



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

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia
en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en
San Martín de Porres, 2022

PRESENTADO POR
Hoyos Muñoz, Elita

ASESOR
Matta Solís, Hernán Hugo

Los Olivos, 2022

Agradecimiento

Gracias a Dios, por permitirme tener una familia maravillosa que me apoya siempre; a mi familia, que siempre me acompaña en cada decisión y proyecto que tomo. Doy gracias a la vida, porque cada día me demuestra lo justa que puede llegar a ser y permitirme disfrutar cada día de mi vida.

El camino no ha sido fácil, pero gracias a su inmensa bondad y amor se ha podido lograr; por tal motivo, hago llegar mi afecto a toda mi linda familia.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre con todo mi amor, cada día me da fuerza para lograr lo que me propongo, su bendición me protege todos los días a lo largo de mi vida y me conduce por el camino correcto. Por todo eso y mucho más le dedico este trabajo con todo mi corazón. Te amo mamá.

Índice General

Agradecimiento	1
Dedicatoria	2
Índice General	3
Índice de Tablas	4
Índice de Anexos	6
Resumen	7
Abstract	8
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MATERIALES Y MÉTODOS	16
2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	16
2.2 POBLACIÓN	16
2.3 VARIABLE DE ESTUDIO	17
2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	18
2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	19
2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos	19
2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos	19
2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	19
2.7 ASPECTOS ÉTICOS	20
III. RESULTADOS	22
IV. DISCUSIÓN	34
4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA	34
4.2 CONCLUSIONES	40
4.3 RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	51

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).	22
Tabla 2. Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).	24
Tabla 3. Calidad de vida relacionada con la salud según funcionamiento físico durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).	25
Tabla 4. Calidad de vida relacionada con la salud según rol en funcionamiento / físico durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).	26
Tabla 5. Calidad de vida relacionada con la salud según dolor durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).	27
Tabla 6. Calidad de vida relacionada con la salud según salud general durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).	28
Tabla 7. Calidad de vida relacionada con la salud según energía/fatiga durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).	29
Tabla 8. Calidad de vida relacionada con la salud según función social durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).	30
Tabla 9. Calidad de vida relacionada con la salud según función emocional durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).	31

Tabla 10. Calidad de vida relacionada con la salud según bienestar emocional durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).	32
Tabla 11. Calidad de vida relacionada con la salud según cambio de salud durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).	33

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	52
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos	53
Anexo C. Consentimiento informado.....	59
Anexo D. Validez del instrumento	61
Anexo E. Confiabilidad del instrumento.....	62

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022.

Materiales y métodos: La investigación fue realizada desde la concepción del enfoque cuantitativo y su diseño metodológico fue el descriptivo-transversal. La técnica para recolectar datos fue la encuesta y el instrumento empleado fue el cuestionario SF-36 conformado por 36 ítems.

Resultados: En cuanto al nivel de calidad de vida relacionada con la salud tuvo mayor predominio el nivel alto con 46,7% (n=70), nivel bajo con 22,7% (n= 34), nivel muy bajo con 11,3% (n=17), muy alto con 11,3% (n=17) y promedio con 8% (n=12). En cuanto a las dimensiones; en funcionamiento físico predominó el nivel muy alto con un 36% (n=54); en rol en funcionamiento/físico predominó el nivel muy alto con 48,0% (n=72); en dolor prevaleció el nivel muy alto con un 58,0% (n=87); en salud general prevaleció el nivel promedio con un 55,3% (n=83); en energía/fatiga predominó el nivel promedio con 46,7% (n=70); en función social predominó el nivel alto con un 41,3% (n=62); en función emocional prevaleció el nivel muy alto con 51,3% (n=77); en bienestar emocional predominó el nivel alto con un 48,0% (n=72) y finalmente, en cambio de salud predominó el nivel alto con 47,3% (n=71).

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

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

Abstract

Objective: To determine the quality of life related to health in hypertensive patients during the pandemic at a health center in San Martin de Porres, 2022.

Materials and methods: The research was conducted on the conception of the quantitative approach with a descriptive-transversal methodological design. The technique to collect data was the survey and the instrument used for this study was the SF-36 questionnaire, which is made up of 36 items.

