mes de agosto del presente año. Ya en la actividad misma, los participantes fueron informados de los alcances del estudio y después se les invito a participar de manera voluntaria en él, seguido a ello, se les solicito den su consentimiento informado. Se les facilito posteriormente, el cuestionario para completar los datos que ahí se requieren, esto tomo un tiempo aproximado de 15 minutos. De acuerdo al contexto actual de pandemia, se tomaron las medidas sanitarias para cuidar la salud de los participantes y del encuestador.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Ya culminado la recolección de datos, estos fueron debidamente ingresados a una matriz de datos diseñada en el programa estadístico SPSS v26, lugar donde se hizo el análisis de la información con el empleo de la estadística descriptiva. Se utilizaron herramientas estadísticas como las tablas de frecuencias absolutas/relativas, las medidas de tendencia central y la función cálculo de variable. Los resultados más importantes del estudio se presentaron en tablas, para seguir con la redacción de la sección resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones de la investigación.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para comprender los aspectos éticos involucrados en nuestra investigación tomamos dos principios que nos ayudaran a entender mejor; ellos son: La Declaración de Helsinki y El reporte Belmont. El primero resalta el respeto a la persona participante. (46). El reporte Belmont establece los principios éticos y las indicaciones para la salvaguarda de los individuos colaboradores de la Investigación. El informe establece tres principios que establecen la conducta ética de la investigación,

agrega luego al de no maleficencia (47). Respecto a los principios bioéticos se hará una reseña de cómo fueron aplicados cada uno de ellos:

Principio de autonomía

Garantiza que el paciente posea plena autonomía y libertad de pensamiento, y obrar al momento de tomar decisiones en los cuales impliquen procedimientos de atención en salud, es decir; el proceso deberá prescindir de coerción o sugestión (48).

Las personas hipertensas asistentes al Policlínico en Comas fueron informadas de manera oportuna sobre lo que implica ser parte del estudio, seguidamente se les remitió el consentimiento informado para así formalizar su colaboración/participación en el estudio.

Principio de beneficencia

Establece que los investigadores no deberán causar daños innecesarios y, en la medida de lo posible, deberá de promover el bien de los participantes de la investigación (49).

Las personas hipertensas asistentes al Policlínico en Comas fueron informadas de manera clara, concreta y precisa acerca de los beneficios que puedan obtener con la investigación.

Principio de no maleficencia

Requiere que el procedimiento aplicado al paciente no le ocasione daño, se debe evitar los riesgos (50).

Las personas hipertensas asistentes al Policlínico en Comas que fueron participantes del estudio, fueron informadas que la presente investigación no representa riesgo alguno sobre ellos, ni en su salud física como emocional.

Principio de justicia

Se enfatiza en que los beneficios que se obtengan producto de estudios, se deberán de distribuir equitativamente entre todos los individuos y/o grupos de la sociedad (48).

Las personas hipertensas asistentes al Policlínico en Comas que fueron participantes en nuestra investigación, fueron tratados con equidad y además que no se permitió cualquier tipo de marginación o discriminación alguna por parte de nuestros colaboradores.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de personas hipertensas que asisten a un Policlínico en Comas, 2022 (N=102)

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	102	100
Edad	Min: 30 Max: 58 Media: 43,43	
Sexo		
Femenino	39	38,2
Masculino	63	61,8
Estado civil		
Soltero	13	12,7
Casado	25	24,5
Conviviente	62	60,8
Divorciado(a)	2	2,0
Grado de instrucción		
Primaria completa	2	2,0
Primaria incompleta	4	3,9
Secundaria completa	52	51,0
Secundaria incompleta	9	8,8
Superior completo	19	18,6
Superior incompleto	16	15,7
Condición de ocupación		
Estable	23	22,5
Ocasional	64	62,7
Sin Ocupación	15	14,7

En la tabla 1, se observa que, en cuanto a la edad, el mínimo fue 30 años, el máximo fue 58 años y el medio fue 43,43. En cuanto al sexo, 63 participantes que representan el 61,8% son mujeres y 39 participantes que representan el 38,2% son varones. En cuanto al estado civil, 62 participantes que representan el 60,8% son convivientes. En cuanto al grado de instrucción, 52 participantes que representan el

51% tienen secundaria completa. En cuanto a la condición de ocupación, 64 participantes que representan el 62,7% tienen un trabajo ocasional.

Tabla 2. Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia, en personas hipertensas que asisten a un Policlínico en Comas, 2022 (N=102)

Valores	n	%
Baja	9	8,8
Promedio	11	10,8
Alta	53	52,0
Muy alta	29	28,4
Total	102	100.0

En la tabla 2, 53 participantes que representan el 52% tienen un nivel alto, 29 participantes que representan el 28,4% tienen un nivel muy alto, 11 participantes que representan el 10,8% tienen un nivel promedio y 9 participantes que representan el 8,8% tienen un nivel bajo.

Tabla 3. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión funcionamiento físico (N=102)

Valores	n	%
Baja	6	5,9
Promedio	22	21,6
Alta	25	24,5
Muy alta	49	48,0
Total	102	100.0

En la tabla 3, 49 participantes que representan el 48% tienen un nivel muy alto, 25 participantes que representan el 24,5% tienen un nivel alto, 22 participantes que representan el 21,6% tienen un nivel promedio y 6 participantes que representan el 5,9% tienen un nivel bajo.

