



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

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

**AUTORES:**

ADRIAN SOLORZANO, CARMEN ELENA  
<https://orcid.org/0000-0002-0343-0933>

ARANIBAR GONZALES, EVANGELINA SEMIA  
<https://orcid.org/0000-0002-9943-9616>

**ASESOR:**

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

**LIMA – PERÚ**

**2022**

## **Dedicatoria**

A Dios, quien supo guiarme a superar los momentos difíciles en este largo caminar y ser inspiración, modelo de amor y vida en este mundo. Sobre todo, a mis padres, pues su esfuerzo, ayuda incondicional, dedicación y amor ha logrado que pueda llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

## **Agradecimiento**

A la Universidad María Auxiliadora, por darnos la oportunidad de investigar este problema social que involucra a las personas con hipertensión arterial.

Al personal de salud de un establecimiento sanitario de Lima Norte en donde me dieron facilidades para realizar el presente estudio.

A las personas que me apoyaron en la realización del estudio y que aceptaron participar de manera voluntaria.

## Índice general

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice general	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Anexos	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MATERIALES Y MÉTODOS	20
III. RESULTADOS	26
IV. DISCUSIÓN	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	54

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Datos sociodemográficos en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138) .....	26
<b>Tabla 2.</b> Calidad de vida relacionado a la salud en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138) .....	28
<b>Tabla 3.</b> Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión funcionamiento físico en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138) .....	29
<b>Tabla 4.</b> Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión rol en funcionamiento físico en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138).....	30
<b>Tabla 5.</b> Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión dolor, en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138).....	31
<b>Tabla 6.</b> Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión salud general, en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138) .....	32
<b>Tabla 7.</b> Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión energía / fatiga, en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138) .....	33
<b>Tabla 8.</b> Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión función social, en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de	

medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)	34
<b>Tabla 9.</b> Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión función emocional, en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)	35
<b>Tabla 10.</b> Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión bienestar emocional, en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)	36
<b>Tabla 11.</b> Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión cambio de salud, en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)	37

## Índice de Anexos

<b>Anexo A.</b> Operacionalización de la variable .....	55
<b>Anexo B.</b> Instrumento de recolección de datos .....	56
<b>Anexo C.</b> Consentimiento informado .....	60
<b>Anexo D.</b> Validez de contenido del instrumento de medición .....	62

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la 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

**Materiales y métodos:** El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, en cuanto al diseño metodológico, fue un estudio descriptivo-transversal. La población estuvo conformada por 138 personas hipertensas. La técnica empleada en la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento el cuestionario SF-36, que comprende 36 ítems y 9 dimensiones.

**Resultados:** En cuanto a la calidad de vida, predominó el nivel alto con 47,8% (n=66), seguido del promedio con 27,5% (n=38), bajo con 14,5% (n=20), muy bajo con (n=7) 5,1% y muy alto también con (n=7) 5,1%. Según las dimensiones, en funcionamiento físico predominó el nivel muy alto con 32,6% (n=45), en rol en funcionamiento físico predominó el nivel muy alto con 64,5%, (n=89), en dolor predominó el nivel muy alto con 48% (n=66), en salud general predominó el nivel promedio con 47,1% (n=65), en energía/fatiga predominó el nivel promedio con 41,4% (n=57), en función social predominó el nivel alto con 39,1% (n=54), en función emocional predominó el nivel muy alto con 55,8% (n=77), en bienestar emocional, predominó el nivel promedio con 47,1% (n=65) y finalmente, en cambio de salud, predominó el nivel alto con 49,3% (n=68).

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

**Palabras clave:** Calidad de Vida; Hipertensión; Pandemias; Atención primaria de salud (Fuente: DeCS).

## Abstract

**Objective:** To determine the quality of life related to health during the health emergency by COVID-19, in people with arterial hypertension who attend a medical office of a health facility in Lima Norte, 2022.

**Materials and methods:** The study had a quantitative approach, in terms of methodological design, it was a descriptive-cross-sectional study. The population consisted of 138 hypertensive people. The technique used in data collection was the survey and the instrument was the SF-36 questionnaire, which includes 36 items and 9 dimensions.

**Results:** Regarding quality of life, the high level prevailed with 47.8% (n=66), followed by the average with 27.5% (n=38), low with 14.5% (n=20), very low with (n=7) 5.1% and very high also with (n=7) 5.1%. According to the dimensions, in physical functioning the very high level prevailed with 32.6% (n=45), in role in physical functioning the very high level predominated with 64.5%, (n=89), in pain the level very high with 48% (n=66), in general health the average level prevailed with 47.1% (n=65), in energy/fatigue the average level predominated with 41.4% (n=57), depending on social, the high level predominated with 39.1% (n=54), in emotional function the very high level predominated with 55.8% (n=77), in emotional well-being, the average level predominated with 47.1% (n=77). =65) and finally, in terms of health, the high level prevailed with 49.3% (n=68).

**Conclusions:** Regarding the quality of life, the high level prevailed, followed by the average, low, very low and very high.

**Keywords:** Quality of life; Hypertension; Pandemics; Primary health care (Source: DeCS)

## I. INTRODUCCIÓN

La aparición de un nuevo coronavirus plantea una grave amenaza para la salud pública mundial y posiblemente conlleva el potencial de causar secuelas negativas importantes en la población humana. El reciente brote de COVID-19, es una enfermedad causada por el SARS-CoV-2, que apareció inicialmente en Wuhan, provincia de Hubei, China, a partir de ahí el número de infectados se fue incrementando y propagándose en más países de la región (1). El avance incontenible de infectados en todos los países del planeta hizo que la Organización Mundial de la Salud, la declarase pandemia el 11 de marzo del 2020, con lo cual se encendieron las alertas de amenaza a la salud colectiva en los diferentes países por sus patrones de mayor transmisibilidad y letalidad en personas con condiciones de salud que los hace vulnerables (2). La situación actual es aún preocupante, para inicios de abril del 2022 tenemos ya 497 576 355 infectados y 6 175 073 fallecidos a nivel global. En cuanto a los países que más defunciones por COVID-19 presentan, Estados Unidos (985 205 fallecidos) es el más afectado seguido de Brasil (661 377 fallecidos), India (521 656 fallecidos) y Rusia (364 011 fallecidos). Los más afectados son las personas mayores de edad y los que presentan Enfermedades No Transmisibles (ENT) (3)(4). La Organización Panamericana de la Salud (OPS), comunica que, en la región de las Américas, se notificaron 138 951 228 casos y 2 530 014 defunciones. Así mismo resaltaron a los países con mayor prevalencia de casos, que son: Estados Unidos, Brasil y México (5). En el Perú, según el informe del Ministerio de Salud (MINSa), señala que existen hasta la fecha 3 548 558 casos confirmados de infectados y 212 328 defunciones, destacando que Lima metropolitana, Piura, Callao y Arequipa, son las zonas que presentan más fallecidos (6).

Las ENT como la hipertensión arterial (HTA), han sido identificadas como factor de riesgo que genera una condición de vulnerabilidad en las personas que la padecen, lo cual los expone padecer de COVID-19 en su versión grave, situación que puede ser letal para ellos (7). Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son un tipo de ENT y dentro de ellas está la HTA. Las ECV causan casi 18 millones de muertes

anualmente. Estas enfermedades están asociadas a la vida urbana que se asume cada vez más y a la práctica de estilos de vida insanos (8). Antes de la pandemia las ENT contribuían a una carga importante de morbilidad y mortalidad en todo el planeta. Durante la pandemia las ENT se han incrementado considerablemente, principalmente debido a la ausencia de atención médica en los establecimientos de salud, debido a la ola de contagios, situación que contribuyó a complicar la situación de salud de estos pacientes. Durante la pandemia se incrementó la carga de estas enfermedades (9). La HTA es un importante factor de riesgo cardiovascular con una alta prevalencia en muchos países a nivel global. Los estudios muestran el efecto negativo de esta condición en la calidad de vida (CV) de estas personas. La HTA es el factor de riesgo modificable más importante de morbilidad y mortalidad, y el principal contribuyente individual a la muerte e incapacidad por todas las causas. Un estudio realizado en España, en 262 personas con HTA, señalaron que el 4,6% declaró que ni la HTA ni el tratamiento afectaron su CV. Solo el 58% frente al 52,7% presentó una buena CV a través de los dominios "estado mental" con respecto a "manifestaciones somáticas" (10).

La HTA afecta la salud física y emocional de los pacientes, cuando esta enfermedad no está debidamente controlada. Un programa de manejo de la hipertensión dirigido por enfermeras sobre la CV, la adherencia a la medicación y el manejo de la hipertensión en adultos mayores, realizado en Turquía en 74 hipertensos seniles, reveló que la presión arterial sistólica y diastólica y los niveles de colesterol total posteriores a la prueba fueron significativamente más bajos en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. La puntuación de conocimiento de la hipertensión posterior a la prueba ( $20,75 \pm 1,01$ ), la tasa de adherencia a la medicación (100,0%) y las puntuaciones del componente físico ( $58,42 \pm 13,93$ ) y el componente mental ( $64,24 \pm 12,85$ ) de la escala de CV fueron significativamente más altas en el grupo de intervención que en el grupo control ( $12,21 \pm 2,48$ ; 64,9%;  $44,36 \pm 16,73$ ;  $53,93 \pm 15,71$ , respectivamente). El programa de manejo de la HTA dirigido por enfermeras, da un ejemplo de experiencia positiva para orientar a enfermeros que realizan cuidados a personas seniles (11).