Results: Regarding the level of quality of life related to health, the high level predominated with 46.7% (n=70), followed by the low level with 22.7% (n= 34), the very low level with 11, 3% (n=17), the very high level with 11.3% (n=17) and the average level with 8% (n=12). Regarding the dimensions, the very high level predominated in physical functioning with 36% (n=54), as to the role in functioning/physical, the very high level predominated with 48.0% (n=72), the very high level also predominated in pain with 58.0% (n=87), in overall health, the average level predominated with 55.3% (n=83), the average level predominated in energy/fatigue with 46.7% (n=70), in social function the high level predominated with 41.3% (n=62), in emotional function, the very high level predominated with 51.3% (n=77), the high level predominated in emotional well-being with 48.0% (n=72) and finally in health change, the high level predominated with 47.3% (n=71).

Conclusions: Regarding the quality of life related to health, the high level predominated, followed by the low, very low, very high and average level.

Keywords: Quality of life; patients; hypertension; pandemics (Source: DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

La salud mundial enfrenta su mayor desafío en la actualidad; la enfermedad por coronavirus y su impacto negativo continúan afectando la actividad social, económica, la salud y bienestar de la población global. Desde el 11 de marzo de 2020 en que fue declarada pandemia, la cantidad de infectados y fallecidos se incrementa cada vez más. Enfermedades altamente infecciosas como la COVID-19 afectan funciones físicas, sociales y emocionales de los individuos (1). La valoración de la calidad de vida (CV) en varios dominios ayuda a identificar la variedad de problemas que pueden influir en la vida cotidiana de las personas, siendo este un predictor importante de la condición de salud y bienestar en general de las personas (2); la CV relacionada con la salud (CVRS) es un constructo parecido, este último se refiere a percibir el estado de salud integralmente y cómo este influye en el bienestar de las personas (3).

La hipertensión arterial (HTA) es un tipo de enfermedad no transmisible (ENT) que condiciona a tener más riesgo de sufrir problemas cardiovasculares serios. Solo el 20% de personas hipertensas controla su enfermedad adecuadamente. A nivel global, existen 280 millones de adultos entre 30 a 79 años con HTA. Reportes señalan que la CV de las personas con hipertensión es ligeramente peor que la de las personas normotensas (4).

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel global. La HTA es un factor de riesgo importante de ECV y un problema de salud epidémico que afecta a 1000 millones de personas con 4 millones de muertes anualmente, lo que convierte a la HTA en el tercer motivo de fallecimientos con una tasa de mortalidad del 13%. Aproximadamente 2000 millones de adultos en el planeta tierra padecerán de hipertensión en el 2025 (5) y se espera que 500 millones de pacientes más estén sufriendo de esta enfermedad (6).

Debido al problema pandémico que existe actualmente existen 268 059 483 casos confirmados y 8 312 332 755 fallecidos por COVID-19 (7); muchas personas tenían una mayor predisposición a presentar la forma grave de la

enfermedad, siendo característico que padecían de otras enfermedades prevalentes, entre ellas la HTA, que los condiciona a ser más vulnerables (8).

Asimismo, más del 80% de los individuos con hipertensión se encuentran en los países de ingresos bajos y medianos, en su mayoría no tienen una buena educación en salud y practican malos hábitos de vida (9). Diversos autores informaron que la prevalencia de esta dolencia en el Reino de Arabia Saudita fue de 25,5% entre las personas de 15 a 64 años y que el 57,8% de la población no era consciente del cuidado de su salud (10).

La HTA se vuelve más común con el avance de la edad, con una prevalencia de hasta el 60% en mayores de 60 años. También mencionaron que en el 2017 su prevalencia era de 36,4% en zonas rurales y 31,7% en zonas urbanas con un total del 33,7% en Turquía. Asimismo, se estimó que había 14,3 millones de pacientes hipertensos (8 millones de mujeres y 6,3 hombres) en esa misma región (11).

La prevalencia de la HTA está aumentando en los últimos años y ha sido identificada como uno de los más importantes factores de riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Un estudio en la India mostró menor CVRS entre los pacientes hipertensos (12). En Enshi-China se encontró que las personas de mediana edad y ancianas hipertensas tenían valores deficientes en su CVRS (13). Asimismo, evidenciaron que los pacientes adultos mayores con hipertensión tenían una CV menor que la población adulta debido al bajo nivel de educación y poca información de ello (14).

Otro estudio informó que los habitantes kazajos de China tienen la mayor prevalencia de HTA (36,9%), en comparación a otros grupos. La alfabetización baja de estas personas influye en su CVRS (15). En cambio, en Nigeria la CV en general fue baja y se encontró que el dominio físico era más afectado (16). En Indonesia, reportaron que lo psicológico afectó la CV de los pacientes hipertensos más que lo físico (17).

