



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

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN A UN
CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA EN COMAS, 2022”**

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

AUTORES:

ATALAYA SANTILLAN, MIRYAM MAGALY
<https://orcid.org/0000-0002-8512-8622>
CALLAN HUACCHO, JEFFERSON ROOY
<https://orcid.org/0000-0002-8926-2116>

ASESOR:

Dra. PEREZ SIGUAS, ROSA EVA
<https://orcid.org/0000-0003-1195-0426>

LIMA – PERÚ

2022

Dedicatoria

Esta investigación, está dedicado en primera instancia a Dios y a nuestros padres y hermanos, que siempre nos han apoyado incondicionalmente en la parte moral y siempre estuvieron alentándonos para llegar hacer profesional, agradecemos a nuestros docentes por colaborar durante todo este proceso, quienes con sus conocimientos, enseñanzas y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

Agradecimiento

En primer lugar, agradecemos a Dios, por ser el ente divino quien nos iluminó en nuestras decisiones y acciones; además nos supo guiar en cada paso que hemos dado para hacer posible éste trabajo de investigación.

A nuestros padres y hermanos que con su esfuerzo y empeño nos han dado las facilidades brindándonos su apoyo en cada tipo de necesidad que se nos han presentado y gracias a ello nuestro objetivo al fin se está viendo concretado.

A nuestros docentes que gracias a sus sabios conocimientos que nos brindaron cada día en la universidad logramos tener la inferencia para solucionar problemas que se vieron insertados en nuestro problema de estudio.

A nuestras amistades y compañeros que juntos con ellos estuvimos inmersos en el espacio de aprendizaje apoyándonos.

Y todos los profesores, Licenciados, Magísteres, todos de muy alto prestigio; que nos brindaron sus enseñanzas tanto en lo teórico y práctico, para tener el conocimiento de esta hermosa carrera profesional que es Enfermería.

Finalmente, un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad la cual abrió sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

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	20
III. RESULTADOS	26
IV. DISCUSIÓN	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	47

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022 (N=131)	26
Tabla 2. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022 (N=131).....	28
Tabla 3. Calidad de vida según su dimensión salud física en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022 (N=131).....	29
Tabla 4. Calidad de vida según su dimensión salud psicológica en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022 (N=131).....	30
Tabla 5. Calidad de vida según su dimensión relaciones sociales en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022 (N=131).....	31
Tabla 6. Calidad de vida según su dimensión ambiente en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022 (N=131)	32

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	48
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos	49
Anexo C. Consentimiento informado	56
Anexo D. Validez de contenido del instrumento de medición	58
Anexo E. Confiabilidad del instrumento	59

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022.

Materiales y métodos: El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo-transversal. La población estuvo conformada por 131 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el cuestionario fue el cuestionario WHOQOL BREF, que está comprendido por 26 ítems y 4 dimensiones.

Resultados: En relación a la calidad de vida, predominó el nivel alto con 48,1% (n=63), seguido del bajo con 30,5% (n=40) y medio con 21,4% (n=28). En cuanto a las dimensiones, en salud física, predominó el nivel medio con 59,5% (n=78), seguido de bajo con 33,6% (n=44) y alto con 6,9% (n=9), en salud psicológica, predominó el nivel alto con 42,7% (n=56), seguido del bajo con 32,1% (n=42) y medio con 25,2% (n=33), en relaciones sociales, predominó el nivel bajo con 80,9% (n=106), seguido del medio con 12,2% (n=16) y alto con 6,9% (n=9) y en ambiente, predominó el nivel medio con 65,6% (n=86), seguido del bajo con 29% (n=38) y alto con 5,3% (n=7).

Conclusiones: En cuanto a la calidad de vida, predominó el nivel alto, seguido del bajo y medio. Según sus dimensiones, en salud física predominó el nivel medio, en salud psicológica predominó el nivel alto, en relaciones sociales predominó el nivel bajo y en ambiente predominó el nivel medio.

Palabras clave: Calidad de Vida; Hipertensión; Atención Primaria de Salud (Fuente: DeCS)

Abstract

Objective: To determine the quality of life in patients diagnosed with high blood pressure who attend a cardiology clinic in Comas, 2022.

Materials and methods: The study had a quantitative approach, with a non-experimental, descriptive-cross-sectional design. The population consisted of 131 patients diagnosed with arterial hypertension who attended a cardiology clinic in Comas. The data collection technique was the survey and the questionnaire was the WHOQOL BREF questionnaire, which is comprised of 26 items and 4 dimensions.

Results: In relation to quality of life, the high level prevailed with 48.1% (n=63), followed by the low level with 30.5% (n=40) and the medium level with 21.4% (n=28). Regarding the dimensions, in physical health, the medium level prevailed with 59.5% (n=78), followed by low with 33.6% (n=44) and high with 6.9% (n=9). , in psychological health, the high level prevailed with 42.7% (n=56), followed by low with 32.1% (n=42) and medium with 25.2% (n=33), in social relations, the low level prevailed with 80.9% (n=106), followed by the medium level with 12.2% (n=16) and high with 6.9% (n=9) and in environment, the medium level prevailed with 65.6% (n=86), followed by low with 29% (n=38) and high with 5.3% (n=7).

Conclusions: Regarding quality of life, the high level predominated, followed by low and medium. According to its dimensions, in physical health the medium level predominated, in psychological health the high level predominated, in social relations the low level predominated and in environment the medium level predominated.

Keywords: Quality of life; Hypertension; Primary Health Care (Source: DeCS)

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son cada vez más prevalentes, generando morbilidad y mortalidad altas a nivel global. Estas enfermedades ocasionan 41 millones de defunciones anuales, lo cual va representar alrededor del 71% de defunciones que se presentan a nivel mundial. Las enfermedades que afectan el sistema cardiovascular como la hipertensión arterial (HTA), generan la mayor proporción de muertes por ENT (alrededor de 18 millones de defunciones anuales). La franja etaria más afectada esta entre los 30-69 años, generando en estas personas muertes prematuras que pueden ser evitables. Todas estas enfermedades al igual que la HTA, están asociadas a los malos estilos de vida asumidos por la población. El control continuo, tratamiento adecuado y oportuno, es fundamental para el cuidado de estos pacientes, para así evitar complicaciones que afecten su salud, calidad de vida (CV) y bienestar (1).

Durante las últimas dos décadas, las ENT van teniendo más presencia y se constituyen ya en un problema sanitario global que representan más de la mitad de la carga mundial de morbilidad. Dentro de estas enfermedades tenemos al cáncer, las enfermedades respiratorias, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la enfermedad renal crónica (ERC) y las enfermedades cardiovasculares (ECV) como la HTA (2). Las ECV ocasionaron en el 2019, el 32% de todas las muertes en el planeta tierra. De estos fallecimientos, el 85% se debieron a infartos y accidentes cerebrovasculares. Asimismo, más de las tres cuartas partes de las muertes por ECV tienen lugar en países de ingresos bajos y medianos. Además, de los 17 millones de muertes prematuras (menores de 70 años) por ENT en 2019, el 38% fueron causadas por ECV (3).

La HTA es una afección crónica sistémica y compleja asociada con múltiples daños a nivel vascular, que avanza progresivamente hasta convertirse en un factor de riesgo importante para los individuos (4). La HTA es un padecimiento a largo plazo en la que la presión arterial (PA) se eleva persistentemente afectando las arterias. Esto se ha convertido en uno de principales factores de riesgo de ECV, que afecta

la mortalidad y los años de vida ajustados por discapacidad en todo el mundo. Las estadísticas informan que la prevalencia de la hipertensión fue del 26,4% en todo el mundo en el año 2000, y se espera que aumente al 33% para 2025. Los estudios en la India informan que la HTA tiene una prevalencia del 33% en la población urbana y del 25% en la población rural (5). Las personas hipertensas inactivas, con un régimen alimentario inadecuado, con presencia de obesidad, muestran un peor perfil de CV que va afectar su bienestar general (6).

La hipertensión es la causa del 45% de los infartos de miocardio, 51% de las muertes por accidentes cerebrovasculares (ACV) y 9,5 millones de fallecimientos al año, y se pronostica que la hipertensión representará la cuarta parte de todos los decesos para 2030 (7). Por tanto, la falta de actividad física, ingesta de alimentos con alto contenido de sal y grasas, menor consumo de verduras y frutas, consumo de alcohol y tabaquismo son algunos de los factores que desencadenan la aparición de ENT, una de las cuales es la hipertensión (8).