Tabla 4. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión rol físico (N=102)

Valores	n	%
Muy baja	15	14,7
Promedio	1	1,0
Alta	9	8,8
Muy alta	77	75,5
Total	102	100.0

En la tabla 4, 77 participantes que representan el 75,5% tienen un nivel muy alto, 15 participantes que representan el 14,7% tienen un nivel muy bajo, 9 participantes que representan el 8,8% tienen un nivel alto y 1 participante que representa el 1% tiene un nivel promedio.

Tabla 5. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión dolor corporal (N=102)

Valores	n	%
Muy baja	14	13,7
Promedio	6	5,9
Alta	7	6,9
Muy alta	75	73,5
Total	102	100.0

En la tabla 5, 75 participantes que representan el 73,5% tienen un nivel muy alto, 14 participantes que representan el 13,7% tienen un nivel muy bajo, 7 participantes que representan el 6,9% tienen un nivel alto y 6 participantes que representan el 5,9% tienen un nivel promedio.

Tabla 6. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión salud general (N=102)

Valores	n	%
Muy baja	5	4,9
Baja	12	11,8
Promedio	62	60,8
Alta	4	3,9
Muy alta	19	18,6
Total	102	100.0

En la tabla 6, 62 participantes que representan el 60,8% tienen un nivel promedio, 19 participantes que representan el 18,6% tienen un nivel muy alto, 12 participantes que representan el 11,8% tienen un nivel bajo, 5 participantes que representan el 4,9% tienen un nivel muy bajo y 4 participantes que representan el 3,9% tienen un nivel alto.

Tabla 7. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión vitalidad (N=102)

Valores	n	%
Muy baja	4	3,9
Baja	22	21,6
Promedio	28	27,5
Alta	39	38,2
Muy alta	9	8,8
Total	102	100.0

En la tabla 7, 39 participantes que representan el 38,2% tienen un nivel alto, 28 participantes que representan el 27,5% tienen un nivel promedio, 22 participantes que representan el 21,6% tienen un nivel bajo y 9 participantes que representan el 8,8% tienen un nivel muy alto y 4 participantes que representan el 3,9% tienen un nivel muy bajo.

Tabla 8. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión función social (N=102)

Valores	n	%
Muy baja	1	1,0
Baja	10	9,8
Promedio	19	18,6
Alta	46	45,1
Muy alta	26	25,5
Total	102	100.0

En la tabla 8, 46 participantes que representan el 45,1% tienen un nivel alto, 26 participantes que representan el 25,5% tienen un nivel muy alto, 19 participantes que representan el 18,6% tienen un nivel promedio, 10 participantes que representan el 9,8% tienen un nivel bajo y 1 participante que representa el 1,0% tienen un nivel muy bajo.

Tabla 9. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión rol emocional (N=102)

Valores	n	%
Muy baja	15	14,7
Baja	1	1,0
Alta	27	26,5
Muy alta	59	57,8
Total	102	100.0

En la tabla 9, 59 participantes que representan el 57,8% tienen un nivel muy alto, 27 participantes que representan el 26,5% tienen un nivel alto, 15 participantes que representan el 14,7% tienen un nivel muy bajo y 1 participante que representa el 1,0% tiene un nivel bajo.

Tabla 10. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión salud mental (N=102)

Valores	n	%
Baja	10	9,8
Promedio	19	18,6
Alta	64	62,7
Muy alta	9	8,8
Total	102	100.0

En la tabla 10, 64 participantes que representan el 62,7% tienen un nivel alto, 19 participantes que representan el 18,6% tienen un nivel promedio, 10 participantes que representan el 9,8% tienen un nivel bajo y 9 participantes que representan el 8,8% tienen un nivel muy alto.

Tabla 11. Calidad de vida relacionada con la salud según su dimensión cambio de salud (N=102)

Valores	n	%
Muy baja	6	5,9
Promedio	17	16,7
Alta	60	58,8
Muy alta	19	18,6
Total	102	100.0

En la tabla 11, 60 participantes que representan el 58,8% tienen un nivel alto, 19 participantes que representan el 18,6% tienen un nivel muy alto, 17 participantes que representan el 16,7% tienen un nivel promedio y 6 participantes que representan el 5,9% tienen un nivel muy bajo.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN

Las ENT como la HTA, siguen generando morbilidad y mortalidad a nivel global, los modos de vida urbanos que asume cada vez más población, influye en los estilos de vida y la salud de las personas. La hipertensión es un factor de riesgo importante para las ECV y los accidentes cerebrovasculares, y requiere tratamiento y cuidados de por vida (51)(52). La hipertensión suele asociarse con una CVRS baja, debido que representa un factor de riesgo de eventos de salud graves o resultados adversos para la salud (53). El impacto de la enfermedad en la CVRS es especialmente relevante, por ello es fundamental valorar el indicador CVRS que nos da una lectura de cómo está la condición de salud del paciente con hipertensión (54)(55).

En cuanto a la CV, 53 participantes con 52% tienen un nivel alto, 29 participantes con 28,4% tienen un nivel muy alto, 11 participantes con 10,8% tienen un nivel promedio y 9 participantes con 8,8% tienen un nivel bajo. La CV es la percepción de bienestar y satisfacción del individuo con su salud y su condición de vida actual. Ser paciente que acude regularmente a sus controles es un factor protector fundamental que favorece la CVRS. El 80,4% de los encuestados indicó niveles altos y muy altos de CV, Chen y colaboradores (35), refieren que los resultados positivos, se debería que los pacientes con HTA, llevan manejo adecuado de la enfermedad, cumplen con su tratamiento, tienen un estilo de vida adecuado y son conscientes de su enfermedad. Además, poseen conocimientos de la HTA y cuentan con apoyo familiar. Sin embargo, el 19,6% indicó niveles promedios y bajos. Adrián y coparticipes (36), en su estudio predominó el nivel alto (47,8%), seguido del promedio (27,5%), bajo (14,5%), muy bajo (5,1%). Señalaron que los resultados asociados a edad avanzada, al sexo, al nivel de instrucción, condición laboral, ingresos familiares, nivel de conciencia de la persona sobre su salud, presencia de comorbilidades, ausencia e insuficiente red de apoyo, falta de adherencia al tratamiento, manejo inadecuado de la enfermedad y falta continua a consultas médicas, puede afectar la CVRS.