Los hipertensos deben tener un control periódico que vaya de la mano con la adherencia a su tratamiento farmacológico y no farmacológico. Un estudio realizado en Arabia Saudita en 300 pacientes cuya edad media fue 56,79 años, 58 eran hipertensos, 96 diabéticos y 146 tenían ambas enfermedades, se encontró que los pacientes adherentes tenían una percepción general media significativamente mayor de la CV y las puntuaciones de salud en 14,6 ( $P=0,001$ ) y 17,2 ( $P=0,001$ ) puntos, respectivamente, en comparación con los pacientes no adherentes. Se concluye que existe una asociación entre la adherencia a la medicación y la calidad de vida entre los pacientes con diabetes y/o hipertensión que asisten a las consultas de atención primaria (12).

La HTA es considerada un importante problema de salud pública en países desarrollados y en vías de desarrollo. Esta enfermedad está íntimamente relacionada con la CVRS de los pacientes, y parece que la alfabetización en salud juega un papel en este sentido. Un estudio realizado en Irán en 400 personas hipertensas, revelo Las puntuaciones medias y desviación estándar de alfabetización en salud y CV fueron, respectivamente, 68,66 ( $\pm 13,56$ ) y 52,94 ( $\pm 15,20$ ). Hubo una correlación significativa entre la alfabetización en salud y la CV ( $p < 0,01$ ,  $r = 0,30$ ) (13).

Los pacientes hipertensos tienden a tener una CV más baja en comparación con los pacientes normotensos. Un estudio realizado en el Líbano, en 196 pacientes revelo que una mejor adherencia a la medicación antihipertensiva se correlacionó significativa y positivamente con mejores dominios de CV, excepto la salud general, donde no se alcanzó la significación ( $p = 0,089$ ). Una mejor adherencia también se relacionó significativamente con una mejor satisfacción con el tratamiento (efectos secundarios, conveniencia y satisfacción global, pero no con la efectividad) y una mayor confianza en los médicos ( $p < 0,0001$ ) (14).

La prevención y el tratamiento efectivos de la hipertensión es una de las intervenciones con mayor potencial en términos de prevención de muertes y discapacidades cardiovasculares. Pero la evidencia muestra que el tratamiento en muchos lugares del planeta al parecer es aún deficiente. Un estudio realizado en Finlandia en 111 pacientes hipertensos (30 y 75 años) a los cuales se les hizo

seguimiento. A los 12 meses de seguimiento, encontramos una disminución estadísticamente significativa en la PAS en el consultorio, la PAD en el consultorio, la PAS en el hogar, la PAD en el hogar, el consumo de alcohol, el nivel de colesterol total y el nivel de colesterol LDL. De estos cambios, solo la reducción de la PA fue claramente clínicamente significativa. Sin embargo, la CV también se deterioró ligeramente durante el primer año de tratamiento. Por lo tanto, desde la perspectiva de los pacientes, el inicio del tratamiento de la hipertensión puede parecer una compensación entre los resultados de salud futuros y la CV actual (15).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en Perú, el 10,2% de pobladores tuvo diagnóstico de HTA. Las personas de sexo femenino (11,7%) presentaron más HTA que los varones (8,5%). Solo el 68,1% de personas con diagnóstico de HTA recibieron tratamiento médico. Las zonas del Perú con más presencia de HTA son el Callao y Lima (16). Otro aspecto a resaltar es que, en nuestro país, las ENT, las metabólicas, ECV y la HTA, no son contenidas adecuadamente por el primer nivel de atención, ya que este no está adecuadamente dotado de los recursos de infraestructura, humanos y logísticos que le permita cumplir con su rol preventivo y de promoción de la salud. Según el INEI, el 25% de la población peruana tiene problemas con el sobrepeso-obesidad y el 22% presenta HTA. Además, señala que más del 40% de las personas tienen un riesgo cardiovascular bastante elevado. Lo señalado es preocupante, y atenta contra la salud, bienestar y CV de los hipertensos (17).

Los centros de primer nivel de atención en este contexto de pandemia han descuidado el seguimiento a los pacientes con HTA y por lo tanto la lucha contra esta enfermedad, se cerraron las puertas a las personas hipertensas, por priorizar los casos de COVID-19. Ante este problema de salud pública es necesario que se tomen decisiones rápidas, oportunas y satisfactorias en beneficio de este grupo poblacional para mejorar su salud, sin duda este problema representa un gran desafío para las autoridades, profesionales de la salud y establecimientos sanitarios. El trabajo para encausar el cuidado de las personas hipertensas debe ser articulado con el equipo multidisciplinario de salud para la planificación y

ejecución de intervenciones y estrategias que permitan ayudar a mejorar la CVRS de estas personas, minimando el impacto de la enfermedad en su vida, y favoreciendo su bienestar (18).

La CVRS se refiere a la valoración del individuo sobre la condición de vida, también es la percepción de la condición de salud experimentada y declarada por el paciente, en diferentes dimensiones como la física, emocional, social y la percepción de su salud general (19). Dentro de este marco es importante definir la HTA, que es una ENT inicialmente silenciosa y de evolución crónica, que se caracteriza por el incremento de la presión arterial sistólica y diastólica sobrepasando los valores normales (120/80 mm.Hg), este problema es desencadenado por un estilo de vida inadecuado (20). El COVID-19, es una nueva enfermedad contagiosa causada por el nuevo coronavirus, que afecta al sistema respiratorio, en su presentación severa genera insuficiencia respiratoria en las personas conduciéndolas a la muerte (21). La pandemia por COVID-19, es el brote de la enfermedad del nuevo coronavirus a escala mundial, genera una situación de amenaza a la vida humana (22).

La CVRS según el cuestionario SF-36, presenta 36 preguntas y 9 dimensiones, los cuales se explicaran a detalle en las posteriores líneas (23). La función física es refiere a la presencia de limitaciones físicas que afectan la ejecución de las actividades habituales (24). El rol físico se define como problemas los problemas físicos que dificultan del desempeño de actividades rutinarias (25). El dolor corporal es un considerado una manifestación clínica que limita o dificulta el desempeño de las actividades rutinarias (26). La salud general se define como la autoevaluación del individuo sobre su salud integral (27). La vitalidad es un término que se refiere a la energía, el cual se ve vulnerado por múltiples factores, desatando fatiga o cansancio en la persona, creando problemas para realizar sus actividades cotidianas (28). La función social se refiere a las relaciones interpersonales con el entorno familiar y social, por lo general existen problemas físicos que vulneran esta función (29). El rol emocional se refiere a los sentimientos liderados por la presencia de una enfermedad, los cuales desatan emociones negativas, que obstaculizan y

afectan su vida (30). La salud mental se refiere a la presencia de trastornos psicológicos producto al desequilibrio emocional y social, a consecuencia de las discapacidades o enfermedad que tiene la persona (31) y por último, el cambio de salud se define como la autovaloración de la persona sobre su estado de salud después de un lapso de un año (32).

La teoría de promoción de la salud de Nola Pender, conforma un pilar fundamental que da el marco para el trabajo que busca cambiar comportamientos y modos de actuar en las personas, en beneficio de su salud y bienestar, ahí se resalta la repercusión de la educación sanitaria como estrategia de cuidado de enfermería. Este modelo teórico se puede aplicar en el abordaje del cuidado de las ENT como la HTA, en donde es fundamental modificar los estilos de vida de los pacientes y reduciendo los factores de riesgo a los que se exponen. En tiempos de pandemia por COVID-19, la promoción de la salud desempeña un rol imprescindible para mejorar la salud pública (33).

Chen y colaboradores (34), en China, en el 2021, ejecutaron un estudio, cuyo objetivo fue “Evaluar la CVRS de personas de ancianos con hipertensión”. El estudio fue transversal, participaron 500 personas y el instrumento fue el SF-36. Los hallazgos señalaron que, en cuanto a la CV, de acuerdo a sus dimensiones, en función física tuvo una media de (ME=36,74), en rol físico (ME=23), en dolor (ME=32,50), en salud general (ME=32,74), en vitalidad (ME=45,29), en rol emocional (ME=47,62), función social (ME=17,55) y en salud mental (ME=47,66). Concluyeron que la CVRS fue deficiente, debido a la zona rural en que se desenvuelven y la limitada cobertura de salud.