La HTA es una enfermedad crónica que puede reducir la CVRS de los pacientes y puede causar complicaciones si no se trata oportunamente. La prevalencia de la hipertensión de año en año sigue aumentando en todas las regiones del mundo, aproximadamente uno de cada cuatro adultos sufre de esta enfermedad. También se estima que el número de personas con HTA aumentará hasta 1600 millones para los próximos años. Asimismo, alrededor del 10% al 30% de la población adulta en casi todos los países experimenta hipertensión, y alrededor del 50% al 60% de ellos tienen potencial para lograr una mejora del estado de salud, si tienen un control de su PA sistólica (9).

Una revisión sistemática y meta análisis informaron que de un total de 33 estudios en 21 de ellos los participantes presentaron peor CV en hipertensos. Se mostraron puntajes más bajos en personas con HTA. Asimismo, mencionaron que en China los pacientes hipertensos tienen una CV en relación a su salud más baja que individuos normotensos. Se concluye que la condición de hipertenso es un factor que atenta contra la CVRS (10).

Un trabajo realizado en Indonesia, mostro que la mayoría de los participantes son mujeres (80%), la mayoría de ellos ha sufrido hipertensión leve (50%) y predomina la duración de la enfermedad de 1 a 5 años (46,7%). Descriptivamente, la mayoría de los participantes tienen buen nivel de CV (56,7%) y buen apoyo familiar (63,3%) (11). En Polonia un estudio en sujetos entre 30 y 89 años, en donde la mayoría de ellos eran hombres, la duración de la enfermedad entre los encuestados fue en promedio $7 \pm 6,34$ años. El ámbito de CV mejor valorado fue el área física y lo social el más bajo. Los pacientes con HTA presentan su CV en un nivel bueno o medio en lo físico, psicológico, social y ambiental (12).

Un estudio realizado en Tailandia donde participaron 420 persona seniles, informo que, las personas participantes de zonas urbanas con HTA reportaron una CV más alta que los sujetos residentes en áreas rurales. Asimismo, un alto estado de salud percibido predijo un aumento de la calidad de vida en los que viven en lugar urbano, mientras que la presencia de efectos de comorbilidad disminuyó la CV. Los comportamientos que promueven la salud, fue un predictor de CV entre los adultos mayores participantes en ambas áreas (13).

En Irán, a través de una investigación indicaron que las personas de 35 años o más (media: 62,5 con percentil 25 a 75 en 55 a 72 años) con hipertensión presentaron CV significativamente menor ($P=0,006$). El único predictor significativo de la CV en HTA fue la actividad física ($\beta=0,223$, $P<0,01$) y uso de medicamentos ($\beta=-0,572$, $P<0,001$). La adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos es fundamental, y es un indicador que va de la mano con la CV y bienestar del paciente (14).

La hipertensión tiene un papel central en la enfermedad cardiovascular. Estas condiciones crónicas deben contrarrestarse abordando los factores de riesgo principalmente modificables. Un mal control de estas condiciones conlleva a mayor presencia de RCV y complicaciones a nivel sistémico, y por lo tanto una menor CV (15). Un estudio realizado en la India en 9754 participantes, de los cuales se encontró que 6403 eran hipertensos (27,75%). Se evidencio que la edad era uno de los factores de riesgo significativos para la prevalencia de HTA. Otras

observaciones revelaron que la prevalencia de la HTA era mayor en los participantes que consumían alcohol, fumaban/masticaban tabaco, y que el estilo de vida sedentario es uno de los factores de riesgo significativos para la HTA (16).

La prevalencia de HTA en Kenia es del 24 % en la población general, mientras que entre los adultos jóvenes se ha informado que la incidencia de hipertensión va en aumento; un hecho atribuido al aumento del número de riesgos asociados a esta enfermedad crónica. Un estudio de casos y controles en adultos jóvenes de 18 a 35 años, con 80 casos y 80 controles, realizado en ese mismo país reveló que los que tenían un $IMC \geq 25$ tenían 3,05 veces más probabilidades de ser hipertensos (OR: 3,05, IC 95% 1,26, 7,40; $p=0,014$). Tener un familiar hipertenso aumentó casi tres veces la probabilidad de ser hipertenso (OR: 2,78, IC 95% 1,20, 6,46; $p=0,018$). No beber alcohol redujo la probabilidad de padecer de HTA en un 70% (OR=0,30, IC 95% 0,11, 0,81; $p=0,017$). Los autores sugieren que las medidas preventivas deben formularse de manera que aborden una variedad de factores de riesgo importantes en los adultos jóvenes (17).

En Brasil un estudio sobre CV donde participaron 544 pacientes seniles, indicó que, la puntuación más alta se obtuvo en el dominio relaciones sociales, seguido del dominio psicológico, dominio físico y un menor puntaje en el dominio ambiente. Asimismo, muestran que una buena CV y niveles elevados de PA, aunque buscan vivir lo mejor posible (18). En Perú, informaron que 735 personas entre edades de 60 y 74 años presentaron mayor número en el sexo femenino con 67%. También señalaron una calidad de vida disminuida (53,7%), y en sus dimensiones de físico (56,9%) y ambiente (45,7%) obtuvieron una CV disminuida. Mientras que en la dimensión psicológica (45,7%) y social (48,9%) obtuvieron una CV regular. Además, mencionan que la mayor cantidad de participantes que van a su control de salud tienen una CV mala (19).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) señaló que, la prevalencia de HTA en las personas de ≥ 15 años alcanzó el 21,7%. También señala el informe que el 24,5% de individuos hipertensos son del sexo masculino y el 19,1%

de sexo femenino. Además, se identificó que solo el 68% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión indicaciones médicas para su tratamiento oportuno (20).

En nuestro país, un estudio sobre la HTA reportó que la prevalencia de esta enfermedad por edades sufrió un incremento de 18,7% en 2015 a 20,6% en el 2018, mientras que la prevalencia de diagnóstico previo-control de esta enfermedad mostró un descenso en sus valores. Las personas con nivel socioeconómico bajo y las personas que viven en áreas rurales tienen la proporción más baja de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión. Entre los participantes con hipertensión, la proporción de personas conscientes de su condición se redujo del 53,4 % en 2015 al 43,5 % en 2018 (prueba de puntuación para la tendencia: valor de $p < 0,001$). La educación en salud es fundamental en estos pacientes (21).

El sistema de salud públicos en nuestro país, es aún limitado y precario. La pandemia nos mostró lo ineficiente y mal diseñado que esta. El primer nivel de atención prácticamente abandono su rol en esta pandemia, de ser un ente que contenga los problemas sanitarios más prevalentes como la hipertensión, paso a ser un ente pasivo sin capacidad de dar protección a nuestra población y respuesta ante el coronavirus. El 100% de establecimientos dejaron de atender a pacientes con ENT, y actualmente aun limitan la atención en estos pacientes. Las líneas estratégicas de salud pública para dar respuesta a problemas emergentes como la pandemia están ahí, hace falta reflexionar sobre como poder implementarlo en la práctica de salud, para ello no son suficientes políticas y lineamientos, es también fundamental invertir en recursos humanos y logísticos, todo ello se traducirá en mayor bienestar para la población (22).

El COVID-19 es una enfermedad grave que puede afectar significativamente la vida de las personas más vulnerables como los hipertensos, generando un impacto negativo en la CV de estos pacientes (23). La ENT son un grupo de enfermedades que generan una condición médica o padecimiento que, por definición, no es infecciosa ni transmisible entre las personas que la padecen. Son enfermedades de evolución crónica relacionada a los estilos de vida (24).

La CV es un componente importante en la evaluación de la salud de las personas. Se refiere a la medida en que se satisfacen las necesidades humanas objetivas en relación con las percepciones o expectativas personales o grupales que se asocian a la salud y bienestar. Por lo general es definida como “la percepción que tienen los individuos de su posición en la vida en el contexto cultural/social y de sistema de valores en los que viven, que va en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (25).

La hipertensión o HTA suele definirse una condición de salud de evolución larga caracterizada por la presencia de una elevación crónica de la presión arterial sistólica por encima de un determinado valor umbral (120 / 80 mm Hg). Por lo general, afecta el sistema cardiovascular progresivamente generando daño a nivel sistémico. Existen factores de riesgo modificables y no modificables que condicionan la salud de estas personas (26).