En cuanto al funcionamiento físico, 49 participantes con 48% tienen un nivel muy alto, 25 participantes con 24,5% tienen un nivel alto, 22 participantes con 21,6% tienen un nivel promedio y 6 participantes con 5,9% tienen un nivel bajo. El funcionamiento físico se refiere a la capacidad y buen desempeño de las actividades rutinarias sin dificultades y limitaciones físicas. En cuanto al rol físico, 77 participantes con 75,5% tienen un nivel muy alto, 15 participantes con 14,7% tienen un nivel muy bajo, 9 participantes con 8,8% tienen un nivel alto y 1 participante con 1% tienen un nivel promedio. El rol físico se refiere al buen funcionamiento físico de la persona y la ejecución de las actividades habituales o de trabajo. Una buena salud física se refleja en una buena salud mental y CVRS. El 148% de los participantes indicó niveles muy altos y altos de funcionamiento físico y rol físico. Erwei Zheng y colaboradores (33), indican que estos resultados positivos, se debería que los pacientes tienen buenos cuidados hacia su salud y asisten a sus controles médicos, los cuales actúan como factores protectores en este dominio y en la CV. Sin embargo, el 44,9% señaló niveles promedios y bajos. Hoyos (37), refirió que en sus hallazgos predominó el nivel muy alto (36%) y muy bajo (22,7%) en funcionamiento físico y en rol físico prevaleció el nivel muy alto (48%) y muy bajo (34%). Comunico que los resultados negativos se deberían a que, los pacientes no tienen un buen manejo de su enfermedad, no se adhieren al tratamiento, no asisten a sus controles médicos, tienen comorbilidades, entre otros.

En cuanto a la CVRS en el dolor corporal, 75 participantes con 73,5% tienen un nivel muy alto, 14 participantes con 13,7% tienen un nivel muy bajo, 7 participantes con 6,9% tienen un nivel alto y 6 participantes con 5,9% tienen un nivel promedio. El dolor corporal es un mecanismo de respuesta del cuerpo ante la presencia de una lesión física o afección fisiopatológica que afecta la salud y bienestar integral. Se observa que predominó el nivel alto de CVRS en esta dimensión, Hoyos (37), indica que en sus resultados predominó el nivel muy alto (58%) y seguido de un nivel promedio (16,7%). Comento que esto se podría deber a que los encuestados, tienen una condición de salud buena, asistir a los controles favorece el control de la PA y evita las complicaciones de esta enfermedad.

En cuanto a la salud general, 62 participantes con 60,8% tienen un nivel promedio, 19 participantes con 18,6% tienen un nivel muy alto, 12 participantes con 11,8% tienen un nivel bajo, 5 participantes con 4,9% tienen un nivel muy bajo y 4 participantes con 3,9% tienen un nivel alto. La salud general es un indicador que evalúa el estado y condición actual de la salud de la persona. Por lo general, saber que uno tiene una enfermedad crónica hace que se perciba como un problema en este indicador. En el caso de los resultados de este estudio, al parecer el ser continuador en sus controles de salud hace que estas personas perciban esta dimensión de forma aceptable.

En cuanto a vitalidad, 39 participantes con 38,2% tienen un nivel alto, 28 participantes con 27,5% tienen un nivel promedio, 22 participantes con 21,6% tienen un nivel bajo y 9 participantes con 8,8% tienen un nivel muy alto y 4 participantes con 3,9% tienen un nivel muy bajo. La vitalidad es el grado de energía percibida de la persona para realizar sus actividades diarias dependiendo de su estado de salud o enfermedad. El 60,8% de los encuestados señaló niveles promedios en salud general y el 38,2% expresó niveles altos en vitalidad. Martínez y colaboradores (38), señalaron que en sus hallazgos predominó el nivel promedio (55,9%) en salud general y en vitalidad prevaleció el nivel muy alto (62,9%). Tener buenos estilos de vida, llevar cuidados adecuados sobre su salud y acudir a sus consultas de salud, permite tener resultados aceptables de CVRS en esta dimensión.

En cuanto a función social, 46 participantes con 45,1% tienen un nivel alto, 26 participantes con 25,5% tienen un nivel muy alto, 19 participantes con 18,6% tienen un nivel promedio, 10 participantes con 9,8% tienen un nivel bajo y 1 participante con 1,0% tienen un nivel muy bajo. La función social se refiere a las actividades y participación de la persona con su entorno social. El 70,6% de los participantes señaló niveles altos y muy altos, esto se debería a los participantes cuentan con apoyo familiar y social, tienen buena actitud y disposición para participar en las actividades sociales, además no tienen problemas sensoriales y físicos, los cuales son aspectos que determinan este dominio. No obstante, el 29,4% indicó niveles promedios, bajos y muy bajos. Martínez y colaboradores (38), refirió que en sus

resultados prevaleció el nivel muy alto (42,5%), alto (25,3%) y bajo (22%). Tener el control de la enfermedad permitirá que el paciente realice sus actividades e interactúe con su entorno.