Halimi y colaboradores (35), en Francia, en el 2021, elaboraron un trabajo, cuyo objetivo fue “Investigar la relación entre la progresión de la enfermedad en pacientes con HAP y la CVRS y las características psicológicas”. El estudio fue longitudinal, participaron 55 personas y el instrumento fue el SF-36. Los hallazgos indican que, en relación a la CV, según sus dimensiones, en rol físico tuvo una media (ME=25), en dolor (ME=52), en salud general (ME=35), en vitalidad (ME=45,64), en rol

emocional (ME=33,33) y en salud mental (ME=56). Concluyeron que la CVRS fue regular, debido a los problemas de depresión que presentaron los pacientes.

Zheng y colaboradores (36), en China, en el 2021, realizaron un estudio en donde su objetivo era “Evaluar la CVRS de pacientes ancianos con hipertensión y sus factores influyentes en China”. El estudio fue transversal, participaron 705 participantes y el cuestionario utilizado fue el SF-36. Los hallazgos reportaron problemas de dolor/malestar muy alto (57%), mientras que el autocuidado fue muy bajo (17,2%). Los factores que influyen en la CVRS de los pacientes con HTA incluyen el género, la edad, los ingresos, el nivel educativo, la actividad física, el examen de salud y las enfermedades coexistentes. Específicamente, el género femenino, tener más de 80 años, presentar menor escolaridad y/o mayores ingresos, y la presencia de enfermedades se asocian con menor índice de utilidad. Por el contrario, la actividad física regular y el examen médico tuvieron un impacto positivo en la CVRS de los pacientes HTA. Concluyen que los participantes con HTA en China tienen una CVRS más baja que la población general. Para restablecer la CVRS de los hipertensos, es imperativo una mejor educación en salud pública para enriquecer el conocimiento de dicho padecimiento y fomentar la adopción de hábitos saludables.

Lichardo U (37), en Lima-Perú, en el 2019, desarrollo un trabajo, cuyo objetivo fue “Determinar la CVRS en pacientes HTA que acuden a un consultorio de Cardiología de un Establecimiento de Salud de Surquillo”. El estudio fue descriptivo-transversal, participaron 125 personas y el instrumento fue el SF-36. Los hallazgos indican que la CV fue alta en un 33,6%, seguido de promedio en 24%, alta en 20,8%, baja en 19,2%, muy baja en un 2,4%. Según sus dimensiones, en función física predomino un nivel muy alto con 55,2%, en rol físico prevaleció el nivel muy bajo con 46,4%, en dolor corporal predomino un nivel muy alto con 31,2%, en salud general predomino un nivel alto con 33,6%, en vitalidad prevaleció el nivel alto con 43,2%, en función social predomino el nivel promedio con 36%, en rol emocional predomino el nivel muy alto con 46,4%, en salud mental prevaleció el nivel alto con 47,2% y en

cambio de salud prevaleció el nivel promedio con 38,4%. Concluyeron que CVRS fue alta, debido que los pacientes llevan un control constante de su presión arterial.

Lozada y colaboradores (38), en Piura-Perú, en el 2020, efectuaron un trabajo, cuyo objetivo fue “Determinar la asociación entre adherencia terapéutica (AT) y CVRS”. El estudio fue transversal-analítica, participaron 703 personas y el instrumento fue el SF-36. Los resultados muestran que, en cuanto a la CV, según sus dimensiones, en función física la media fue (ME=75.46), en rol físico (ME=74.79), en dolor (ME=73.22), en salud general (ME=57.09), en vitalidad (ME=70.89), en función social (ME=81.37), en rol emocional (ME=72.34) y en salud mental (ME=73.45). Concluyeron que la CV fue baja, debido al deterioro de varios dominios de la vida.

Martínez y colaboradores (39), en Perú, en el 2018, elaboraron un análisis en donde tuvo como objetivo “Determinar la CVRS en ancianos con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden al consultorio de cardiología del Centro Médico Solidario de Comas, Lima-2018”. El estudio fue transversal-observacional, ahí participaron 186 pacientes. Aplicaron el instrumento SF-36, asimismo, obtuvieron como resultado CVRS muy alto con 62,4%. En cambio, en los factores función física (38,7%), rol físico (60,8%), dolor corporal (63,4%), vitalidad (62,9%), función social (42,5%), rol emocional (58,6%) y salud mental (63,4%) destacó la CV muy alta, mientras que, en salud general (55,9%) predominó promedio. Finalmente, concluyen que la CVRS resalta muy alta y también en la mayoría de los dominios.

La HTA es una mal crónico, que compromete severamente la salud de las personas que lo padecen, de no controlarse adecuadamente, las complicaciones sistémicas aparecen generando daño irreversible, afectando así el bienestar de las personas. La hipertensión es una ENT que se presenta por la exposición constante a factores de riesgo que están asociados a los estilos de vida. En estos pacientes es fundamental el control de la presión arterial sistólica y la dieta, además de la práctica de actividad física gradual que permita mantener la salud física en óptimas condiciones. En la pandemia hubo restricciones en la atención médica a estos

pacientes por la ola de contagios por COVID-19. Frente a esta situación fue necesario valorar la CVRS, que nos da una lectura actualizada de la condición de salud de estos pacientes. De ahí se resalta el desarrollo de este estudio que busco evaluar la CVRS, que informa como está la salud de los participantes en los diferentes dominios de su vida como la salud física, emocional y en los social. Conocer la CVRS, fue un punto de partida fundamental que permitió establecer un diagnostico importante, en base a ello se diseñaran acciones de cuidado de la salud de los pacientes participantes.

Los estudios sobre HTA ubicados en las diferentes bases de datos académicas y repositorios, son abordados de un enfoque clínico-terapéutico, pero pocos estudios abordan el tema desde el punto de la promoción de la salud. En la revisión bibliográfica realizada en los repositorios académicos y las bases de datos científicas de alcance nacional e internacional, se observó un limitado número de estudios sobre el tema desde el enfoque de la CVRS, además se constató que en el establecimiento de salud donde se hizo el estudio, no existe aún estudios antecedentes realizados. Lo revelado justifica el desarrollo de esta investigación que busco a través de los resultados y hallazgos, aportar con conocimiento actualizado sobre el tema, que permitió establecer a partir de ello mejoras en beneficio de ellos pacientes hipertensos participantes.

En cuanto al valor practico, los hallazgos fueron socializados con el establecimiento de salud y el consultorio de medicina específicamente, esto en la búsqueda de propiciar mejoras en la atención integral de calidad dirigida a estos pacientes hipertensos.

En cuanto a la relevancia social, los beneficiados con el desarrollo del estudio serán las personas hipertensas, ya que requieren de un mayor cuidado de su salud desde una perspectiva integral/holística.

El trabajo fue ejecutado a partir el método científico, ello le da solidez en el procedimiento y hallazgos, así los resultados podrán contribuir con la línea de investigación relacionada al tema y a mejorar la practica enfermero orientada a estos pacientes.

El objetivo del estudio fue determinar la 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

## II. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo fue desarrollado 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 cuantificada con un instrumento de medición cuantitativo y los datos recolectados fueron analizados mediante procesos de la estadística de tipo descriptiva (40), es descriptivo ya que se mostrara 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 dure todo el trabajo de campo (41).

### 2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

En el presente estudio se trabajó con una población finita. El trabajo tuvo una población de 138 personas con HTA que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte. Todos los participantes fueron pacientes que acuden con frecuencia a sus controles, es decir son continuadores (tienen ya historia clínica y forman parte de un padrón ya elaborado previamente). Las personas fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios de selección que se establecieron desde los inicios del estudio.

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes hipertensos continuadores, es decir acuden a la consulta más de una vez.
- Pacientes participantes que presente HTA.
- Pacientes participantes de 40 años a más.
- Pacientes participantes que muestren disposición a participar en el estudio y den el consentimiento informado luego de recibir la información necesaria sobre la investigación.

#### **Criterios de exclusión:**

- Participantes que no presentan HTA

- Participantes menores de 40 años.
- Participantes que decidan no ser parte del estudio.

### **2.3 VARIABLE DE ESTUDIO**

La variable principal es la “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 de tipo subjetiva que realizan las personas, a partir de ver como esta diversos dominios de su vida como su área física, social y emocional, vinculado a su quehacer y salud general, lo cual repercute en sus niveles de bienestar (42).

#### **Definición operacional:**

Es la valoración de tipo subjetiva que realizan las personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, a partir de ver como esta diversos dominios de su vida como su área física, social y emocional, vinculado a su quehacer y salud general, lo cual repercute en sus niveles de bienestar, lo cual se expresa en su función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y cambio de salud, siendo este medido con el cuestionario SF-36.

### **2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

#### **Técnica de recolección de datos:**

La presente investigación por las características que presenta y su diseño planteado, 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 realizó 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 (43).