En este presente estudio se empleará el instrumento WHOQOL-BRIEF de la OMS; que es un cuestionario ampliamente utilizado internacionalmente, validado y generalizable a muchas poblaciones de diferentes culturas e idiomas. Esto permite para evaluar la calidad de vida. Asimismo, presenta 26 enunciados, que evalúa cuatro dominios de la CV: salud física, salud psicológica, relaciones colectivas y ambiente. También incluye ítems que evalúan la CV general (primera pregunta) y la satisfacción con la salud general (segunda pregunta). Cada ítem se califica en una escala tipo Likert de 5 puntos, y las puntuaciones se transforman en una escala de 0 a 100. Las puntuaciones más altas indican una mejor CV (27). Según el WHOQOL BREF, la CV presenta 4 dominios muy marcados, aunque contiene también dos ítems que valoran la CV global y la salud general, todos se describen seguidamente. Calidad de vida global y salud general es entendida como la medida del bienestar asociada al estado de salud de un individuo (enfermedad o discapacidad) ya que de ello será el reflejo de una buena salubridad (28). La salud física se refiere a la función o interrupción corporal percibida y observada. El bienestar físico representa una combinación de los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y el deterioro físico general, tal como los percibe el paciente (29). La salud psicológica es reflejada mediante afectos positivos (bienestar) así como el

afecto negativo reflejado en sus emociones (angustia). El aspecto emocional es fundamental en la vida de las personas (29). La relación social valora el vínculo con otras personas y un colectivo, el cual incluye el apoyo general percibido, el mantenimiento de actividades de ocio, el funcionamiento familiar y la intimidad, incluida la sexualidad (29). El ambiente se encarga de examinar los efectos en la salud humana de la exposición a agentes nocivos en el entorno, esto puede incluir el exterior, hogar, lugar de trabajo o los edificios públicos, etc. (30).

Jain y colaboradores (31), en la India, en el 2021 elaboraron un estudio cuyo objetivo era “Establecer una correlación entre la calidad del sueño, la calidad de vida y la hipertensión en Uttarakhand”, la población estuvo conformada por 168 participantes con 43,5% hombres y 56,5% mujeres. Aplicaron el cuestionario “WHO-QOL BREF”. En sus hallazgos mencionaron que, el 77,4% de estos sujetos tenían una mala calidad del sueño. Asimismo, su CV fue peor en el dominio físico ($12,68 \pm 3,13$), seguido por el dominio psicológico, las relaciones sociales y el entorno. Se encontró una asociación significativa entre la calidad del sueño y las diferentes etapas de la hipertensión ($P=0,039$), pero la CV y las etapas de la HTA no tienen una asociación significativa ($P>0,05$). Concluyen que, la calidad de vida, sueño y PA están correlacionadas. Su calidad de vida se ve afectada, especialmente en el ámbito físico.

Jneid y colaboradores (27), en Líbano, durante el 2018, realizaron una investigación donde tenía como objetivo “Evaluar la CVRS y los factores que pueden afectarla y la asociación entre la CVRS y la adherencia al tratamiento, la confianza en el médico y la satisfacción con el tratamiento en pacientes con hipertensión”, se contó con 196 participantes (51,5% hombres). Emplearon el instrumento “WHO-QOL BREF”. En sus resultados mencionaron que, los dominios de la CV relacionada con la salud se correlacionaron significativa y positivamente con la satisfacción con el tratamiento, excepto con la salud general ($p=0,089$). El estar satisfecho con su tratamiento antihipertensivo aumenta significativamente la calidad de vida del paciente. Asimismo, una mayor calidad de vida también se correlacionó con una mayor adherencia a la medicación. Por último, concluyen que hasta el 50% de los

pacientes con enfermedades crónicas terminarán tomando sus propias decisiones relacionadas con la medicación.

Azar y colaboradores (7), en Irán, en el 2020 efectuaron un análisis en la que tuvieron como objetivo “Evaluar la calidad de vida y sus factores relacionados en pacientes hipertensos”, la población estuvo conformada por 137 participantes entre los diez centros de salud. Utilizaron el instrumento “WHO-QOL BREF” donde tuvieron como resultado puntuaciones media para el dominio físico (52,82), psicológico (50,26), social (48,33), ambiental (46,1) y CV total (49,60). Entre las variables demográficas, nivel educativo ($P = 0,000$), trabajo ($P = 0,013$) y duración de HTA ($P = 0,039$) se correlacionaron significativamente con la CV de los pacientes. Las variables de nivel de educación se correlacionan significativamente con el dominio físico ($P = 0,000$), psicológico ($P = 0,000$), social ($P = 0,000$) y ambiental ($P = 0,000$) de CV. También, la situación laboral solo se correlaciona significativamente con el dominio social de CV ($P = 0,005$). Además, la duración de la hipertensión solo se asocia significativamente con el dominio físico de CV ($p = 0,011$). Concluyeron que, la CV de los pacientes con HTA es moderada e indeseable. Las variables demográficas como el nivel educativo, la ocupación y duración de la HTA tienen una relación significativa con los dominios de calidad de vida de los pacientes hipertensos.

Damacena y colaboradores (32), en Brasil, durante el 2020 desarrollaron un trabajo con el objetivo de “Analizar la calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial atendidos en un servicio público de salud”, se contó con 322 participantes. Aplicaron Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF). En los hallazgos manifestaron que, la asociación entre variables sociodemográficas y los dominios WHOQOL-BREF demostraron ser estadísticamente significativa entre las variables la escolarización y todos los dominios del instrumento, siendo que para todos los dominios se encontró un valor de ($p=0,001$). En cuanto al momento del diagnóstico de la enfermedad, el 62% de los participantes reportaron tener el diagnóstico entre 1 a 4 años. Por otra parte, el dominio psicológico obtuvo como valor medio, indicando mejor CV. Es de destacar que los dominios físicos y relaciones sociales

también indicaron niveles medios elevados. Asimismo, el dominio más afectado con CV insatisfactoria era el medio ambiente. Concluyen que, presentaron mejores CV.

Pizarro y colaborador (33), en Perú, en el 2018 elaboraron un trabajo con el objetivo de “Determinar la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra-2018”, se contó con 194 pacientes. Emplearon el “Organization Quality of Life-Bref” donde mencionaron en sus hallazgos que, la CV era de nivel medio (96,9%), siendo en las categorías valor medio de salud física (93,8%), salud psicológica (90,7%), relaciones sociales (50%) y ambiente (69,6%). Asimismo, presento valor bajo en relaciones sociales (47,9%). Concluyeron que, la CV fue media y en la mayoría de sus indicadores también fue medio.

Matta y colaboradores (34), en Perú, durante el 2018 desarrollaron una investigación en la que tuvo como objetivo “Determinar la calidad de vida en ancianos hipertensos que acuden al servicio de cardiología de un hospital público de Lima Norte”, se contó con 223 participantes. Utilizaron el instrumento “Calidad de vida de WHOQOL-BREF”. En los hallazgos informaron que, el 36,8% presentaron niveles bajos de CV. En los factores de salud física obtuvieron niveles altos con 33,3%, y relaciones sociales niveles bajos con 60,1%. Concluyen que, la CV en hipertensos fue valor bajo y sus categorías era valores alta (salud física) y bajo (relaciones sociales).

La HTA es un problema sanitario altamente prevalente en nuestros días, que genera cifras de morbilidad/mortalidades altas, así como gastos a los sistemas de salud a nivel global. Antes de la pandemia, su manejo no era el mejor, pero con la llegada de esta, la situación de esta enfermedad crónica se agudizo. La pandemia y las medidas que se generaron para contrarrestar su efecto de contagio, hicieron que se dicten medidas restrictivas que hicieron que nuestras vidas se hicieran más sedentarias y se asuman conductas de vida no saludables, ello sumado a que muchos establecimientos de salud en el mundo dejaron de atender a los hipertensos por priorizar a los infectados por COVID-19, hizo que la condición de salud de estos

pacientes se deteriore más. Los hipertensos se hicieron más vulnerables en esta emergencia sanitaria, y es de suma necesidad valorar como esta su condición general de salud. De ahí resaltar la importancia de esta investigación que busco a través del cuestionario WHOQOL BREF, valorar la CV de estos pacientes participantes, y con ello contribuir a generar conocimiento actualizado sobre su salud en los diversos dominios de la vida, con ello se estableció estrategias que permitieron realizar acciones de cuidado en favor de su salud y bienestar.