En cuanto a rol emocional, 59 participantes con 57,8% tienen un nivel muy alto, 27 participantes con 26,5% tienen un nivel alto, 15 participantes con 14,7% tienen un nivel muy bajo y 1 participante con 1,0% tienen un nivel bajo. El rol emocional se refiere a la presencia de sentimientos y emociones asociadas a la condición de salud. El soporte emocional del entorno del paciente es un importante factor protector. En cuanto a la salud mental, 64 participantes con 62,7% tienen un nivel alto, 19 participantes con 18,6% tienen un nivel promedio, 10 participantes con 9,8% tienen un nivel bajo y 9 participantes con 8,8% tienen un nivel muy alto. La salud mental es el estado psicológico del paciente frente a su estado de salud o enfermedad, el cual puede ser positiva o negativa. El 84,3% de los encuestados señalaron niveles altos y muy altos en rol emocional y en salud mental indicaron niveles altos (62,7%) y nivel promedio (8,8%). Los resultados positivos, se deberían a que los participantes reciben apoyo psicológico, tiene una buena red de apoyo familiar y social, ello permite un buen manejo de salud y buenos niveles de CV. Sin embargo, existe un grupo que presentó niveles promedios y bajos, Adrián y coparticipes (36), indicó que en sus resultados prevaleció el nivel muy alto (55,8%) y seguido de muy bajo (23,9%) en rol emocional y en salud mental predominó el nivel promedio (47,1%). Manifestó que los hallazgos negativos se deberían a que los participantes viven solos, son solteros, no tienen apoyo familia, no reciben asistencia psicológica, son estigmatizados por su enfermedad, entre otros.

En cuanto a cambio de salud, 60 participantes con 58,8% tienen un nivel alto, 19 participantes con 18,6% tienen un nivel muy alto, 17 participantes con 16,7% tienen un nivel promedio y 6 participantes con 5,9% tienen un nivel muy bajo. El cambio de salud se refiere a la valoración o percepción de la persona sobre salud general o enfermedad después de lapso de un año. El 77,4% de los participantes indicaron niveles altos y muy altos y el 22,5% señalaron niveles promedios y bajos. Yang Song y colaboradores (34), manifestaron que los hallazgos buenos se deberían a

que parte de los pacientes que se encuentran en este grupo fueron conscientes de su enfermedad y tienen una actitud positiva colaborativa para el correcto manejo de su salud, además asistían a las charlas educativas sobre su enfermedad y eran constantes y disciplinados con sus controles y tratamiento. Mientras que, Adrián y colaboradores (36) señala que en sus resultados predominó el nivel alto (49,3%) y promedio (31,2%). Estar en una buena condición de salud, y asistir a los controles de salud, hace que esta dimensión sea bien percibida. Muchas veces, al tener conciencia de tener una enfermedad crónica, hace que los pacientes señalen valores más bajos de CVRS.

La HTA sistémica es una condición médica común, a pesar de los esfuerzos del personal de salud por monitorear con frecuencia la presión arterial de los pacientes y a pesar de la amplia gama de medicamentos antihipertensivos efectivos actualmente disponibles, muchos pacientes continúan sufriendo una morbilidad y mortalidad significativas por los efectos a largo plazo de la presión arterial alta en los órganos vitales (56). La HTA de acuerdo a como se maneje, influye en la CVRS de los pacientes. Por ello es necesario reorientar las creencias y actitudes de los pacientes hacia la hipertensión (57). El conocimiento de la enfermedad, así como de la medicación, contribuye significativamente a ser responsables de su propia salud (58), así como también la presencia de complicaciones/comorbilidades y complicaciones cardiovasculares reducen la CVRS de los pacientes hipertensos (59). Ante esta situación el personal de enfermería en articulación con las autoridades sanitarias debe abordar este problema y planificar estrategias y soluciones efectivas desde un enfoque preventivo promocional. Se debe inculcar además la importancia del cuidado y autocuidado de la salud.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto a la CV, tuvo más frecuencia el nivel alto.
- En funcionamiento físico, tuvo más frecuencia el nivel muy alto.
- En rol en funcionamiento físico, tuvo más frecuencia el nivel muy alto.
- En dolor, tuvo más frecuencia el nivel muy alto.

- En salud general, tuvo más frecuencia el nivel promedio.
- En vitalidad, tuvo más frecuencia el nivel alto.
- En función social, tuvo más frecuencia el nivel alto.
- En rol emocional, tuvo más frecuencia el nivel muy alto.
- En salud mental, tuvo más frecuencia el nivel alto.
- En cambio, de salud, tuvo más frecuencia el nivel alto.

4.3 RECOMENDACIONES

-Si bien., en su mayoría los resultados son alentadores, es importante continuar apoyando a aquellas personas con una CVRS baja.

-El personal de salud del Policlínico de Comas, debe brindar una atención integral de salud basada en la identificación de factores de riesgo modificables que afecten la salud de estos pacientes. El enfoque de promoción de la salud será fundamental, ya que, a través de ello, los pacientes pueden presentar en el tiempo cambios en sus comportamientos de salud, que beneficien su CVRS.