#### **Instrumento de recolección de datos:**

Las ENT como la HTA han tomado relevancia durante la pandemia, ya que las personas que la padecen son altamente vulnerables al COVID-19. Por otro lado, es

fundamental hacer un monitoreo de su condición de salud, para así saber cómo se está desempeñando en los diferentes dominios de su vida, incluidos la salud física y emocional. Para valorar la CVRS existen muchos instrumentos, siendo uno de ellos más utilizados el cuestionario SF-36. En el presente trabajo se utilizará el instrumento denominado cuestionario SF-36 que valora CVRS, este es un cuestionario también conocido por sus siglas en inglés Health-related quality of life. El presente cuestionario, es un instrumento muy conocido y ampliamente difundido en la comunidad académica, por su sencillez y simplicidad en su aplicación, teniendo como respaldo un excelente coeficiente de confiabilidad y validez (buenas propiedades psicométricas), por lo mismo este fue traducido en diversos idiomas; es importante destacar que fue creado en los años 90 en Estados Unidos (44). El SF-36 es un instrumento que presenta 36 preguntas y 9 dimensiones, las cuales son las siguientes: función física, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, función social, función emocional, bienestar emocional y cambio de salud. Este cuestionario valora el nivel de CVRS de las personas que presentan alguna enfermedad y en aquellos aparentemente sanos. La puntuación global del SF-36 es de 100 puntos, el cual se va clasificar en 5 niveles, que son: muy baja (0-20 pts.), baja (21-40 pts.), promedio (41-60 pts.), alta (61-80 pts.) y muy alta (81-100 pts.) (45).

### **Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:**

La validez de contenido fue realizada en la presente investigación, ahí se contó con la participación de cinco jueces expertos, los cuales brindaron una calificación cuyo promedio fue 90% (Ver anexo D).

Ya en nuestro país, Martínez y colaboradores, realizaron la validez estadística del mismo cuestionario a través de la medida de adecuación muestral de Kayser-Meyer-Olkin, obteniendo un coeficiente KMO mayor a 0,5 (KMO = 0,889) y la prueba de esfericidad de Bartlett de 0,000 ( $p < 0,05$ ), ambos valores confirmaron la validez estadística del cuestionario y la confiabilidad del instrumento SF-36, lo hicieron a través del índice Alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0,949 ( $> 0,6$ ), valor que asegura que el instrumento es confiable para nuestra realidad (39).

## **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 gestionó el permiso para el ingreso formal al consultorio de medicina de un establecimiento de salud de Lima Norte, con la finalidad de abordar a los pacientes 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 sobre los alcances del estudio, luego se les invito a ser participantes del mismo. El cuestionario que se aplicó fue en formato digital formulario Google, en donde el enlace generado fue facilitado a través del Smartphone, y cada participante tomó un tiempo de 15 minutos para el llenado completo de la ficha de datos. Los participantes que presentaron dificultades para completar los datos, fueron asistidos por el encuestador para facilitar el llenado adecuado de la ficha de datos. Teniendo en cuenta que continuamos en emergencia sanitaria, se tomó en cuenta los protocolos sanitarios necesarios que permitieron cuidar la salud del encuestador y participantes con el fin de evitar posibles contagios.

## **2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

La investigación fue cuantitativa y descriptiva a la vez, por ello para el análisis estadístico se usó herramientas de la estadística de tipo descriptiva. Una vez terminada el recojo de la información, se ingresó los datos a una matriz preparada en el programa SPSS versión 26 en español, en donde fue analizada la información recogida, se empleó para el análisis de los datos propiamente dicho las tablas de distribución de frecuencias absoluta-relativa, medidas de tendencia central y la función operación con variables. Los hallazgos del trabajo se presentaron en tablas y figuras, luego ello sirvió de insumo para redactar la sección resultados y discusión de la investigación. Finalmente se incluyó en las conclusiones del estudio que sintetizaron los principales hallazgos.

## **2.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Los aspectos éticos deben ser aplicados en estudios vinculados al área de salud (investigación en áreas clínicas y de salud), dan un marco de acción transparente, garantizando el respeto de los derechos y decisiones de los seres humanos participantes (que son personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario). En el presente estudio se toma como referencia la Declaración de Helsinki (46) que resalta el respeto a las decisiones del participante y el consentimiento informado; y el Reporte de Belmont (47) que resalta la aplicación de principios como el de la autonomía, beneficencia y justicia, un cuarto principio bioético fue propuesto por Beauchamp y Childress (48) que es el de la no maleficencia. A continuación, se describen como serán aplicados en la investigación:

### **Principio de Autonomía**

Este aspecto busca proteger y respetar la decisión autónoma del participante, este principio además sienta las bases del uso del consentimiento informado (49).

Se explicó a cada participante sobre los alcances del estudio y posteriormente se les solicito den el 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 (50).

Se dio a conocer a todo participante sobre los beneficios que trae un estudio, los cuales serán positivos 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 (51).

Se les explico a los participantes que el estudio no tiene riesgos que comprometan su bienestar físico y mental.

**Principio de justicia**

Exige un trato equitativo entre pacientes o personas participantes, independientemente de sus características y condición (52).

A todos los participantes se les dio un trato igualitario y equitativo sin ningún tipo de discriminación o marginación.

### III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de participantes

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	138	100
<b>Edad</b>	Min=40 Max=76	Media=48,33
<b>Sexo</b>		
Femenino	92	66,7
Masculino	46	33,3
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	2	1,4
Secundaria	87	63,0
Estudios técnicos	32	23,2
Estudio universitario	17	12,3
Primaria	2	1,4
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	7	5,1
Casado	86	62,3
Conviviente	42	30,4
Divorciado(a)	3	2,2
<b>Condición de la ocupación</b>		
Estable	57	41,3
Eventual	67	48,6
Sin Ocupación	14	10,1
<b>Tipo de familia</b>		
Nuclear	88	63,8
Monoparental	7	5,1
Extendida	27	19,6
Ampliada	16	11,6
<b>Familiares infectados</b>		
Si	70	50,7
No	68	49,3
<b>Familiares fallecidos</b>		
Si	26	18,8
No	112	81,2

En la tabla 1, se observa que, en cuanto a la edad el mínimo fue 40 y el máximo 76 con una media fue 48,33, en el sexo, 92 personas que representan el 66,7% son mujeres y 46 personas que representan el 33,3% son varones. En el grado de instrucción, 87 personas que representan 63% tiene secundaria, 32 personas que representan 23,2% tienen estudios técnicos, 17 personas que representan 12,3% tienen un estudio universitario y 2 personas que representan el 1,4% tienen primaria. En estado civil, 86 personas que representan el 62,3% son casados, 42 personas que representan el 30,4% son convivientes, 7 personas que representan el 5,1% son solteros y 3 personas que representan el 2,2% son divorciados. En condición de la ocupación, 67 personas que representan el 48,6% tienen un trabajo eventual, 57 personas que representan el 41,3% tienen un trabajo estable y 14 personas que representan el 10,1% no tienen ocupación. En tipo de familia, 88 personas que representan el 63,8% son nucleares, seguido de 27 personas que representan el 19,6% son extendidas, 16 personas que representan el 11,6% son ampliadas y 7 personas que representan el 5,1% son monoparentales. En familiares infectados, 70 personas que representan el 50,7% si tienen familiares infectados y 68 personas que representan el 49,3% no tienen familiares infectados. Y, en familiares fallecidos, 112 personas que representan el 81,2% no tienen familiares fallecidos y 26 personas que representan el 18,8% si tienen familiares fallecidos.

**Tabla 2. Calidad de vida relacionado a la salud en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)**

VALORES	N	%
Muy baja	7	5,1
Baja	20	14,5
Promedio	38	27,5
Alta	66	47,8
Muy alta	7	5,1
Total	138	100

En la tabla 2, se observa que, en cuanto a la calidad de vida, 66 personas que representan el 47,8% tienen el nivel alto, 38 personas que representan el 27,5% tienen el nivel promedio, 20 personas representan el 14,5% tienen un nivel bajo, 7 personas que representan el 5,1% tienen un nivel muy bajo y 7 personas que representan el 5,1% tienen un nivel muy alto.

**Tabla 3. Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión funcionamiento físico en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)**

<b><i>Dimensión funcionamiento físico</i></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy baja	14	10,1
Baja	12	8,7
Promedio	28	20,3
Alta	39	28,3
Muy alta	45	32,6
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

En la tabla 3, se observa que, en cuanto al funcionamiento físico, que 45 personas que representan el 32.6 % tienen un nivel muy alto, seguido de 39 personas que representan el 28,3% tienen un nivel alto, 28 personas que representan el 20,3% tienen un nivel promedio, 14 personas que representan el 10,1% tienen un nivel muy bajo y 12 personas que representan el 8,7% tienen un nivel bajo.

**Tabla 4. Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión rol en funcionamiento físico en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)**

<b><i>Dimensión rol en funcionamiento físico</i></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy baja	30	21,7
Baja	0	0,0
Promedio	0	0,0
Alta	19	13,8
Muy alta	89	64,5
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

En la tabla 4, se observa que, en cuanto al rol en funcionamiento físico, 89 personas que representan el 64,5% tienen un nivel muy alto, seguido de 30 personas que representan el 21,7% tienen un nivel muy bajo y 19 personas que representan el 13,8% tienen un nivel alto.