En Perú, el sistema de salud es precario, sobre todo en el primer nivel de atención se requiere de más apoyo y voluntad política para hacerlo fuerte y responder a las necesidades de salud de la población. Durante la pandemia

prácticamente fue desactivado y ello traerá consecuencias negativas en la población, lo cual será evidente en los próximos años. El manejo de ENT e HTA fueron relegados y como consecuencia de ello el Ministerio de Salud (Minsa) refiere que el número de pacientes con HTA se incrementaría en un 20% durante la pandemia (18). El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) señala que un 40% de individuos de nuestra población presentan al menos una comorbilidad y la cuarta parte tiene problemas de obesidad. Otro dato importante relacionado a nuestro tema, señala que el 21,7% tiene HTA y solo casi el 70% recibe tratamiento adecuado. Estas cifras son preocupantes e invita a reflexionar sobre el trabajo realizado en salud pública que está vinculado al manejo de ENT como la HTA (19).

La calidad de vida se define por ser la impresión o valoración de la persona en relación a su condición o situación social, política, cultural y de salud, en otras palabras es el grado de conformidad y comodidad de la persona frente a su entorno (14). La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) se define por ser el nivel de percepción referente a su situación de salud, el cual puede ser favorable o desfavorable (20).

La hipertensión arterial se define como el aumento de la presión sistólica y diastólica, debido a la presión ejercida en las paredes de las arterias del corazón (21).

La CVRS según el SF-36, se compone de 9 dimensiones, esta son las siguientes: función física, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, bienestar emocional y cambio de salud (22). En primer lugar está la función física, se define como la dificultad o limitación del desempeño de actividades de físicas producto a problemas físicos (23). El rol físico se define por ser la presencia de limitaciones físicas que afecta su rutina y su entorno laboral (24). El dolor se define como una sensación desagradable e intensa a causa de un problema físico, lo cual va dificultar las actividades de la persona (25). La salud general se define como la apreciación de la persona referente a estado de salud global (26). La vitalidad se define como el déficit de energía y presencia de agotamiento producto a los problemas físicos (27). La función social se define como dificultades en la relación interpersonal con sus amistades y

familia consecuente a su estado de salud (28). El rol emocional se define como un conjunto de sentimientos dominados por la presencia de una afección física (29). El bienestar emocional se define por la presencia de sentimientos y pensamientos negativos producto a sus limitaciones (30). Finalmente, el cambio de salud se define la apreciación del individuo con respecto a su salud después de un año (22). Es necesario enfatizar sobre la teoría de Nola Pender como una base teórica importante, la cual tiene relación directa y significativa con la hipertensión arterial y la (CVRS), porque su teoría de promoción de la salud está orientada a la educación y concientización por parte del equipo de enfermería a los pacientes para fomentar la propia autonomía y lograr la prevención de enfermedades crónicas en la población (31).

Lichardo U. (32), en Lima-Perú, en el 2019, desarrolló un trabajo sobre “CVRS en pacientes hipertensos”. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal, participaron 125 personas y el instrumento que emplearon fue el SF-36. Los hallazgos indicaron que predominó el nivel 55,2%, promedio con 12%, alto con 11,2%, muy bajo con 11,2% y bajo con 10,4%; según su dimensión rol físico prevaleció el muy bajo con 46,4%; en dolor prevaleció el nivel muy alto con 31,2%; en salud general prevaleció el nivel alto con 33,6%; en vitalidad prevaleció el nivel alto con 43,2%; en función social predominó el nivel promedio con 36%; en rol emocional predominó el nivel muy alto con 46,4%; en salud mental prevaleció el nivel alto con 47,2% y en transición de la salud predominó el nivel promedio con 38,4%. Concluyó que la CVRS fue muy alta.

Martínez y colaboradores (33), en Lima-Perú, en el 2018, elaboraron un trabajo titulado “CVRS en ancianos con diagnóstico de hipertensión”. El estudio fue cuantitativo, descriptivo-transversal, participaron 186 personas y el instrumento que emplearon fue el SF-36. Los resultados mostraron que predominó el nivel muy alto con 62,40%, promedio con 26,30%, bajo con 10,20% y alto con 1,10%; según su dimensión función física prevaleció el nivel muy alto con 38,7%; en rol físico predominó el nivel muy alto con 60,8%; en dolor predominó el nivel muy alto con 63%; en salud general predominó el nivel promedio con 55,9%; en vitalidad predominó el nivel muy alto con 62,9%; en función social predominó el nivel muy alto con 42,5%; en rol emocional prevaleció el nivel muy alto con 58,6%; en salud mental predominó el nivel muy alto con 63,4% y en transición

de salud predominó el nivel promedio con 74,2%. Concluyeron que la CVRS fue muy alta.