-Se sugiere que en estudios a realizarse posteriormente, se involucren mas variables que permitan establecer como este problema se conecta o relaciona con otros factores, así mismo se sugiere realizar estudios que aborden el problema desde la mirada de otros enfoques de investigación como el cualitativo o mixto, ya que ello permitirá tener una mejor comprensión del problema, así se podrán establecer acciones de salud mas integrales y significativas que permitan dar aportes en beneficio de la salud y bienestar de los participantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [Actualizado en abril de 2021; Acceso el 30 de mayo de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. 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. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7315949/>
3. World Health Organization. Hypertension [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [actualizado 25 de agosto de 2021; acceso 8 de agosto de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
4. Alshammari s, Alajmi A, Albarrak R, Alaqil A, Alsaeed G, Alzayed M, et al. Quality of Life and Awareness of Hypertension Among Hypertensive Patients in Saudi Arabia. *Cureus* [revista en Internet] 2021 [acceso 9 de agosto de 2022]; 13(5): 1-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8177714/>
5. Alsaqabi Y, Rabbani U. Medication Adherence and Its Association With Quality of Life Among Hypertensive Patients Attending Primary Health Care Centers in Saudi Arabia. *Cureus* [revista en Internet] 2020 [acceso 9 de agosto de 2022]; 12(12): 1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7714734/>
6. Yao G, Liu C, Zhang Y, Xu L. Health-Related Quality of Life of People with Self-Reported Hypertension: A National Cross-Sectional Survey in China. *Int J Environ Res Public Health.* [revista en Internet] 2019 [acceso 9 de agosto de 2022]; 16(10): 1-28. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6572246/>

7. Sang S, Kang N, Liao W, Wu X, Hu Z, Liu X, et al. The influencing factors of health-related quality of life among rural hypertensive individuals: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. [revista en Internet] 2018 [acceso 9 de agosto de 2022]; 19: 1-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8524889/>
8. Snarska K, Chorąży M, Szczepański M, Wojewódzka M, Robert J. Quality of Life of Patients with Arterial Hypertension. *Medicina (Kaunas)*. [revista en Internet] 2018 [acceso 9 de agosto de 2022]; 56(9): 1-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7559811/>
9. Boima V, Yeboah A, Kretchy I, Koduah A, Agyabeng K, Yorke P. Health-related quality of life and its demographic, clinical and psychosocial determinants among male patients with hypertension in a Ghanaian tertiary hospital. *Ghana Med J*. [revista en Internet] 2022 [acceso 9 de agosto de 2022]; 56(1): 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35919776/>
10. Kazemi M, Asghari M, Aminisani N, Shahbazi M, Alizadeh M. The association between self-care and quality of life in hypertensive patients: findings from the Azar cohort study in the North West of Iran. *Health Promot Perspect*. [revista en Internet] 2018 [acceso 9 de agosto de 2022]; 8(2): 1-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5935818/>
11. Riley k, Chang J, Park C, Kim S, Song I. Hypertension and Health-Related Quality of Life (HRQoL): Evidence from the US Hispanic Population. *Clin Drug Investig*. [revista en Internet] 2019 [acceso 9 de agosto de 2022]; 39(9): 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31190195/>
12. Caetano A, Pereira J, Magalhães T. Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: systematic review with meta-analysis. *Rev Saude Publica* [revista en Internet] 2018 [acceso 9 de agosto de 2022]; 50(1): 1-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5152803/>

13. Arroyo D. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte [tesis licenciatura]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2022. [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/659>
14. Hoyos E. Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 [tesis licenciatura]. Universidad de Ciencias Y Humanidades: UCH; 2022. [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/654>
15. Lichardo U. Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología de un Establecimiento de Salud de Surquillo – 2019 [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad Norbert Wiener; 2019. [Internet]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3436/T061_45193421_T.pdf?sequence=3&isAllowed=y
16. 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. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v38n3/1728-5917-amp-38-03-161.pdf>
17. 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]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>
18. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Qual Life Res. 2019;28(10):2641-50.

19. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference?. *PharmacoEconomics* [revista en Internet] 2016 [acceso 9 de agosto de 2022]; 34(1): 1- 11. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40273-016-0389-9>
20. Saverino A, Zsirai E, Sonabend R, Gaggero L, Cevasco I, Pistarini C, et al. Health related quality of life in COVID-19 survivors discharged from acute hospitals: results of a short-form 36-item survey. *F1000Research* [revista en Internet] 2021 [acceso 26 de abril de 2022]; 10(282): 1-10. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/10-282>
21. Kearney P, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton P, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* [revista en Internet] 2005 [acceso 9 de agosto de 2022]; 365(9455): 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15652604/>
22. Painter P, Stewart A, Carey S. Physical Functioning: Definitions, Measurement, and Expectations. *Adv Ren Replace Ther.* [revista en Internet] 1999 [acceso 3 de agosto del 2022]; 6(2): 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10230878/>
23. Hall S, Chiu G, Williams R, Clark R, Araujo A. Physical function and health-related quality-of-life in a population-based sample. *Aging Male.* [revista en Internet] 2011 [acceso 4 de agosto de 2022]; 14(2):1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20670102/>
24. Ruiz P, Ruiz G, Martín R, González P. Do Health-Related Quality of Life and Pain-Coping Strategies Explain the Relationship between Older Women Participants in a Pilates-Aerobic Program and Bodily Pain?. *Environ Res Public Health.* [revista en Internet] 2019 [acceso 4 de agosto de 2022]; 16(18). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31487929/>
25. Noumani H, Harrasi M, Zaabi O, Natarajan J. Predictors of health-related quality of life in patients with non-communicable diseases: A national cross-