**Tabla 5. Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión dolor en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)**

<b><i>Dimensión dolor</i></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy baja	18	13
Baja	0	0
Promedio	40	29
Alta	14	10
Muy alta	66	48
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

En la tabla 5, se observa que, en cuanto al dolor, 66 personas que representan el 48% tienen un nivel muy alto, seguido de 40 personas que representan el 29% tienen un nivel promedio, 18 personas que representan el 13% tienen un nivel muy bajo y 14 personas que representan el 10% tienen un nivel alto.

**Tabla 6. Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión salud general en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)**

<b><i>Dimensión salud general</i></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy baja	14	10,1
Baja	55	39,9
Promedio	65	47,1
Alta	4	2,9
Muy alta	0	0,0
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

En la Tabla 6, se observa que, en cuanto a la salud general, 65 personas que representan el 47,1% tienen un nivel promedio, seguido de 55 personas que representan el 39,9% tienen un nivel bajo, 14 personas que representan el 10,1% tienen un nivel muy bajo y 4 personas que representan el 2,9% tienen un nivel alto.

**Tabla 7. Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión energía / fatiga en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)**

<b><i>Dimensión energía / fatiga</i></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy baja	2	1,4
Baja	49	35,5
Promedio	57	41,4
Alta	17	12,3
Muy alta	13	9,4
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

En la tabla 7, se observa que, en cuanto a la energía/fatiga, 57 personas que representan el 41,4% tienen el nivel promedio, seguido de 49 personas que representan el 35,5% tienen el nivel bajo, 17 personas que representan el 12,3% tienen el nivel alto, 13 personas que representan el 9,4% tienen un nivel muy alto y 2 personas que representan el 1,4% tienen un nivel muy bajo.

**Tabla 8. Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión función social en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)**

<b><i>Dimensión función social</i></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy baja	9	6,6
Baja	38	27,5
Promedio	22	15,9
Alta	54	39,1
Muy alta	15	10,9
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

En la tabla 8, se observa que, en cuanto a la función social, 54 personas que representan el 39,1% tienen un nivel alto, seguido de 38 personas que representan el 27,5% tienen un nivel bajo, 22 personas que representan el 15,9% tienen un nivel promedio, 15 personas que representan el 10,9% tienen un nivel muy alto y 9 personas que representan el 6,6% tienen el nivel muy bajo.

**Tabla 9. Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión función emocional en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)**

<b><i>Dimensión función emocional</i></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy baja	33	23,9
Baja	16	11,6
Promedio	0	0,0
Alta	12	8,7
Muy alta	77	55,8
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

En la tabla 9, se observa que, en cuanto a la función emocional, 77 personas que representan el 55,8% tienen un nivel muy alto, seguido 33 personas que representan el 23,9% tienen el nivel muy bajo, 16 personas que representan el 11,6% tienen un nivel bajo y 12 personas que representan el 8,7% tienen un nivel alto.

**Tabla 10. Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión bienestar emocional, en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)**

<i><b>Dimensión bienestar emocional</b></i>	N	%
Muy baja	0	0,0
Baja	24	17,4
Promedio	65	47,1
Alta	48	34,8
Muy alta	1	0,7
Total	138	100

En la tabla 10, se observa que, en cuanto al bienestar emocional, 65 personas que representan 47,1% tienen un nivel promedio, seguido de 48 personas que representan el 34,8% tienen un nivel alto, 24 personas que representan el 17,4% tienen un nivel bajo y 1 persona que representa el 0,7% tienen un nivel muy alto.

**Tabla 11. Calidad de vida relacionado a la salud en su dimensión cambio de salud, en personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, 2022 (N=138)**

<b><i>Dimensión cambio de salud</i></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy baja	25	18,1
Baja	0	0,0
Promedio	43	31,2
Alta	68	49,3
Muy alta	2	1,4
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

En la tabla 11, se observa que, en cuanto al cambio de salud, 68 personas que representan 49,3% tienen un nivel alto, seguido de 43 personas que representan el 31,2% tienen un nivel promedio, 25 personas que representan el 18,1% tienen un nivel muy bajo y 2 personas que representan el 1,4% tienen un nivel muy alto.

## IV. DISCUSIÓN

### 4.1 DISCUSIÓN

La hipertensión se ha convertido en una de las principales causas de la carga global de enfermedades, donde se ha asociado a diferentes factores de riesgo, que hace más vulnerables a estos pacientes y lo expone a hacer la forma grave de la enfermedad por COVID-19. La CV del paciente hipertenso se ha vuelto un desafío debido a los cambios drásticos y nuevo ritmo de vida por la infección del coronavirus. Valorar la condición de salud de estos pacientes es crucial, ya que nos dará un diagnóstico de cómo está su salud en los diferentes dominios de la vida. Es por ello, que mediante este estudio se aplicó el instrumento SF-36, con lo cual se buscó identificar la CVRS durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en personas con HTA que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte.

En cuanto a la CV, 66 personas (47,8%) tienen un nivel alto, 38 personas (27,5%) nivel promedio, 20 personas (14,5%) nivel bajo, 7 personas (5,1%) nivel muy bajo y 7 personas (5,1%) nivel muy alto. El control periódico que realizan estos pacientes, actúa como factor protector para la CVRS. El control del PA y la adherencia al tratamiento es fundamental en estos pacientes hipertensos. Lichardo U. (37) en su estudio presento resultados parecidos de niveles altos de CVRS (33,6%), el cual era debido al control permanente de la PA. Asimismo, Martínez y colaboradores (39) con hallazgos semejantes obtuvo niveles muy altos en sus categorías (62,4%). Otro estudio confirmó que el puntaje de CV por ciclo de vida fue el más alto en la edad adulta y disminuyó a medida que aumentaba la edad. Por ende, se sugiere que la educación en salud por ciclo de vida es esencial para el manejo de la salud de los pacientes hipertensos (53). Para mejorar la CVRS, es necesario fortalecer la educación en

salud de los hipertensos y adoptar hábitos saludables. También es importante fortalecer el manejo y seguimiento de la hipertensión (54).

En cuanto al funcionamiento físico, 45 personas (32.6%) tienen un nivel muy alto, seguido de 39 personas (28,3%) con un nivel alto, 28 personas (20,3%) con nivel promedio, 14 personas (10,1%) con nivel muy bajo y 12 personas (8,7%) con nivel bajo. Esto se refiere a que las personas realizan actividades adecuadamente, ya que son un grupo etario relativamente joven. Lichardo U. (37), Martínez y col. (39) tuvieron resultados similares.

En cuanto al rol en funcionamiento físico, 89 personas (64.5%) tienen un nivel muy alto, seguido de 30 personas (21,7%) con nivel bajo y 19 personas (13,8%) con nivel alto. Es referido como la capacidad de realizar actividades tanto básicas como instrumentales de la vida diaria. A medida que pasan los años, la persona experimentara una disminución y dificultad en la función y rol físico para participar en las actividades diarias. Por tanto, uno o más de estos sistemas se altera en presencia de una enfermedad o lesión, y esto puede manifestarse clínicamente por alteraciones en la función cognitivo y motora de la persona (55). Chen y colaboradores (34), encontraron que las personas de mediana edad y mayores con hipertensión tenían una CVRS deficiente. En cambio, una investigación reporto que las personas activas presentan una mejor CVRS que aquellas inactivas, independientemente de la gravedad de su sobrepeso u obesidad o de la presencia de enfermedades (56).

En cuanto a la energía/fatiga, 57 personas (41,3%) tienen el nivel promedio, seguido de 49 personas (35,5%) que tienen el nivel bajo, 17 personas (12,3%) con nivel alto, 13 personas (9,4%) con un nivel muy alto y 2 personas (1,4%) con un nivel muy bajo. Esta dimensión es manifestación de la vigorosidad en la vida cotidiana. La fatiga continuamente no tratada reduce la energía, afectando el bienestar psicológico del individuo y deshabilitando el funcionamiento diario (57). Según Goertz y colaboradores (58), en los resultados mostraron que la fatiga severa y crónica son comunes en las enfermedades crónicas. La prevalencia de fatiga grave y crónica fue significativamente mayor en los participantes con enfermedades

crónicas en comparación con los sujetos sanos. La fatiga y cansancio afectan la CVRS.

En cuanto al dolor, 66 personas (48%) tienen un nivel muy alto, seguido de 40 personas (29%) que tienen un nivel promedio, 18 personas (13%) con un nivel muy bajo y 14 personas (10%) con un nivel alto. El dolor es entendido como una experiencia sensorial o emocional desagradable, que conduce a un daño real, interfiriendo la realización de actividades habituales. Sang y colaboradores (59) en su estudio manifestaron que el dolor/malestar fue el problema auto informado más común (23,05%) de los pacientes hipertensos. Ello puede obedecer a problemas físicos. Zheng y colaboradores (36) señalan que la proporción de participantes que reportaron problemas de dolor/malestar fue la más alta (57,0%), mientras que los problemas en el autocuidado fueron las más bajas (17,2%).