La revisión bibliográfica hecha inicialmente por los autores fue oportuna, en el caso de este estudio se realizó la búsqueda de información académica en los diversos repositorios institucionales y bases de datos científicas de alcance nacional e internacional, es ahí donde se evidencio que existen principalmente estudios que abordan la HTA desde el punto de vista terapéutico y de complicaciones, pocos lo analizan desde el punto de vista de la CV y promoción de la salud. Por otro lado, señalar que en el lugar donde se hizo la recolección de los datos (Consultorio de Cardiología ubicado en Comas), no se encontró estudio antecedente alguno. Lo revelado justifica plenamente la realización de esta investigación que busco aportar con conocimiento sólido y actual, permitiendo establecer acciones de mejora que velen por la salud y bienestar de las personas hipertensas participantes.

En cuanto al valor practico, señalar que los hallazgos generados permitieron al Consultorio de Cardiología en Comas y a los profesionales de salud que ahí se desempeñan, brindar una atención integral y cuidados óptimos a los pacientes participantes, para así contrarrestar los riesgos en su salud.

En relación a la relevancia social, el estudio llevo a tener resultados que se tradujeron en aportes que permitieron beneficiar a los participantes hipertensos que acuden al consultorio de cardiología.

Finalmente, señalar que el presente estudio fue elaborado bajo el marco fundamental del método científico, que favorece su rigor metodológico/teórico y, por tanto, la obtención de resultados y conclusiones sólidas y validas que puedan constituirse como evidencia científica útil para establecer mejoras en beneficio de la población hipertensa participante.

El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Todo estudio debe ser hecho en base a una concepción o mirada de la investigación científica. Específicamente esta investigación fue desarrollada desde los parámetros del enfoque cuantitativo de la investigación científica y el diseño metodológico que se asumió fue el descriptivo-transversal. Es un estudio cuantitativo porque la variable principal/central fue medida con un instrumento de recolección de datos cuantitativo y los datos recolectados fueron analizados mediante herramientas de la estadística descriptiva (35), es descriptivo ya que se mostró la variable principal como se desenvuelve en su medio natural y es transversal ya que la medición del fenómeno se realizó una sola vez en el tiempo que duró toda la recolección de datos (36).

2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

De acuerdo a la información facilitada por el personal de salud que labora en el consultorio de cardiología, se trabajó con pacientes hipertensos continuadores, es decir pacientes que presentaron historia clínica y acuden a la atención más de una vez. Se ha visto que estos pacientes según información facilitada por el personal de salud, son 200, en base a este dato se calculó la muestra con la cual se trabajó más específicamente. Para precisar las características de los participantes, se estableció además los criterios de selección que se describen seguidamente:

Criterios de inclusión:

- Participantes con diagnóstico de HTA (continuadores) que acuden al consultorio de cardiología ubicado en Comas.
- Participantes con diagnóstico de HTA mayores de 40 años.
- Participantes con diagnóstico de HTA orientados en tiempo, espacio y persona.
- Participantes con diagnóstico de HTA que acepten ser parte del estudio por voluntad propia.
- Participantes con diagnóstico de HTA que luego de ser debidamente informados, den su pleno consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Participantes que no presentan HTA.
- Participantes menores de 30 años.
- Participantes que no acepten formar parte del estudio.

Tomando en cuenta la población de 200 participantes, se calcula la muestra:

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

n	Tamaño de la muestra	131.75
N	Tamaño de la población	200
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 final con la que se trabajó en el estudio fue de 131 participantes.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

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

Definición conceptual: Es la percepción que tiene una persona acerca de su salud en un contexto socio/cultural y de valores en el que se desenvuelve, estando ello en relación con sus metas, expectativas y condición de salud (37).

Definición operacional:

Es la percepción que tienen los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, acerca de su salud en un contexto socio/cultural y de valores en el que se desenvuelve, estando ello en relación con sus metas, expectativas y condición de salud, lo cual se expresa en

diferentes dominios como la salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, lo cual será evaluado con el cuestionario WHOQOL-BREF.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

La técnica de investigación permitió abordar eficientemente al grupo muestral o población participante del estudio. La presente investigación por las características que presenta, para el trabajo de campo se empleó la técnica de la encuesta, ya que esta es una herramienta que permitió recolectar información de manera rápida y ordenada. Esta técnica es la de elección cuando se realizan estudios en donde se usa un instrumento de medición estandarizado y se quiere conocer actitudes y comportamientos de una población o grupo de participantes. Además es importante destacar que la encuesta es muy conocida y aplicada en los diferentes estudios del área de salud de tipo cuantitativo (38).

Instrumento de recolección de datos:

Para el manejo de los pacientes hipertensos, se hace énfasis en el manejo de las condiciones de salud relacionadas con los factores de riesgo a los que están expuestos los pacientes. Se plantea cada vez más una evaluación capaz de capturar la interacción entre las condiciones de vida externas de los individuos y su percepción interna de estas condiciones. Esta es una de las principales razones por las que la medición de la CV de los individuos es cada vez más relevante, con el objetivo de capturar la percepción de los individuos sobre su propia salud y sus esperanzas, expectativas y sentimientos después de la atención en salud. Para este estudio se utilizó el instrumento WHOQOL-BREF, elaborado por el grupo WHOQOL de la OMS. Se deriva del instrumento WHOQOL-100, que es una versión larga, a diferencia del WHOQOL BREF que es una versión corta con 26 ítems distribuidos en cuatro dominios: físico (7 ítems): relacionado con la vida diaria, energía y fatiga, movilidad, tratamiento médico, dolor y malestar, sueño y descanso, y capacidad de trabajo; psicológico (6 ítems): relacionado con la imagen corporal y apariencia física, sentimientos positivos y negativos, espiritualidad/creencias personales, autoestima

y cognición; relación social (3 ítems): relaciones personales, actividad sexual y apoyo social, y ambiente (8 ítems): recursos financieros, seguridad física, libertad, accesibilidad y calidad de la atención social y sanitaria, entorno familiar, oportunidades para adquirir nueva información y habilidades, y participación y oportunidades de recreación, transporte, y entorno físico. Además, existen dos 2 ítems: uno que evalúa calidad de vida general (1 ítem) y la otra satisfacción con la salud general (1 ítem). Cada pregunta se califica en una escala tipo Likert de 5 puntos, con un rango total de 0 a 100 puntos. Las puntuaciones más altas indican una mejor CV de individuo (27)(37).

Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos:

La validez del cuestionario WOQOL BREF, empleado en este estudio, se obtuvo a través de un juicio de expertos (5 expertos), obteniendo un puntaje de 89% lo cual se considera bueno, asimismo la confiabilidad se obtuvo a través de la prueba del Alfa de Cronbach con un puntaje 0,949, lo cual señala ser un instrumento fiable.

2.5 PROCESO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para la ejecución del estudio se solicitó una carta de presentación a la Universidad María Auxiliadora, con ello se buscó gestionar el acceso para el ingreso formal al consultorio de cardiología ubicado en Comas, con la finalidad de abordar a los pacientes con HTA participantes.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La recopilación de información se desarrolló durante el mes de marzo del presente año 2022. Se explicó a los pacientes hipertensos seleccionados sobre los alcances del estudio, luego se les invitó a ser participantes del mismo y a dar el consentimiento informado. El cuestionario aplicado fue el WHOQOL BREF, en formato digital mediante el formulario Google, en donde el enlace generado fue facilitado a través del Smartphone, pudiendo tomar para el llenado completo de la ficha de datos un tiempo aproximado de 15 minutos por paciente participante. Los

pacientes con HTA que tengan dificultades para el llenado de los datos, fueron orientados hasta que completen dicha ficha. Teniendo en cuenta que continuamos en emergencia sanitaria, se tomaron en cuenta los protocolos sanitarios necesarios que permitieron cuidar la salud del encuestador y participantes a fin de evitar contagios por coronavirus.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La investigación fue cuantitativa y descriptiva a la vez, por ello para el análisis estadístico se usó herramientas estadísticas de tipo descriptiva. Una vez terminado el recojo de la información, se ingresó cuidadosamente los datos a una matriz preparada en el programa SPSS en su versión 26 en español, en donde fue analizada toda información recogida, para ello se emplearon herramientas como tablas de frecuencia absoluta-relativa, medidas de tendencia central y la función operación con variables para valorar los datos en relación al objetivo general y específicos. Los hallazgos más importantes del estudio se presentaron en tablas y figuras, que fueron descritas para su fácil comprensión. Finalmente, ello sirvió para redactar los resultados y discusión de la investigación.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