- section study. *Appl Nurs Res*. [revista en Internet] 2018 [acceso 9 de agosto de 2022]; 64: 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35307134/>
26. Torossian M, Jacelon C. Chronic Illness and Fatigue in Older Individuals: A Systematic Review. *Rehabil Nurs*. [revista en Internet] 2021 [acceso 23 de marzo de 2022]; 46(3): 125-136. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7935454/>
 27. Bevilacqua G, Jameson K, Zhang J, Bloom I, Fuggle N, Patel H, et al. Relationships between non-communicable disease, social isolation and frailty in community dwelling adults in later life: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Aging Clin Exp Res* [revista en Internet] 2022 [acceso 9 de agosto de 2022]; 34(1): 1-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8628832/>
 28. Stein D, Benjet C, Gureje O, Lund C, Scott K, Poznyak V, et al. Integrating mental health with other non-communicable diseases. *BMJ* [revista en Internet] 2019 [acceso 9 de agosto de 2022]; 364(1): 1-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6348425/>
 29. Gray N, Klein J. Mental health and non-communicable diseases: a narrative review. *Pediatric Medicine* [revista en Internet] 2022 [acceso 9 de agosto de 2022]; 5(1): 1-18. Disponible en: <https://pm.amegroups.com/article/view/6106/html>
 30. Sepehrvand N, Savu A, Spertus J, Dyck J, Anderson T, Howlett J, et al. Change of Health-Related Quality of Life Over Time and Its Association With Patient Outcomes in Patients With Heart Failure. *J Am Heart Assoc*. [revista en Internet] 2020 [acceso 23 de marzo de 2022]; 9(17): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32812460/>
 31. Habibzadeh H, Shariati A, Mohammadi F, Babayi S. The effect of educational intervention based on Pender's health promotion model on quality of life and health promotion in patients with heart failure. *BMC*

- Cardiovasc Disord. [revista en Internet] 2021 [acceso 5 de agosto de 2022]; 21(1): 1-3. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8491755/>
32. 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. Disponible en:
<https://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/9231>
33. Zheng E, Xu J, Xu J, Zeng X, Tan W, Li J. Health-Related Quality of Life and Its Influencing Factors for Elderly Patients With Hypertension: Evidence From Heilongjiang Province, China. Frontiers in Public Health [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 9: 1-8. Disponible en:
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.654822/full>
34. Song Y, Li J, István B, Xuan R, Wei S, Zhong G. Current Evidence on Traditional Chinese Exercises for Quality of Life in Patients With Essential Hypertension : A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Cardiovascular Medicine [revista en Internet] 2021 [acceso 27 de julio de 2021]; 7: 1-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33553269/>
35. Chen ML, Hu J, McCoy TP, Letvak S, Ivanov L. Effect of a Lifestyle-Based Intervention on Health-Related Quality of Life in Older Adults with Hypertension. Journal of Aging Research [revista en Internet] 2018 [acceso 24 de julio de 2022]; 2018: 1-3. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29854460/>
36. Adrián C, Aranibar E. Calidad de vida relacionada con la salud durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un Establecimiento Sanitario en Lima Norte 2022, [tesis titulación]. Lima-Perú: Univers [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/870>

37. Hoyos E. Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2022. [Internet]. Disponible en: https://repositorio.uich.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/654/Hoyos_E_tesis_enfermeria_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Martínez J, Mendoza V, Solano J. Calidad de vida relacionada a la salud en ancianos con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden al consultorio de cardiología del Centro Médico Solidario de Comas, Lima - 2018 [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 20 [Internet]. Disponible en: https://repositorio.uich.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/254/Martinez_JR_Mendoza_VE_Solano_JA_tesis_enfermeria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Polit D, Tatano CH. Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería. 9ª ed. Madrid - España: Wolters Kluwer Health; 2021. 512 p.
40. Jacobsen K. Introduction to health research methods: a practical guide [Internet]. 3ª ed. New Jersey - United States of America: Jones & Bartlett Learning; 2020. 1-5 p. Disponible en: <https://catalogue.sunderland.ac.uk/items/450714>
41. Blanco C. Encuestas y estadística. Métodos de investigación cuantitativa en ciencias sociales y comunicación. Buenos Aires-Argentina: Editorial Brujas; 2015. 164 p.
42. Casas J, Repullo J, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Atención Primaria [revista en Internet] 2003 [acceso 30 de junio de 2022]; 31(8): 527-538.

43. Rand Health Care. 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36) Scoring Instructions [sede Web]. Santa Monica-California; 2019 [actualizado 1 enero de 2019; acceso 3 de junio de 2021]. [Internet]. Disponible en: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html
44. Vilagut D, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J, et al. The Spanish SF-36 Health Questionnaire: a decade of experience and new developments. Sanitary Gazette [revista en Internet] 2005 [acceso 14 de setiembre de 2022]; 19(2): 1-14. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
45. Arroyo D. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2022. [Internet]. Disponible en: https://repositorio.uich.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/659/Arroyo_DY_tesis_enfermeria_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
46. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. World Medical Association [revista en Internet] 2021 [acceso 5 de octubre de 2022]; 20(59): 1-15 [Internet]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
47. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research [Internet]. Estados Unidos; 1979. p. 1-10. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
48. Vaughn L. Bioethics. Principles, Issues and Cases. 3ª ed. New York-United States of America: Oxford University Press; 2016.