En cuanto a la función emocional, se presentan 77 personas (55,8%) que tienen un nivel muy alto, seguido 33 personas (23,9%) que tienen el nivel muy bajo, 16 personas (11,6%) con un nivel bajo y 12 personas (8,7%) con un nivel alto. En cuanto al bienestar emocional, se presentan 65 personas (47,1%) que tienen un nivel promedio, seguido de 48 personas (34,8%) con nivel alto, 24 personas (17,4%) con un nivel bajo y 1 persona (0,7%) que tiene un nivel muy alto. Es referido al estado ánimo, que son expresados por sentimientos positivos o negativos, el cual permite ser capaces de hacer frente a las presiones diarias de la vida. Por tanto, cuando una persona tiene un estado emocional adecuado, este le permitirá interaccionar con los problemas y el entorno (60). Según Halimi y colaboradores (35), por medio de un estudio mencionaron que la depresión fue la única característica psicológica independiente asociada con el funcionamiento físico ( $p=0,0001$ ) y que se ha demostrado previamente como un predictor de la reducción de la CVRS. Sin embargo, las limitaciones físicas percibidas pueden causar alguna alteración psicológica y ello interferir en su CVRS.

En cuanto a la función social, 54 personas (39,1%) tienen un nivel alto, seguido de 38 personas (27,5%) que tienen un nivel bajo, 22 personas (15,9%) con un nivel promedio, 15 personas (10,9%) con un nivel muy alto y 9 personas (6,5%) con un

nivel muy bajo. Las relaciones interpersonales, permiten interactuar al ser humano con su familia y entorno social (29). El soporte social es fundamental para lograr un equilibrio emocional. Un estudio sobre el apoyo social percibido, señalo que este aspecto estaba asociado directa e indirectamente con los aspectos físicos y mentales de la CVRS en ambos sexos, agrega además que los programas de intervención deben ayudar a las personas a integrarse a su red social y establecer mejores vínculos sociales, especialmente con sus familiares (61).

En cuanto a la salud general, 65 personas (47,1%) tienen un nivel promedio, seguido de 55 personas (39,9%) que tienen un nivel bajo, 14 personas (10.1%) un nivel muy bajo y 4 personas (2,9%) un nivel alto. En cuanto al cambio de salud, 68 personas (49,3%) tienen un nivel alto, seguido de 43 personas (31,2%) con nivel promedio, 25 personas (18,1%) con un nivel muy bajo y 2 personas (1,4%) con un nivel muy alto. Estas dimensiones se asocian a percepción de bienestar físico y mental que puede ser percibido subjetivamente en un tiempo determinado (62). Lozada y colaboradores (38), mencionan un nivel bajo de CV por los efectos del deterioro de la mayoría de sus dominios, entre ellos la percepción negativa de su condición de salud.

La enfermedad por coronavirus impacto la CVRS de los pacientes. Esta enfermedad no solo denigra la salud física de los pacientes, sino que también afecta su salud mental (63). La HTA, debe controlarse, y en ello los establecimientos de salud y el personal sanitario, tienen un reto fundamental. Identificar principalmente los factores de riesgo modificables es fundamental para poder indicar lo cuidados específicos y generales que deben tener estos pacientes. Las actividades de promoción de la salud deben implementarse y ser desarrolladas por los profesionales de la salud.

#### **4.2 CONCLUSIONES**

- ) En cuanto a la CVRS, predomino el nivel alto, seguido del promedio, bajo, muy bajo y muy alto.
- ) Respecto al funcionamiento físico, predomino el nivel muy alto, seguido del alto, promedio, muy bajo y bajo.

- ) Respecto al rol en funcionamiento físico, predominó el nivel muy alto, seguido del muy bajo y alto.
- ) En lo referente al dolor, predominó el nivel muy alto, seguido de promedio, muy bajo y alto.
- ) En la salud general, predominó el nivel promedio, seguido del bajo, muy bajo y alto.
- ) En la energía/fatiga, predominó el nivel promedio, seguido del bajo, alto, muy alto y muy bajo.
- ) Referente a la función social, predominó el nivel alto, seguido de bajo, promedio, muy alto y muy bajo.
- ) La función emocional, la mayoría obtuvo un nivel muy alto, seguido de muy bajo, bajo y alto.
- ) En cuanto al bienestar emocional, predominó el nivel promedio, seguido de alto, bajo y muy alto.
- ) Respecto al cambio de salud, la mayoría tuvo el nivel alto, seguido de promedio, muy bajo y muy alto.

#### **4.3 RECOMENDACIONES**

-Se recomienda que el personal de salud del establecimiento de salud, refuerce sus acciones de promoción de la salud orientado a estos pacientes. Este programa debe incidir en reforzar aspectos vinculados a los factores de riesgo modificables de la enfermedad.

-La educación en salud debe de ser adecuada y contextualizada a la realidad de la población participante, para lograr la mejoría de la salud de estas personas.

-Programar actividades específicas en base a los resultados de las conclusiones establecidas.

-Realizar más investigaciones sobre el tema en donde se involucren, con poblaciones más extensas, solo así se podrán obtener resultados que se generalicen a otras poblaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sharma A, Farouk IA, Lal SK. COVID-19 : A Review on the Novel Coronavirus Disease. Viruses [revista en Internet] 2021 [acceso 8 de abril de 2022]; 13(2): 202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33572857/>
2. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. Acta Biomed [revista en Internet] 2020 [acceso 3 de abril de 2022]; 91(1): 157–160. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7569573/>
3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2022 [actualizado en abril de 2022; acceso el 3 marzo de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?false=DalFox>
4. Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus Resource Center [sede Web]. Baltimore-USA: JHU; 2022 [actualizado en abril de 2022; acceso 4 de marzo de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
5. Pan American Health Organization. COVID-19 Daily Updates - Region of the Americas [sede Web]. Washington D. C.-Estados Unidos: PHAO; 2022 [actualizado 4 de febrero de 2022; acceso 11 de febrero de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/paho-daily-covid-19-update-4-february-2022>
6. Ministerio de Salud. Sala de Situacional de COVID-19 [sede Web]. Lima-Perú: MINSA; 2022 [actualizado 9 de febrero de 2022; acceso 11 de febrero de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/covid19.html>
7. World Health Organization. Hypertension and COVID-19 [sede Web]. Ginebra, Suiza: WHO; 2021 [Actualizado en junio de 2021; Acceso en febrero

- de 2022]. [Internet]. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Hypertension-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Hypertension-2021.1)
8. World Health Organization. Noncommunicable diseases [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [Actualizado en abril de 2021; Acceso en abril de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
  9. 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/>
  10. Diosdado M. Calidad de vida en el varón con hipertensión arterial. *Rev Esp Salud Pública* [revista en Internet] 2021 [acceso 20 de marzo de 2022]; 95: 1-15. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C\\_202109110.pdf](https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202109110.pdf)
  11. Cepeda Marte JL, Ruiz-Matuk C, Mota M, Pérez S, Recio N, Hernández D, et al. Quality of life and metabolic control in type 2 diabetes mellitus diagnosed individuals. *Diabetes Metab Syndr.* [revista en Internet] 2019 [acceso 7 de marzo de 2022]; 13(5): 2827-2832. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31425943/>
  12. Khayyat SM, Mohamed MMA, Khayyat SMS, Hyat Alhazmi RS, Korani MF, Allugmani EB, et al. Association between medication adherence and quality of life of patients with diabetes and hypertension attending primary care clinics: a cross-sectional survey. *Qual Life Res.* [revista en Internet] 2019 [acceso 7 de abril de 2022]; 28(4):1053-1061. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30470970/>

13. Ahmand N, Nadereh N, Zahra B, Nezhat S, Mahsa M. Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015-2016. *Electronic Physician* [revista en Internet] 2017 [acceso 18 de febrero de 2022]; 9(11): 5712-5720. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5783119/pdf/epj-09-5712.pdf>
14. Jneid S, Jabbour H, Hajj A, Sarkis A, Licha H, Hallit S, et al. Quality of Life and Its Association With Treatment Satisfaction, Adherence to Medication, and Trust in Physician Among Patients With Hypertension. *J Cardiovasc Pharmacol Ther.* [revista en Internet] 2018 [acceso 5 de abril de 2022]; 23(6): 532-542. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29916266/>
15. Tahkola A, Korhonen P, Kautiainen H, Niiranen T, Mäntyselkä P. The impact of antihypertensive treatment initiation on health-related quality of life and cardiovascular risk factor levels: a prospective, interventional study. *BMC Cardiovasc Disord.* [revista en Internet] 2021 [acceso 4 de abril de 2022]; 21(1):444. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2021;21(1):1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34530733/>
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2019 [Internet]. Lima- Perú; 2019. Disponible en: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/SALUD/ENFERMEDADES\\_ENDES\\_2019.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2019.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 8 de abril 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. Buichia F, Miranda G. Social determinants of health and risk of Type 2 Diabetes in adults from indigenous populations, approaches from social theory. *Journal of the Academy* [revista en Internet] 2021 [acceso 11 de

febrero de 2022]; 4: 1-25. Disponible en: <https://journalacademy.net/index.php/revista/article/view/45/41>