Xiao y colaboradores (34), en el 2019, en China, realizaron un trabajo sobre “CVRS de los pacientes con hipertensión”. El estudio fue transversal, participaron 567 personas y el instrumento que emplearon fue el SF-36. Los hallazgos señalaron que la función física se relaciona con la edad ($P < 0,0001$), el dolor corporal se relaciona con la edad ($P = 0,0231$), salud general tiene relación con la educación ($P = 0,0065$), función social tiene relación con el sexo ($P = 0,0081$) y la salud mental se relaciona con el sexo ($P = 0,0046$). Concluyeron que la CVRS fue baja producto a la carga económica de la hipertensión.

Serrano y colaboradores (35), en el 2017, en Guadalajara-México, elaboraron un trabajo sobre “CVRS en pacientes con hipertensión arterial”. El estudio fue transversal, participaron 321 personas y el instrumento que utilizaron fue el SF-36. Los hallazgos indicaron que según su dominio transición de salud predominó 69,8%, salud general 52,6%, función física 88,5%, rol físico 64,5 %, rol emocional 66%, función social 77,3%, dolor 77,9%, salud mental 71,7 % y vitalidad 76,9%. Concluyeron que la CVRS es buena.

Katsi y colaboradores (36), en el 2017, ejecutaron un trabajo sobre “Hipertensión arterial y CVRS”. El estudio fue observacional-prospectivo, participaron 189 personas y el instrumento que usaron fue el SF-36. Los resultados muestran que la puntuación media del componente físico fue $48,9 \pm 7,6$ y la puntuación media del componente mental fue $46,0 \pm 10,6$. Concluyeron que a mayores niveles de hipertensión más baja será la CVRS.

Burbano D, en el 2017(37), en Bogotá-Colombia, llevó a cabo un trabajo titulado “Estilos y CVRS del paciente hipertenso”. El estudio fue cuantitativo-descriptivo-transversal, participaron 151 personas y uno de los instrumentos que utilizaron fue el SF-36. Los resultados señalaron que según su dimensión dolor predominó el nivel nada en absoluto (75,4%), en vitalidad prevaleció el nivel siempre (40,3%), en salud general prevaleció el nivel bueno (52%), en función física prevaleció el nivel nunca (57%), en función emocional predominó el nivel nunca (65%) y en funcionamiento social predominó el nivel nada en absoluto (71,5%).

Se identificaron niveles altos de sobrepeso y obesidad, al igual que una dieta inadecuada, lo cual debe ser controlado. Concluyó que la CVRS fue buena.

Los centros de atención primaria y otros especialistas reportan un regreso lento pero constante de pacientes con ENT, entre ellas la HTA, a los consultorios; todo ello sucede en medio de medidas de bioseguridad mejoradas para proteger al paciente y profesional de la salud del virus. Ello hace que se valore inmediatamente a estos pacientes altamente vulnerables para tener una lectura de cómo está su condición de salud luego del prolongado encierro vivenciado en la emergencia sanitaria. De ahí la importancia de este estudio que busca evaluar la CVRS en estos pacientes que fueron relegados de atención en el primer año de pandemia. La evaluación permitirá tener un panorama más claro de cómo está la salud de estos pacientes en las diferentes dimensiones de su vida, con ello se podrá implementar acciones que puedan encausar nuevamente el control de la enfermedad y sus factores de riesgo.

Durante esta crisis sanitaria, la enfermedad ha afectado principalmente a las personas que tienen ENT como la HTA, ante ello se debe sacar lección y generar evidencia de la CVRS en estos pacientes durante la pandemia. Una revisión bibliográfica permitió constatar que no existen muchos estudios sobre el tema de CVRS en hipertensos durante la pandemia, en nuestro país aún no se realizó estudio antecedente sobre ello. Lo señalado justifica la realización de esta investigación que se dispone a aportar con conocimiento actualizado a conocer más de cerca la realidad de estos pacientes participantes.

El presente estudio busca ser un aporte en la mejora de las prácticas de salud orientadas a dar una mejor atención a los pacientes con HTA.

En cuanto a la relevancia social, los beneficiados con las mejoras que se desprendan de este estudio, serán los pacientes con HTA.