49. Cantu P. Bioetica e investigacion en salud. 4ª ed. Mexico DF: Editorial Trillas; 2020. 190 p.
50. Veatch RM, Guidry-Grimes LK. The basics of bioethics. 4ª ed. Londres-Reino Unido: Routledge; 2020. 324 p.
51. Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, Algert C, Arima H, Barzi F, et al. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults. *BMJ*. [revista en Internet] 2008 [acceso 15 de setiembre de 2022]; 336(7653):1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18480116/>
52. Nelson M, Reid C, Krum H, McNeil J. A systematic review of predictors of maintenance of normotension after withdrawal of antihypertensive drugs. *Am J Hypertens* [revista en Internet] 2001 [acceso 15 de setiembre de 2022]; 14(2):98-105. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11243314/>
53. Ucan O, Ovayolu N. Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and health-related quality of life in Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey. *J Clin Nurs*. [revista en Internet] 2010 [acceso 15 de setiembre de 2022]; 19(17):2-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20920079/>
54. Stewart A, Greenfield S, Hays R, Wells K, Rogers W, Berry S, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* [revista en Internet] 1989 [acceso 15 de setiembre de 2022]; 262(7):7-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2754790/>
55. Arslantas D, Ayranci U, Unsal A, Tozun M. Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey. *Chin Med J (Engl)* [revista en Internet] 2008 [acceso 15 de setiembre de 2022]; 121(16):1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18982863/>

56. Stein J, Brown G, Brown M, Sharma S, Hollands H, Stein H. The quality of life of patients with hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. [revista en Internet] 2002 [acceso 15 de setiembre de 2022]; 4(3):1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12045367/>
57. Adedapo A, Akunne O, Adedokun B. Comparative assessment of determinants of health-related quality of life in hypertensive patients and normal population in south-west Nigeria. *Int J Clin Pharmacol Ther*. [revista en Internet] 2015 [acceso 15 de setiembre de 2022]; 53(3): 1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6102563/>
58. Mena F, Martin J, Simal F, Carretero J, Arzua D, Herreros V. Health-related quality of life of subjects with known and unknown hypertension: results from the population-based Hortega study. *J Hypertens* [revista en Internet] 2003 [acceso 15 de setiembre de 2022]; 21(7):1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12817174/>
59. Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E. The impact of co-morbid conditions on the SF-36: a primary-care-based study among hypertensives. *Arch Med Res*. [revista en Internet] 2005 [acceso 15 de setiembre de 2022]; 36(2):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15847946/>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CVRS								
Variable	Clasificación de acuerdo a su naturaleza y en función a su escala de medición	Definición teórica	Definición operativa	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Puntajes para la asignación de valores
Calidad de vida relacionada con la salud	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Es la valoración subjetiva que suelen realizar los individuos, a partir de ver como se encuentran en los diversos dominios de su vida como lo físico/social/emocional, el cual está vinculado a su actuar y salud general, pudiendo repercutir ello en su grado de bienestar (20).	Es la valoración subjetiva que suelen realizar las personas hipertensas que asisten a un Policlínico en Comas, a partir de ver como se encuentran en los diversos dominios de su vida como lo físico/social/emocional, el cual está vinculado a su actuar y salud general, pudiendo repercutir ello en su grado de bienestar, siendo ello cuantificado mediante el cuestionario SF-36.	1. Funcionamiento físico	Actividad física en las cuales se incluyen el bañarse y ducharse	10 (3-4-5-6-7, 8-9-10-11-12)	*CV Muy Baja *CV Baja *CV Promedio *CV Alta *CV Muy Alta	Puntaje de 0-20
				2. Rol físico	Excelente estado de salud (optimo estado físico) para trabajar	4 (13-14-15-16)		21 a 40 puntos
				3. Dolor corporal	Presencia de dolor	2 (21-22)		41 a 60 puntos
				4. Salud general	Valoración de la salud.	5 (1-33-34-35-36)		61 a 80 puntos
				5. Vitalidad	Entusiasmo para hacer actividades	4 (23-27-29-31)		81 a 100 puntos Se realizó una reconversión de los valores de puntaje bruto obtenido inicialmente luego de sumar los puntos de las alternativas señalada por los participantes, luego estos son convertidos a una escala de 0-100.
				6. Función social	Interacciones con los demás	2 (20-32)		
				7. Rol emocional	Equilibrio emocional	3 (17-18-19)		
				8. Salud mental	Tranquilidad-seguridad	5 (24-25-26-28-30)		
				9. Cambio de salud	Percepción de su salud (desde hace un año)	1 (2)		

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO SF-36

I. PRESENTACIÓN

Buenos días, soy estudiante de enfermería de la Universidad María Auxiliadora, y estoy acá para pedir su colaboración en facilitar ciertos datos que permitirán conocer la Calidad de vida relacionada a la salud suya. Sus datos serán anónimos y confidenciales.

II. DATOS GENERALES:

Edad en años:

Sexo:

Femenino () Masculino ()

Estado civil:

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

Grado de instrucción:

Primaria completa () Primaria incompleta () Secundaria completa ()
Secundaria incompleta () Superior completo () Superior incompleto ()

Condición de ocupación:

Estable () Ocasional () Sin Ocupación ()

III. INSTRUCCIONES GENERALES

Por favor, leer con atención. Cuando pienses en tu respuesta, trata de recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Qué respuesta viene a tu mente primero? Escoge la alternativa que mejor se adapte y márcala con un aspa (X).

Encuesta de salud RAND de 36 elementos 1.0 Elementos del cuestionario

Elija una opción para cada ítem del cuestionario.