19. Xiao M, Zhang F, Xiao N, Bu X, Tang X, Long Q. Health-related quality of life of hypertension patients: A population-based cross-sectional study in Chongqing, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [revista en Internet] 2019 [acceso 10 de febrero de 2022]; 16(13): 1-1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6652141/pdf/ijerph-16-02348.pdf>
20. Pan H, Hibino M, Kobeissi E, Aune D. Blood pressure, hypertension and the risk of sudden cardiac death: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Eur J Epidemiol* [revista en Internet] 2020 [acceso 10 de febrero de 2022]; 35(5): 443-454. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31875269/>
21. Sharma A, Ahmad I, Kumar S. COVID-19: A Review on the Novel Coronavirus Disease Evolution, Transmission, Detection, Control and Prevention. *Viruses*. [revista en Internet] 2021 [acceso 10 de febrero de 2022]; 13(2): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33572857/>
22. Sharma K, Banstola A, Ram R. Assessment of COVID-19 Pandemic in Nepal: A Lockdown Scenario Analysis. *Front Public Health*. [revista en Internet] 2021 [acceso 10 de febrero de 2022]; 9: 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33898371/>
23. Kafle B, Pradhan R, Pathak R, Poudyal S, Bahadur M, Sharma S, et al. Assessment of Validity of SF 36 Questionnaire Using Nepali Language to Determine Health-related Quality of Life in Patients with Chronic Liver Disease: A Pilot Study. *Cureus*. [revista en Internet] 2018 [acceso 23 de marzo de 2022]; 10(7): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30197848/>

24. Yano Y, Inokuchi T, Hoshide S, Kanemaru Y, Shimada K, Kario K. Association of Poor Physical Function and Cognitive Dysfunction With High Nocturnal Blood Pressure Level in Treated Elderly Hypertensive Patients. *American Journal of Hypertension* [revista en Internet] 2011 [acceso 14 de marzo de 2022]; 24(3): 285–291. Disponible en: <https://academic.oup.com/ajh/article/24/3/285/2281950>
25. Arijia V, Villalobos F, Pedret R, Vinuesa A, Jovani D, Pascual G, et al. Physical activity, cardiovascular health, quality of life and blood pressure control in hypertensive subjects: randomized clinical trial. *Health Qual Life Outcomes*. [revista en Internet] 2018 [acceso 10 de febrero de 2022]; 16(1): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30217193/>
26. Giummarra J, Tardif H, Blanchard M, Tonkin A, Arnold CA. Hypertension prevalence in patients attending tertiary pain study. *PLoS ONE* [revista en Internet] 2020 [acceso 10 de febrero de 2022]; 15(1): 1-11. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0228173>
27. Oparil S, Czarina M, Bakris G, Berlowitz D, Cífková R, Dominiczak A, et al. Hypertension. *Nat Rev Dis Primers* [revista en Internet] 2018 [acceso 10 de febrero de 2022]; 22(4): 1-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6477925/>
28. Liang X, Shan Y, Ding D, Zhao Q, Guo Q, Zheng L, et al. Hypertension and High Blood Pressure Are Associated With Dementia Among Chinese Dwelling Elderly: The Shanghai Aging Study. *Front Neurol*. [revista en Internet] 2018 [acceso 10 de febrero de 2022]; 9: 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30233479/>
29. Amit G, Anuj M, Narsingh V, Aravinda J, Dariya S, Sharma A, et al. Impact of Covid 19 Pandemic on Blood Pressure of Healthcare Professionals During Lockdown - an Indian Study. *Journal of Hypertension* [revista en Internet] 2021 [acceso 10 de febrero de 2022]; 29: 1-4. Disponible en: [https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2021/04001/IMPACT\\_OF\\_C](https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2021/04001/IMPACT_OF_C)

OVID\_19\_PANDEMIC\_ON\_BLOOD\_PRESSURE\_OF.594.aspx

30. Vanhoof J, Delcroix M, Vandeveld E, Denhaerynck K, Wuyts W, Belge C, et al. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *J Heart Lung Transplant*. [revista en Internet] 2014 [acceso 10 de febrero de 2022]; 33(8): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24854567/>
31. Kretchy I, Owusu F, Danquah S. Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *Int J Ment Health Syst*. [revista en Internet] 2014 [acceso 10 de febrero de 2022]; 8: 1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4077111/>
32. 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/>
33. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. The Nola Pender model of health promotion. A reflection on the understanding of it. *University Nurse* [revista en Internet] 2018 [acceso 14 de marzo de 2022]; 8(4): 3-6. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/248>
34. Chen O, Ran L, Li M, Tan X. Health-related quality of life of middle-aged and elderly people with hypertension: A cross-sectional survey from a rural area in China. *PLoS One* [revista en Internet] 2021 [acceso 11 de febrero de 2022]; 16(2): 1-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7853450/>
35. Halimi L, Suehs C, Marin G, Boissin C, Sophie A, Vachier I, et al. Health-related quality of life and disease progression in pulmonary arterial

- hypertension patients: a 3-year study. *ERJ Open Res.* [revista en Internet] 2021 [acceso 11 de febrero de 2022]; 7(3): 1-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8381263/>
36. 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>
37. 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 doctoral]. Lima-Perú: Universidad Nolbert Wiener; 2019. [Internet]. Disponible en: [http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3436/T061\\_45193421\\_T.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3436/T061_45193421_T.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
38. Lozada A, Piscocoya J, Shiraishi C, Mendieta W. Calidad de vida y adherencia terapéutica en un programa de hipertensión arterial. *Rev. Salud Pública* [revista en Internet] 2020 [acceso 11 de febrero de 2022]; 22(6): 1-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v22n6/0124-0064-rsap-22-06-e207.pdf>
39. 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 [tesis licenciatura]. Lima, Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/254>
40. Ñaupas H, Valdivia M, Panacios J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa - cualitativa y redacción de la tesis. 5ª ed. Bogotá-Colombia: Ediciones de la U; 2018. 560 p.
41. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las

rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill; 2018. 753 p.

42. 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 7 de abril de 2022]; 10(282): 1-10. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/10-282>
43. Story D, Tait R. Investigación de encuestas. *Anestesiología* [revista en Internet] 2019 [acceso 5 de abril de 2022]; 130(2): 192–202. Disponible en: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/130/2/192/20077/Survey-Research>
44. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* [revista en Internet] 2005 [acceso 23 de marzo de 2022]; 19( 2 ): 135-150. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000200007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007)
45. Yaras A, Bayliss M, Cappelleri J, Maher S, Bushmakina A, Chen L, et al. Psychometric validation of the SF-36 Health Survey in ulcerative colitis: results from a systematic literature review. *Qual Life Res.* [revista en Internet] 2018 [acceso 27 de enero de 2022]; 27(2): 273-290. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28849311/>
46. 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 6 de abril de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
47. 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 5 de abril de 2022]; 47(1):

- 165-172. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
48. 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>
49. Amarga C, Ngabirano A, Simon E, McD Taylor D. Principles of research ethics: a research manual for low-and middle-income countries. *Afr J Emerg Med.* [revista en Internet] 2020 [acceso 7 de abril de 2022]; 10(2): 125-129. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32837877/>
50. 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>
51. 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/>
52. Cantu P. *Bioetica e investigacion en salud*. 4<sup>a</sup> ed. Mexico DF: Editorial Trillas; 2020. 190 p.
53. Kim H, Min E. Health behaviors and quality of life by life cycle of hypertensive patients. *Journal of Convergence for Information Technology* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 10(7): 58-66. Disponible en: <https://www.koreascience.or.kr/article/JAKO202021647073978.page>
54. Zhang Y, Zhou Z, Gao J, Wang D, Zhang Q, Zhou Z, et al. Health-related quality of life and its influencing factors for patients with hypertension. *BMC Health Services Research* [revista en Internet] 2016 [acceso 2 de noviembre

- de 2021]; 16(1): 1-9. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1536-x>
55. Garber C, Greaney M, Riebe D, Nigg C, Burbank P, Clark P. Physical and mental health-related correlates of physical function in community dwelling older adults: A cross sectional study. *BMC Geriatrics* [revista en Internet] 2010 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 10: 1-10. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-10-6>
56. Hageman P, Pullen C, Yoerge M. Physical Function and Health-Related Quality of Life in Overweight and Obese Rural Women Who meet Physical Activity Recommendations. [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 26(3): 438-444. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28952857/>
57. Yoo E, Choi E, Cho S, Do J, Lee S, Kim J. Comparison of fatigue severity and quality of life between unexplained fatigue patients and explained fatigue patients. *Korean Journal of Family Medicine* [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 39(3): 180-184. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5975989/>
58. Goërtz Y, Braamse A, Spruit M, Janssen D, Ebadi Z, Van Herck M. Fatigue in patients with chronic disease: results from the population-based Lifelines Cohort Study. *Scientific Reports* [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 11(1): 1-12. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-00337-z#Sec2>
59. 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 and Quality of Life Outcomes* [revista en Internet] 2021 [acceso 24 de noviembre de 2021]; 19(1): 1-10. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-021-01879-6>