La consideración de los aspectos éticos es relevante en estudios del área de salud, estos buscan dar un marco de acción transparente, garantizando el respeto de los derechos y decisiones autónomas de los seres humanos participantes (pacientes con diagnóstico de HTA que acuden a un consultorio de cardiología en Comas), en investigaciones clínicas y de salud. Los aspectos bioéticos a tenerse en cuenta en este estudio, toman como referencia la Declaración de Helsinki que fue sacada a la luz en el año 1964 (39), donde enfatiza en el respeto a las decisiones del participante y el consentimiento informado; y el Reporte de Belmont que fue sacada a la luz en el año 1978 (40), donde resalta la aplicación de principios como el de la autonomía, beneficencia y justicia, un cuarto principio bioético fue propuesto por Beauchamp y Childress (41) que es el de la no maleficencia. A continuación, se describen como fueron aplicados en la investigación:

Principio de Autonomía

Señala que cada participante tiene el derecho de hacer su propia elección, lo cual debe ser respetado, constituye la base para la práctica del consentimiento informado en la atención en salud (42).

Se explicó a cada participante hipertenso sobre los alcances del estudio y posteriormente se les solicitó su consentimiento informado respectivo.

Principio de beneficencia

Se refiere al actuar teniendo en cuenta el mejor interés del otro, es la premisa básica de que los proveedores de atención en salud deben tener en cuenta cuando prestan atención en salud. Se debe beneficiar al paciente y tomar medidas positivas para evitar que el paciente sufra daños (42).

Se dio a conocer a todos los participantes hipertensos sobre los beneficios que obtendrán de dicho estudio, los cuales tendrán un efecto positivo en su salud.

Principio de no maleficencia

Busca evitar y no causar daño al ser humano. Asimismo, se esfuerza por minimizar algún riesgo que pueda perjudicar a un paciente y argumenta que no se debe realizar ningún procedimiento cuyos daños anticipados superen los beneficios esperados (43).

Se le explicó al participante hipertenso que el estudio no implicó riesgos que comprometan su bienestar físico y mental. No es un estudio experimental, por tanto, su participación se limita a solo brindar datos solicitados a partir del cuestionario WHOQOL BREF.

Principio de justicia

Exige un trato equitativo entre pacientes o personas participantes, independientemente de sus características y condición. Los beneficios que se obtengan deben ser distribuidos de forma equitativa (44).

A cada participante hipertenso se le dio un trato igualitario y equitativo sin ningún tipo de discriminación o marginación.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022 (N=131)

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	131	100
Edad	Min: 40/Max: 80 Media: 67,34	
Sexo		
Femenino	62	47,3%
Masculino	69	52,7%
Estado Civil		
Soltero(a)	13	9,9%
Casado	57	43,5%
Conviviente	32	24,4%
Divorciado(a)	0	0,0%
Viudo(a)	29	22,1%
Nivel de instrucción		
Sin instrucción	4	3,1%
Primaria	17	13,0%
Secundaria	99	75,6%
Superior técnico	0	0,0%
Superior universitario	11	8,4%
Ocupación		
Estable	5	3,8%
Eventual	45	34,4%
Sin ocupación	77	58,8%
Jubilada(o)	4	3,1%
Estudiante	0	0,0%
No aplica	0	0,0%
Familiares infectados COVID-19		
Si	67	51,1%
No	64	48,9%
Familiares fallecidos COVID-19		
Si	66	50,4%
No	65	49,6%
Se infectó de COVID-19		
Si	70	53,4%
No	61	46,6%

En la tabla 1, se observa que, en cuanto a la edad, el mínimo fue 60 años y el máximo fue 81 años con una media de 69,89. En el sexo, 69 personas que presentan el 52,7% son varones y 62 personas que representan el 47,3% son mujeres. En estado civil, 57 personas que representan el 43,5% son casados, seguido de 32 personas que representan el 24,4% son convivientes, 29 personas que representan el 22,1% son viudos y 13 personas que representan el 9,9% son solteros. En nivel de instrucción, 99 personas que representan el 75,6% tienen secundaria, seguido de 17 personas que representan el 13% tienen primaria, 11 personas que representan el 8,4% tienen superior universitario y 4 personas que representan el 3,1%. En ocupación, 77 personas que representan el 58,8% no tiene ocupación, 45 personas que representan el 34,4% tienen un trabajo eventual, 5 personas que representan el 3,8% tienen un trabajo estable y 4 personas que representan el 3,1% son jubilados. En familiares infectados, 67 personas que representan el 51,5% si tienen un familiar infectado y 64 personas que representan el 48,9% no tienen familiares infectados. En familiares fallecidos, 65 personas que representan el 50,4% si tienen familiares fallecidos y 65 personas que representan el 49,6% no tienen familiares fallecidos. En se infectó usted, 70 personas que representan el 53,4% si se infectaron y 61 personas que representan el 46,6% no se infectaron.

Tabla 2. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022 (N=131)

Nivel	n	%
Baja	40	30,5
Media	28	21,4
Alta	63	48,1
Total	131	100,0

En la tabla 2, se observa que, en cuanto a la calidad de vida, 63 personas que representan el 48,1% tienen un nivel alto, seguido de 40 personas que representan el 30,5% tienen un nivel bajo y 28 personas que representan el 21,4% tienen un nivel medio.

Tabla 3. Calidad de vida según su dimensión salud física en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022 (N=131)

Nivel	n	%
Baja	44	33,6
Media	78	59,5
Alta	9	6,9
Total	131	100,0

En la tabla 3, se observa que, en cuanto a la salud física, 78 personas que representan el 59,5% tienen un nivel medio, seguido de 44 personas que representan el 33,6% tienen un nivel bajo y 9 personas que representan el 6,9% tienen un nivel alto.

Tabla 4. Calidad de vida según su dimensión salud psicológica en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022 (N=131)

Nivel	n	%
Baja	42	32,1
Media	33	25,2
Alta	56	42,7
Total	131	100,0

En tabla 4, se observa que, en cuanto a la salud psicológica, 56 personas que representan el 42,7% tienen un nivel alto, seguido de 42 personas que representan el 32,1% tienen un nivel bajo y 33 personas que representan el 25,2% tienen un nivel medio.

Tabla 5. Calidad de vida según su dimensión relaciones sociales en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022 (N=131)

Nivel	n	%
Baja	106	80,9
Media	16	12,2
Alta	9	6,9
Total	131	100,0

En la tabla 5, se observa que, en cuanto a las relaciones sociales, 106 personas que representan el 80,9% tienen un nivel bajo, seguido de 16 personas que representan el 12,2% tienen un nivel medio y 9 personas que representan el 6,9% tienen un nivel alto.

Tabla 6. Calidad de vida según su dimensión ambiente en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022 (N=131)

Nivel	n	%
Baja	38	29,0
Media	86	65,6
Alta	7	5,3
Total	131	100,0

En la tabla 6, se observa que, en cuanto al ambiente, 86 personas que representan el 65,6% tienen un nivel medio, seguido de 38 personas que representan el 29% tienen un nivel bajo y 7 personas que representan el 5,3% tienen un nivel alto.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN

La hipertensión es una enfermedad crónica no infecciosa de larga evolución, y se reconoce como un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares en la actualidad. Evaluar la CV en estos pacientes es fundamental, ya que nos dará una lectura de cómo está la condición de salud de estos en diferentes dominios de la vida. Asimismo, por medio de este trabajo de investigación, se aplicó un cuestionario de CV en los pacientes participantes, todos con hipertensos, el cual busco “Determinar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de HTA que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022”, el cual se pasa a detallar seguidamente.