1. En general, diría que su salud es:

- 1 - Excelente
- 2 - Muy bien
- 3 - Bueno
- 4 - Fértil
- 5 - Pobre

2. En comparación con hace un año, ¿cómo calificaría su salud en general ahora?

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

Los siguientes artículos son sobre actividades que podría hacer durante un día típico. ¿Tu salud ahora te limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

	Si, muy limitado	Si, limitado un poco.	No, no limitado en absoluto.
3. Actividades vigorosas , como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4. Actividades moderadas , como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar bolos o jugar al golf	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
5. Levantar o cargar comestibles	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
6. Subir varios tramos de escaleras	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7. Subir un tramo de escaleras	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
8. Doblar, arrodillarse o agacharse	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
9. Caminar más de una milla	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
10. Caminar varias cuadras	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
11. Caminar una cuadra	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
12. Bañarse o vestirse solo	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

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

	Si	No
13. Reduzca la cantidad de tiempo que dedica al trabajo u otras actividades	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
14. Logró menos de lo que le gustaría	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
15. Estaban limitados en el tipo de trabajo u otras actividades	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
16. Tuvo dificultades para realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, requirió un esfuerzo adicional)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

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

	Si	No
17. Reduzca la cantidad de tiempo que dedica al trabajo u otras actividades	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
18. Logró menos de lo que le gustaría	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
19. No hizo el trabajo u otras actividades con el oído habitual	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

Recursos SF-36

Términos y condiciones para usar el SF-36

Instrumento de encuesta de formato corto de 36 elementos MOS (SF-36) (PDF en Inglés)

Instrumento de encuesta de formato corto de 36 elementos MOS (SF-36) (PDF en Árabe)

Instrucciones de puntuación para el Instrumento de encuesta de formato corto de 36 elementos MOS (SF-36)

20. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿hasta qué punto su salud física o sus problemas emocionales han interferido con sus actividades sociales normales con familiares, amigos, vecinos o grupos?

- 1- En absoluto
- 2- Ligeramente
- 3- Moderadamente
- 4- Bastante
- 5- Extremadamente

21. ¿Cuánto dolor **corporal** ha tenido durante las **últimas 4 semanas**?

- 1- Ninguno
- 2- Muy leve
- 3- leve
- 4- Moderado
- 5- Severo
- 6- Muy grave

22. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto **interfirió el dolor** con su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?

- 1- En absoluto
- 2- Un poco
- 3- Moderadamente
- 4- Bastante
- 5- Extremadamente

Estas preguntas se refieren a cómo se siente y cómo le han ido las cosas **durante las últimas 4 semanas**. Para cada pregunta, dé la respuesta que más se acerque a la forma en que se ha estado sintiendo.

¿Cuánto tiempo durante las **últimas 4 semanas**...

	Todo el tiempo	la mayor parte del tiempo	una buena parte del tiempo	Algo de tiempo	un poco de tiempo	ninguna de las veces
23. ¿Te sentiste lleno de energía?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
24. ¿Ha sido una persona muy nerviosa?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
25. ¿Te has sentido tan deprimido que nada podía animarte?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
26. ¿Se ha sentido tranquilo y en paz?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
27. ¿Tenías mucha energía?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
28. ¿Se ha sentido desanimado y triste?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
29. ¿Se sintió agotado?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
30. ¿Ha sido una persona feliz?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
31. ¿Se sintió cansado?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

32. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo ha **interferido su salud física o problemas emocionales** con sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

- 1- Todo el tiempo
- 2- La mayor parte del tiempo
- 3- Algunas veces
- 4- Un poco de tiempo
- 5- En ningún momento

Cuán **VERDADERO** o **FALSO** es **cada una** de las siguientes afirmaciones para usted.

	Definitivamente cierto	Mayormente cierto	no sé	Mayormente falso	Definitivamente falso
33. Parece que me enfermo un poco más fácilmente que otras personas.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
34. Soy tan saludable como cualquiera que conozca.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
35. Espero que mi salud empeore.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
36. Mi salud es excelente.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Anexo C. Consentimiento informado

Estimado se le hace el llamado a ser partícipe de nuestro estudio de investigación en salud. Ud. decidirá su participación en nuestro estudio, de ser ese el caso Ud. deberá de conocer y comprender los siguientes ítems.

Título del proyecto: Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia, en personas hipertensas que asisten un Policlínico en Comas, 2022.

Nombres y apellidos de los investigadores principales:

- Mary luz Fernandez Taibe
- Marcelina Fernandez Taibe

Propósito del estudio: Identificar la calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia, en personas hipertensas que asisten un Policlínico en Comas, 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.

Como colaborador nuestro, no incurrirá en gasto alguno durante el desarrollo de nuestro estudio.

Confidencialidad: Para nosotros es muy importante la confidencialidad por ello los datos proporcionados serán manejados solo por los investigadores. Su información personal no será mostrada cuando sean publicados los resultados propios de nuestra investigación.

Renuncia: Se le hace de conocimiento que usted tiene la opción de retirarse del estudio en el momento que lo crea oportuno, y ello no incurrirá en sanción de cualquier tipo hacia Ud., además no perderá de los beneficios propios del estudio.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Mary luz Fernandez Taibe, coordinadora de equipo, cuyo teléfono es 989459571 y correo electrónico fernandezmaryluz567@gmail.com

Participación voluntaria:

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Expreso que leí detenidamente, entendí y comprendí, también he realizado oportunamente preguntas, las cuales fueron absueltas de manera correcta por los colaboradores de la investigación, además no he sido coaccionado e influenciado indebidamente para ser partícipe, finalmente he decidido participar libre y de manera voluntaria en el presente 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
Mary luz Fernández Taípe	
N.º de DNI	
70790171	
N.º teléfono móvil	
989459571	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
N.º de DNI	
N.º 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 consentimiento informado.**

.....
Firma del participante