60. Lamers S, Bolier L, Westerhof G, Smit F, Bohlmeijer E. The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine* [revista en Internet] 2012 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 3(5): 538-547. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3439612/>
61. Jalali-Farahani S, Amiri P, Karimi M, Vahedi-Notash G, Amirshkari G, Azizi F. Perceived social support and health-related quality of life (HRQoL) in Tehranian adults: Tehran lipid and glucose study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2018;16(1):1-9. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-018-0914-y>
62. John J, Tannous W, Jones A. Changes in health-related quality of life before and after a 12-month enhanced primary care model among chronically ill primary care patients in Australia. *Health and Quality of Life Outcomes* [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 288. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01539-1>
63. Islam Z, Riaz B, Efa S, Farjana S, Mahmood F. Health-Related Quality of Life of Adult COVID-19 Patients Following One-Month Illness Experience Since Diagnosis. *SSRN Electronic Journal* [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 2021: 1-20. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.19.21252073v1.full>

## **ANEXOS**

## Anexo A. Operacionalización de la variable

### Operacionalización de la variable

VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Calidad de vida relacionada con la salud	Tipo de variable según su naturaleza:  Cualitativa  Escala de medición: Ordinal	Es la valoración de tipo subjetiva que realizan las personas, a partir de ver como esta diversos dominios de su vida como su área física, social y emocional, vinculado a su quehacer y salud general, lo cual repercute en sus niveles de bienestar (42).	Es la valoración de tipo subjetiva que realizan las personas con hipertensión arterial que acuden a un consultorio de medicina de un establecimiento sanitario en Lima Norte, a partir de ver como esta diversos dominios de su vida como su área física, social y emocional, vinculado a su quehacer y salud general, lo cual repercute en sus niveles de bienestar, lo cual se expresa en su función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y cambio de salud, siendo este medido con el cuestionario SF-36.	Funcionamiento físico	-Limitaciones para realizar las actividades físicas y cotidianas. -Realiza actividades físicas vigorosas, sin limitaciones	3-4-5-6- 7-8-9-10, 11-12	+CV Muy Baja +CV Baja +CV Promedio +CV Alta +CV Muy Alta	(0- 20 pts) (21- 40 pts) (41- 60 pts) (61- 80 pts) (81- 100 pts)
				+Rol en funcionamiento / físico	-Problemas en el trabajo y actividades diarias producto a la salud física. -No problemas en las actividades cotidianas	13-14-15-16		
				+Dolor	-Dolor de niveles moderados a severos -Ausencia de dolor	21-22		
				+Salud general	-Valoración de su salud como buena o mala	1-33- 34-35-36		
				+Energía / fatiga	-Cansancio y entusiasmo todo el tiempo.	23-27-29-31		
				+Función social	-Limitación frecuente con las actividades por los problemas físicos y emocionales. - Actividades sociales sin problemas	20-32		
				+Función emocional	-Problemas en las actividades por problemas emocionales. - Actividades diarias sin problemas	17-18- 19		
				+El bienestar emocional	-Sentimiento de nerviosismo y depresión	24- 25-26-28-30		
				+Cambio de salud	-Valoración de su salud desde hace 1 año	1-2		

## Anexo B. Instrumento de recolección de datos

### CUESTIONARIO SF-36

#### I. PRESENTACIÓN

Buenos días, soy egresada de enfermería de la Universidad María Auxiliadora, estamos ejecutando un trabajo de investigación cuyo objetivo es identificar la calidad de vida relacionada con la salud durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en hipertensos. Ante ello solicitamos su apoyo para responder las siguientes preguntas.

#### II. DATOS GENERALES

Edad:  años

Sexo:

Femenino  Masculino

Grado de instrucción:  Primaria  Secundaria  Estudios técnicos

Estudio universitario

Estado Civil:

Soltero  Casado  Conviviente  Divorciado(a)

Condición de la ocupación:

Estable  Eventual  Sin Ocupación

Tipo de familia:

Nuclear  Monoparental  Extendida  Ampliada

Alguna persona en su familia se ha infectado de COVID-19:  Si  No

Alguna persona en su familia ha fallecido de COVID-19:  Si  No

**III. INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan enunciados. MARCANDO SOLO UNA RESPUESTA.**

Excelente		Muy buena		Buena		Regular		Mala	
-----------	--	-----------	--	-------	--	---------	--	------	--

1. Usted diría que su salud general es:
2. ¿Diría que su salud actual, comparada con la de hace un año, es?

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

**SEGÚN SU SALUD ACTUAL, LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA DIARIAMENTE.**

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3) ¿Tiene limitaciones para realizar esfuerzos intensos, como correr, levantar objetos pesados, etc.?			
4) ¿Tiene problemas para hacer esfuerzos moderados, como trapear, barrer, caminar, etc.?			
5) ¿Tiene problemas para llevar la bolsa de compras?			
6) ¿Presenta limitaciones subir varios pisos?			
7) ¿le molesta subir las escaleras?			
8) ¿Tiene problemas para arrodillarse?			
9) ¿Presenta molestias para caminar un kilómetro?			
10) ¿Tiene limitaciones para caminar varias cuadras?			
11) ¿Tiene molestias para caminar una manzana?			
12) ¿Tiene problemas para bañarse o vestirse solo?			

**PROBLEMAS LABORALES O ACTIVIDADES, DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS**

	SI	NO
13) ¿Disminuye el tiempo para el trabajo o actividades, producto a su salud física?		
14) ¿hizo menos actividades de los que esperaba, a causa de los problemas físicos?		

	15) ¿Dejo de hacer sus actividades diarias, a consecuencia de sus limitaciones físicas?		
	16) ¿tiene dificultades para hacer actividades, consecuente a su salud física?		

¿ha tenido problemas en sus actividades habituales por problemas emocionales?

	SI	NO
17) ¿Redujo su tiempo de sus actividades, por problemas emocionales?		
18) ¿Disminuyo sus actividades por problemas emocionales?		
19) ¿Realizo sus actividades, con más cuidado que de costumbre, producto a los problemas emocionales?		

20) ¿Cuánto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades con la familia, amigos, vecinos, etc.?

Nada		Un poco		Regular		Bastante		Mucho	
------	--	---------	--	---------	--	----------	--	-------	--

21. ¿Durante las 4 últimas semanas presento dolor?

No, ninguno		Sí, muy poco		Sí, un poco		Sí, moderado		Sí, mucho		Sí, muchísimo	
-------------	--	--------------	--	-------------	--	--------------	--	-----------	--	---------------	--

22. ¿Cuánto el dolor ha dificultado su vida?

Nada		Un poco		Regular		Bastante		Mucho	
------	--	---------	--	---------	--	----------	--	-------	--

**CÓMO SE HA SENTIDO DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.**

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
23) ¿Tiene energía?						
24) ¿Tiene nervios?						
25) ¿Siente desánimo?						
26) ¿sintió calma y paz?						
27) ¿Tiene mucha energía?						
28) ¿Siente tristeza y desmotivación?						
29) ¿se siente agotado?						
30) ¿se siente feliz?						
31) ¿se sintió cansado?						

32) ¿Con que frecuencia su salud física o los problemas emocionales afectaron sus actividades sociales?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo algunas veces	Nunca

**QUE TAN CIERTO O FALSO SON ESTAS FRASES.**

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
33) Considero que me enfermo más que otras personas.					
34) Me siento sano					
35) Siento que mi salud empeorar					
36) Considero que mi salud es buena					

## 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 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

**Nombre del investigador principal:**

-Adrián Solorzano Carmen Elena

-Aranibar Gonzales Evangelina Semia

**Propósito del estudio:** El objetivo del estudio será determinar la 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

**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 gasto

**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 Adrian Solorzano Carmen Elena, coordinador de equipo teléfono móvil N° 947152792 o al correo electrónico: [carmenadrian215@gmail.com](mailto:carmenadrian215@gmail.com)

**Contacto con el Comité de Ética:** Si tuviese preguntas sobre sus derechos, dirigirse al Dr. José Agustín Oruna Lara, presidente del Comité de Ética de la Universidad María Auxiliadora, escribiendo al correo [josé.oruna@uma.edu.pe](mailto:josé.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
*Nº de DNI:	
*Nº 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
Adrian Solorzano Carmen Elena	
*Nº de DNI	
10056510	
*Nº teléfono	
947152792	
*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
Juez 1	90%	90%	90%	85%	90%	89%
Juez 2	90%	90%	90%	89%	90%	90%
Juez 3	89%	90%	90%	90%	90%	90%
Juez 4	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Juez 5	90%	90%	90%	90%	90%	90%
<b>Promedio</b>						90%

<b>VALORACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:</b>	<b>*Deficiente</b>	0% - 69%
	<b>*Aceptable</b>	70% - 79%
	<b>*Bueno</b>	80% - 89%
	<b>*Excelente</b>	90% - 100%

La validez de contenido del instrumento fue de 90%, lo cual se interpreta como excelente.