En cuanto a la CV, 63 personas (48,1%) tienen un nivel alto, seguido de 40 personas (30,5%) que tienen un nivel bajo y 28 personas (21,4%) que tienen un nivel medio. La CV es un buen indicador de la salud y bienestar de la población con algún tipo de enfermedad. En el estudio se encontró que más de la mitad de los participantes informaron estar satisfechos con su salud. Ello puede estar asociada con el bienestar físico y psicológico de la población hipertensa participante. El ser pacientes continuadores influye en los resultados, muestra en si la preocupación del paciente y su entorno por la salud de estos, esto es bueno teniendo en cuenta que el promedio de edad es mayor a 60 años. Los estudios revelan que cuando se asiste regularmente al control de salud, arroja un puntaje de CV más alto que los demás. Por tanto, los hipertensos que asisten a un seguimiento regular en las clínicas y visitaban al médico con frecuencia, tienden a tener mejores resultados en su salud. Mejorar el acceso a los servicios de salud puede mejorar la CV de las personas mayores (45). Azar y colaboradores (7) señalaron que HTA en las personas provoca severas restricciones dietéticas, cambios en las actividades diarias y recreativas, y alto estrés en los enfermos, esto puede afectar negativamente la calidad de vida del paciente. Dado ello, presentaron una CV moderada e indeseable. Del mismo modo, Pizarro y colaborador (33), mostraron una CV medio. Debido al aumento de

esperanza de vida, ha provocado una mayor prevalencia de enfermedades crónicas como la HTA entre las personas de más edad.

En cuanto a la salud física, 78 personas (59,5%) tienen un nivel medio, seguido de 44 personas (33,6%) tienen un nivel bajo y 9 personas (6,9%) tienen un nivel alto. La CV es entendida como la percepción que se tiene de la propia salud y el estado del cuerpo, que a su vez se suele entender como la ausencia de enfermedad o los síntomas derivados de las mismas; esto mejora mediante el uso de las capacidades físicas de uno mismo (46). Según Jain y colaboradores (31) reportaron peor CV en el dominio físico, su valoración fue como deficiente. También, Siboni y colaboradores (47), indicaron que la CV entre los pacientes hipertensos mostró que el puntaje más bajo se relacionó con la dimensión física y el puntaje más alto se relacionó con la dimensión de relaciones sociales. En general, los pacientes con hipertensión tenían una peor CV. Cuanto más controlen las personas su dominio sobre el entorno de vida, especialmente las condiciones estresantes de la vida, mayor será el sentimiento de satisfacción interna, autoeficacia y autoestima y ello se expresará en una mejor CV general, incluida la salud física.

En cuanto a la salud psicológica, 56 personas (42,7%) tienen un nivel alto, seguido de 42 personas (32,1%) que tienen un nivel bajo y 33 personas (25,2%) que tienen un nivel medio. Es descrita como el estado de bienestar cognitivo (satisfacción con la vida) y afectivo (un alto nivel de afecto positivo y bajo nivel de afecto negativo) de un individuo (46). Semejante a estos resultados muestra Damacena y colaboradores (32), que señalaron que el instrumento WHOQOL-BREF mostro un dominio de mejor autopercepción de la CV, este fue en lo psicológico, que retrata preguntas sobre sentimientos negativos, mal humor, desesperación, entre otros, era el de mayor promedio, indicando una mejor CV. No obstante, los problemas físicos, especialmente de las personas con mayor edad también suelen presentar diversos problemas psicológicos, y si estas condiciones de salud no se manejan bien, pueden afectar el bienestar de una persona y perjudicar su CV. Asimismo, Jneid y colaboradores (27), mencionaron que tanto el estado de salud física y psicológico de las personas juega un papel insustituible en el tratamiento farmacológico, y la CV se ha convertido en una importante evaluación integral de este bienestar.

En cuanto a las relaciones sociales, 106 personas (80,9%) tienen un nivel bajo, seguido de 16 personas (12,2%) tienen un nivel medio y 9 personas (6,9%) tienen un nivel alto. La pandemia y sus restricciones pueden haber influido en estos resultados. Esta dimensión es referida al comportamiento de un individuo en el campo de las relaciones con los demás, roles que desempeña en su vida, su percepción de contar con una adecuada red de apoyo (familiares y amigos), e incluso sus emprendimientos profesionales, el cual abarca una amplia gama de experiencias diarias. Esto puede lograrse cuando los roles de una persona en la vida le permiten mantener y desarrollar o satisfacer con su entorno (46). Matta y colaboradores (34), señalaron que en las relaciones sociales tuvieron niveles bajos (60,1%). La falta de relaciones sociales fue uno de los factores más afectados relacionados con la aparición de enfermedades crónicas y, por ende, con el consecuente deterioro de la CV. Por tanto, el aspecto social es un componente esencial para mantener una buena salud general en estos pacientes (48).

En cuanto al ambiente, 86 personas (65,6%) tienen un nivel medio, seguido de 38 personas (29%) que tienen un nivel bajo y 7 personas (5,3%) que tienen un nivel alto. La pandemia genera un ambiente hostil y peligroso para la población. Puede ser entendido a la sensación de seguridad, vivienda y condiciones materiales, realización de los intereses y la comunicación, que generan una serie de beneficios percibidos para la salud y el bienestar humano, incluida una mejora general en la calidad de vida (49). Faronbi y colaboradores (50) mediante un estudio informaron que los encuestados con enfermedades crónicas tenían una calidad de vida significativamente más baja y esto se mostró más en el dominio de medio ambiente ($p < 0,05$) (50). Según los autores Damacena y colaboradores (32) en su investigación señalaron que también el dominio más afectado con CV insatisfactoria era el medio ambiente. En otras palabras, el entorno es un factor importante que afecta el bienestar general de las personas. Además, Gou y colaboradores (51), sintetizan que el medio ambiente y sus entornos se encontraron como el factor más influyente para la CV en general, especialmente para las personas de bajos ingresos. En esta pandemia experimentada por todos, el ambiente puede ser considerado como un factor de riesgo.

Las instituciones sanitarias, deben prestar atención a la morbimortalidad por ENT, para ello las acciones de cuidado deben establecerse en base a la valoración de los riesgos a los que está expuesto el paciente y a la lectura de la CV que cada uno tenga, ello será fundamental y útil en la búsqueda de buscar un mayor bienestar en estos pacientes. La emergencia sanitaria por la pandemia y las restricciones que trajo consigo, afecto la continuidad de los controles y la CV de estos pacientes. Ello afecto la adherencia al tratamiento en muchos de ellos. Ahora es fundamental retomar las consultas y controles de salud, además de realizar actividades que permitan ir recuperando la salud y bienestar de estos pacientes que deben aprender a convivir con esta enfermedad crónica.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto a la calidad de vida, predomino el nivel alto, seguido del bajo y medio.
- En cuanto a la salud física, predomino el medio, seguido del bajo y alto.
- En cuanto a la salud psicológica, predomino el alto, seguido del bajo y medio.
- En cuanto a las relaciones sociales, predomino el nivel bajo, seguido del medio y alto.
- En cuanto al ambiente, predomino el nivel medio, seguido del bajo y alto.

4.3 RECOMENDACIONES

- Se sugiere a los responsables del consultorio de cardiología, prioricen un abordaje basado en la promoción de la salud en estos pacientes hipertensos. Las indicaciones médicas/terapéuticas deben estar acompañadas de indicaciones relacionadas al tema de los estilos de vida (cuidado de alimentación, el peso y manejo de la presión arterial sistólica) y los factores de riesgo (principalmente los modificables) a los que están expuestos los pacientes que obtuvieron niveles no adecuados de CV. Se debe incidir también en el cuidado de los participantes que obtuvieron niveles bajos en las dimensiones salud física y relaciones sociales.
- Las intervenciones en estos pacientes debe ser solidas y sostenidas en el tiempo. El personal de enfermería, con su ciencia del cuidado debe establecer líneas de

trabajo en base a las características y nivel cultural de los pacientes participantes.
Lo señalado contribuye a generar buena adherencia al tratamiento integral.
-Se deben desarrollar estudios con enfoques diferentes, como el cualitativo/mixto,
ello enriquecerá la comprensión del problema analizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [Actualizado en abril de 2021; Acceso en marzo de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Rai S, Syurina E, Peters R, Putri A, Zweekhorst M. Non-Communicable Diseases-Related Stigma: A Mixed-Methods Systematic Review. *Int J Environ Res Salud Pública* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 17(18): 1-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7559120/>
3. World Health Organization. Cardiovascular diseases [sede Web]. Ginebra, Suiza: WHO; 2021 [Junio de 2021; Setiembre de 2021]. [Internet]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
4. Liu J, Bu X, Wei L, Wang X, Lai L, Dong C. Global burden of cardiovascular diseases attributable to hypertension in young adults from 1990 to 2019. *Journal of hypertension* [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 39(12): 2488-2496. Disponible en: https://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2021/12000/Global_burden_of_cardiovascular_diseases.19.aspx
5. Davoudi-Kiakalayeh A, Mohammadi R, Pourfathollah A, Siery Z, Davoudi-Kiakalayeh S. Alloimmunization in thalassemia patients: New insight for healthcare. *International Journal of Preventive Medicine* [revista en Internet] 2021 [acceso 23 de noviembre de 2021]; 12: 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8428305/>
6. Tous-Espelosín M, Gorostegi-Anduaga I, Corres P, Aguirre-Betolaza A, Maldonado-Martín S. Impact on health-related quality of life after different aerobic exercise programs in physically inactive adults with overweight/obesity

- and primary hypertension. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(24):1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7765072/pdf/ijerph-17-09349.pdf>
7. Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z. Investigation of the quality of life of patients with hypertension in health centers. *J Educ Health Promot* [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 9: 1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7482625/>
 8. Relawati A, Kurniawan M. Dominant factors which affecting the quality of life of hypertension patients in rural and sub-urban area in Yogyakarta. *Bali Medical Journal* [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 10(3): 1173-1177. Disponible en: <https://www.balimedicaljournal.org/index.php/bmj/article/view/2864>
 9. Yusransyah H, Suwantika A. Measurement of the quality of life of prolans hypertension patients in sixteen primary healthcare centers in Pandeglang District, Banten Province, Indonesia, using EQ-5D-5L instrument. *Patient Preference and Adherence* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.dovepress.com/measurement-of-the-quality-of-life-of-prolans-hypertension-patients-i-peer-reviewed-fulltext-article-PPA#>
 10. Ye R, Liu K, Zhang Z, Gong S, Chen X. Health-related quality of life of hypertension in China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cardiovascular Medicine* [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 19(8): 430-438. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29879086/>
 11. Nurchayati S, Utomo W, Karim D. Correlation between family support and quality of life among hypertensive patients. *Enferm Clin*. 2019;29:60-2.
 12. Snarska k, Chorąży M, Szczepański M, Wojewódzka-Żeleznikowicz M, Ładny J. Quality of life of patients with arterial hypertension. *Medicina*

- (Lithuania) [revista en Internet] 2020 [acceso 15 de noviembre de 2021]; 56(9): 1-11. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1648-9144/56/9/459/htm>
13. Chantakeeree C, Sormunen M, Estola M, Jullamate P, Turunen H. Factors Affecting Quality of Life among Older Adults with Hypertension in Urban and Rural Areas in Thailand: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Aging and Human Development* [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 2021: 1-. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/00914150211050880>
 14. Shishavan S, Jafarabadi 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 Promotion Perspectives* [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 8(2): 139-146. Disponible en: <https://hpp.tbzmed.ac.ir/FullHtml/hpp-19247>
 15. Tasic I, Lovic D. Hypertension and cardiometabolic disease. *Frontiers in Bioscience - Scholar* [revista en Internet] 2018 [acceso 16 de febrero de 2022]; 10(1): 166-174. Disponible en: <https://www.imrpress.com/journal/FBS/10/1/10.2741/s506>
 16. Kurjogi MM, Vanti GL, Kaulgud RS. Prevalence of hypertension and its associated risk factors in Dharwad population: A cross-sectional study. *Indian Heart J.* [revista en Internet] 2021 [acceso 25 de febrero de 2022]; 73(6): 751-753. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34695447/>
 17. Ondimu DO, Kikui GM, Otieno WN. Risk factors for hypertension among young adults (18-35) years attending in tenwek mission hospital, Bomet county, Kenya in 2018. *Pan Afr Med J.* [revista en Internet] 2019 [acceso 25 de febrero de 2022]; 33: 210. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2019;33:1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6814951/>
 18. Alencar L, Sardinha A. Hypertensive elderly people: Assessing the quality of

- life. *Acta Scientiarum - Health Sciences* [revista en Internet] 2019 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 41(1): 1-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3072/307261031023/html/>
19. Mauricio P. Calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Santa María - Huacho 2019 - 2020 [tesis titulación]. Huacho-Perú: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2020. [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/3969>
 20. 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 25 de febrero 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/>
 21. Villarreal-Zegarra D, Carrillo-Larco R, Bernabe-Ortiz A. Short-term trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of arterial hypertension in Peru. *Journal of Human Hypertension* [revista en Internet] 2021 [acceso 23 de febrero de 2022]; 35(5): 462-471.
 22. 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 febrero de 2022]; 38(3): 161-162. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v38n3/1728-5917-amp-38-03-161.pdf>
 23. Arab-Zozani M, Hashemi F, Safari H, Yousefi M, Ameri H. Health-related quality of life and its associated factors in COVID-19 patients. *Osong Public Health and Research Perspectives* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 11(5): 296-302. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7577388/>
 24. Kim H, Oh S. Noncommunicable diseases: Current Status of major modifiable risk factors in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* [revista

en Internet] 2013 [acceso 4 de marzo de 2021]; 46(4): 165-172. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3740221/pdf/jpmph-46-165.pdf>

25. Wong F, Yang L, Yuen J, Chang K, Wong F. Assessing quality of life using WHOQOL-BREF: A cross-sectional study on the association between quality of life and neighborhood environmental satisfaction, and the mediating effect of health-related behaviors. *BMC Public Health* [revista en Internet] 2018. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5942-3#:~:text=The World Health Organization Quality,relationships and environment %5B1%5D>.
26. Giles T, Materson B, Cohn J, Kostis J. Definition and classification of hypertension: An update. *Journal of Clinical Hypertension* [revista en Internet] 2009 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 11(11): 611-614. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1751-7176.2009.00179.x>
27. Jneid S, Jabbour H, Hajj A, Sarkis A, Licha H, Hallit S. Quality of Life and Its Association With Treatment Satisfaction, Adherence to Medication, and Trust in Physician Among Patients With Hypertension: A Cross-Sectional Designed Study. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics* [revista en Intern. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1074248418784292>
28. Parra D, Romero L, Cala L. Quality of life related to health in people with hypertension and diabetes mellitus. *Enfermeria Global* [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 20(2): 331-344. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200010
29. Cella D. Quality of life: Concept and definition. *Journal of Pain and Symptom Management* [revista en Internet] 1994 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 9(3): 263-271. Disponible en: <https://www.jpsmj.com/article/0885->

30. Harper S. Environmental Health [Internet]. Third Edit. Vol. 2, Encyclopedia of Toxicology. Elsevier; 2014. p. 375-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123864543010095>
31. Davoudi-Kiakalayeh A, Mohammadi R, Pourfathollah A, Siery Z, Davoudi-Kiakalayeh S. Alloimmunization in thalassemia patients: New insight for healthcare. International Journal of Preventive Medicine [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 12: 1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8724674/>
32. 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.
33. Pizarro M, Alarcon L. Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra-2018 [tesis licenciatura]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias Humanidades; 2018. [Internet]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UUCH_10075f1691df6dc5adacb118c9d15958
34. Matta H., Palacios E, Matta E, Perez R. Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de cardiología de un hospital público de Lima Norte. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería [revista en Internet] 2018 [acceso 28 de marzo de 2020]; 1-9. Disponible en: <https://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/1186/293>
35. 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.
36. Bhattacharya Prasanta Kumar. Research Methodology in the Health

Sciences: A Quick Reference Guide. New York - USA: McGraw Hill; 2021. 177 p.

37. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. WHOQOL-BREF [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2022 [actualizado en enero de 2022; acceso en febrero de 2022]. [Internet]. p. 57-9. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>
38. Story D, Tait R. Investigación de encuestas. Anestesiología [revista en Internet] 2019 [acceso 25 de marzo de 2022]; 130(2): 192–202. Disponible en: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/130/2/192/20077/Survey-Research>
39. 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 25 de marzo de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
40. 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 25 de marzo de 2022]; 47(1): 165-172. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
41. Gómez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [revista en Internet] 2009 [acceso 25 de marzo de 2022]; 55(4): 230-233. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>
42. Levitt D. Ethical decision-making in a caring environment: The four principles and LEADS. Healthcare Management Forum [revista en Internet] 2014 [acceso 25 de marzo de 2022]; 27(2): 105-107. Disponible en:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1016/j.hcmf.2014.03.013?journalCode=hmfa>

43. Masic I, Hodzic A, Mulic S. Ethics in medical research and publication. *Int J Prev Med* [revista en Internet] 2014 [acceso 25 de marzo de 2022]; 5 (9): 1073-1082. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192767/>
44. Cantu P. *Bioetica e investigacion en salud*. 4^a ed. Mexico DF: Editorial Trillas; 2020. 190 p.
45. Santhalingam S, Sivagurunathan S, Prathapan S, Kanagasabai S, Kamalarupan L. The association of health-related factors with quality of life among the elderly population in the Jaffna district of Sri Lanka. *BMC Public Health* [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 21(1): 1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7937196/>
46. Rodríguez-Fernández A, Zuazagoitia-Rey-Baltar A, Ramos-Díaz E. Quality of Life and Physical Activity: Their Relationship with Physical and Psychological Well-Being. *Quality of Life and Quality of Working Life* [revista en Internet] 2017 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 2017: 53-70. Disponible en: <https://www.intechopen.com/chapters/55530>
47. Siboni F, Alimoradi Z, Atashi V. Health-Promoting Lifestyle: A Considerable Contributing Factor to Quality of Life in Patients With Hypertension. *Am J Lifestyle Med* [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 15(2): 191-199. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7958221/>
48. Rodríguez M. El bienestar social y su relación con la salud y la calidad de vida en personas adultas mayores. *Rev Pensamiento Actual* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 19(33): 121-135. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/39563/40712>
49. Snarska K, Chorąży M, Szczepański M, Wojewódzka M, Ładny J. Quality of

life of patients with arterial hypertension. *Medicina* ([revista en Internet] 2020 [acceso 13 de marzo de 2022]; 56(9): 1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7559811/pdf/medicina-56-00459.pdf>

50. Faronbi J, Ajadi A, Gobbens R. Associations of chronic illnesses and socio-demographic factors with health-related quality of life of older adults in Nigeria. *Ghana Medical Journal* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 54(3): 164-172. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8042799/>
51. Gou Z, Xie X, Lu Y, Khoshbakht M. Quality of life (QoL) survey in hong kong: Understanding the importance of housing environment and needs of residents. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 15(2): 1-1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5858288/>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Calidad de Vida	Tipo de variable según su naturaleza a: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Es la percepción que tiene una persona acerca de su salud en un contexto socio/cultural y de valores en el que se desenvuelve, estando ello en relación con sus metas, expectativas y condición de salud (37).	Es la percepción que tienen los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, acerca de su salud en un contexto socio/cultural y de valores en el que se desenvuelve, estando ello en relación con sus metas, expectativas y condición de salud, lo cual se expresa en diferentes dominios como la salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, lo cual será evaluado con el cuestionario WHOQOL-BREF.	Calidad de vida global y salud general	Percepción general de la salud	2 (1,2)	Calidad de vida alta	Puntaje: (66-100),
				Salud física	Dolor y malestar, dependencia de medicación o tratamiento, energía y fatiga, movilidad, sueño y descanso, actividad cotidiana, capacidad de trabajo.	7 (3,4,10,15,16,17,18)		
				Salud psicológica	Sentimiento positivo, espiritualidad, religión/creencias personales, pensamiento/aprendizaje/memoria/concentración, imagen corporal y apariencia, autoestima, sentimientos negativos.	6 (5,6,7,11,19,26)	Calidad de vida baja	Puntaje: (0-51)
				Relaciones Sociales	Relaciones personales, actividad sexual, soporte social.	3 (20,21,22)		
				Ambiente	Seguridad física y protección, entorno físico, recursos económicos, oportunidades para adquisición de información/habilidades, hogar, cuidados de salud y sociales: disponibilidad calidad, transporte.	8 (8,9,12,13,14,23,24,25)		

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO “WHOQOL BREF”

I. PRESENTACION

Buenos días, soy egresado de enfermería de la Universidad María Auxiliadora, y en esta oportunidad estoy realizando un estudio cuyo principal objetivo es determinar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial. Ante ello solicitamos su colaboración y mayor sinceridad al responder las siguientes preguntas.

II. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Edad: ___ años

Sexo:

Femenino Masculino

Estado Civil

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

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

Ocupación: Estable Eventual Sin Ocupación Jubilada(o) Estudiante No aplica

III. INSTRUCCIONES

Recuerde que para las siguientes preguntas deberá marcar solo una respuesta por cada una de ellas. Si tiene alguna duda o sugerencia no dude en solicitar apoyo del personal investigador a cargo.

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy Mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud? Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

Muy insatisfecho		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho
1		2		3		4		5

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente
1		2		3		4		5

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente
1		2		3		4		5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente
1		2		3		4		5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente
1		2		3		4		5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente	
1		2		3		4		5	

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente	
1		2		3		4		5	

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente	
1		2		3		4		5	

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada		Un Poco		moderado		Bastante		totalmente	
1		2		3		4		5	

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada		Un Poco		moderado		Bastante		totalmente	
1		2		3		4		5	

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada		Un Poco		moderado		Bastante		totalmente	
1		2		3		4		5	

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada		Un Poco		moderado		Bastante		totalmente	
1		2		3		4		5	

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada		Un Poco		moderado		Bastante		totalmente	
1		2		3		4		5	

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente	
1		2		3		4		5	

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte? La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ¿Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca		Raramente		Medianamente		Frecuentemente		Siempre	
1		2		3		4		5	

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

.....

¿Cuánto tiempo ha tardado en cuestionario?

.....

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

.....

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le invita a participar en este estudio. Antes de decidir, debe conocer los siguientes apartados.

Título del proyecto: Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022.

Nombre del investigador principal:

-Atalaya Santillan Miryam Magaly

-Callan Huaccho Jefferson Rooy

Propósito del estudio: El estudio busca determinar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a un consultorio de cardiología en Comas, 2022.

Beneficios por participar: Los beneficiados serán los participantes, a través de los resultados, el cual tendrá un impacto positivo en su salud.

Inconvenientes y riesgos: La actual investigación no generara ningún riesgo

Costo por participar: El estudio no generara ningún costo por su participación

Confidencialidad: La información que brinde será confidencial

Renuncia: Es libre de retirarse del estudio en cualquier momento.

Consultas posteriores: Si tiene preguntas puede dirigirse a Atalaya Santillan Miryam Magaly, coordinador de equipo teléfono móvil N° 963912528 al correo electrónico: andriucallan@gmail.com

Contacto con el Comité de Ética: Si tuviese preguntas sobre sus derechos, dirigirse al Dr. José Agustin Oruna Lara, presidente del Comité de Ética de la Universidad María Auxiliadora, escribiendo al correo jose.oruna@uma.edu.pe

Participación voluntaria:

Su participación es completamente voluntaria en este estudio

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro haber leído y comprendido, no he sido influido y acepto participar voluntariamente en el trabajo.

*Nombres y apellidos del participante o apoderado	*Firma o huella digital
*N° de DNI:	
*N° de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
*Correo electrónico	

*Nombre y apellidos del investigador	*Firma
*Nº de DNI	
*Nº teléfono móvil	
*Nombre y apellidos del responsable de encuestador	*Firma
Atalaya Santillan Miryam Magaly	
*Nº de DNI	
42321365	
*Nº teléfono	
935085103	
*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

Anexo D. Validez de contenido del instrumento de medición

Profesionales	Congruencia de ítems	Amplitud de contenido	Redacción de los ítems	Claridad y precisión	Pertinencia	Resultado
Profesional 1	89%	90%	90%	85%	90%	88%
Profesional 2	86%	85%	85%	85%	90%	85%
Profesional 3	89%	90%	90%	90%	90%	85%
Profesional 4	90%	90%	90%	90%	90%	89%
Profesional 5	89%	90%	85%	90%	90%	90%
RESULTADO						89%

VALORACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:	Deficiente	0% - 69%
	Aceptable	70% - 80%
	Bueno	80% - 90%
	Excelente	90% - 100%

La validez de contenido del instrumento fue de 89%, lo cual se interpreta como bueno.

Anexo E. Confiabilidad del instrumento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,949	26