El estudio fue realizado tomando en cuenta los parámetros del método científico, el cual le confiere un marco metodológico que garantice la idoneidad de su proceso; solo así se tendrán conclusiones válidas que sean consideradas evidencia científica para emprender mejoras.

El objetivo de la presente investigación fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se ha previsto realizar la medición de variables involucradas en el problema, además los datos recolectados serán analizados mediante procedimientos de la estadística; por ello, el enfoque cuantitativo será el que se asuma. En relación a cómo conseguir los resultados en base a los objetivos ya señalados, se considera de acuerdo al alcance de la investigación que el diseño será descriptivo-transversal (38).

2.2 POBLACIÓN

En el presente estudio se consideró trabajar en base a una lista elaborada en un trabajo censal previo (fue elaborada por promotores de salud de la zona), ahí se consignaron 256 pacientes con HTA que acuden a la consulta médica. Con dichos datos se establece la fórmula para hallar la muestra considerando una población finita. Pero antes de aplicarla se consideró los criterios de inclusión y exclusión que permiten tener a los participantes de forma más precisa. Los criterios son:

Criterios de inclusión

- Pacientes hipertensos con mayoría de edad.
- Pacientes hipertensos que cuenten con historia clínica.
- Pacientes hipertensos de la jurisdicción del establecimiento de salud.
- Pacientes que participen de forma voluntaria y den su consentimiento informado cuando se le requiera.

Criterios de exclusión

- Pacientes hipertensos menores de edad.
- Pacientes hipertensos que no residan en la jurisdicción del establecimiento de salud.
- Pacientes que no deseen ser parte del estudio.

Teniendo en cuenta la aplicación de los criterios de selección se contó finalmente con 246 participantes y luego de aplicar la fórmula de población finita se obtuvo una muestra de 150 participantes.

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

n	Tamaño de la muestra	150.21
N	Tamaño de la población	246
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%

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El estudio presente cuenta como variable principal el constructo CVRS, que es cualitativa por la forma como presenta sus valores finales y su escala para medirlo es la ordinal.

Definición conceptual de variable principal:

Es la percepción de una persona sobre diversos aspectos vinculados a su vida, considerando como estos repercuten de forma positiva o negativa en su condición de salud y bienestar (39).

Definición operacional de variable principal:

Es la percepción de los pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres sobre diversos aspectos vinculados a su vida, considerando como estos repercuten de forma positiva o negativa en su

condición de salud y bienestar; ello se manifiesta en el funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, energía/fatiga, función social, función emocional, bienestar emocional y cambio de salud, el cual será valorado con el cuestionario SF-36.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

Para este estudio, durante el trabajo de campo se utilizó la técnica de la encuesta para la recolección de información. La encuesta es una técnica estandarizada en su diseño y aplicación, por ello permite recolectar muchos datos en tiempos breves. Además es una técnica que se adapta fácilmente al tipo de población que tengamos al frente. Gracias a esta técnica el clínico o investigador puede informarse de cómo piensan o perciben un grupo de informantes sobre un determinado tema de interés (40).

Instrumento de recolección de datos:

El cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) o también denominado por sus siglas en inglés health-related quality of life SF-36 es un instrumento que tiene el propósito de valorar el nivel de CVRS en personas sanas y en individuos con alguna enfermedad o limitación referida a la salud. El SF-36 es un cuestionario que ha sido diseñado en Estados Unidos durante los años 90, es importante destacar que este instrumento tiene un excelente resultado de confiabilidad y validez corroborado en distintos estudios llevados a cabo en diferentes países, además ha tenido una muy buena aceptación por los grupos de interés ya que su aplicación es sencilla y práctica en su entendimiento. A partir de ello, el SF-36 ha sido traducido a diversos idiomas del mundo. El presente cuestionario (CVRS) se encuentra estructurado por 36 preguntas y 9 dimensiones o también conocido como facetas, las cuales son las siguientes: función física, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, bienestar emocional y cambio de salud; la calificación de este instrumento se va realizar por medio de la aplicación de la escala Likert que está conformada por cinco alternativas de respuesta, siendo las siguientes: excelente, muy buena, buena, regular y malo; asimismo, se hace necesario resaltar que esta escala consta de 5 puntos. El puntaje total del cuestionario es de 100 puntos

y este se va clasificar en 5 niveles, estos son: muy baja, baja, promedio, alta, muy alta (41).

Validez y confiabilidad del instrumento:

Se determinó la validez del instrumento a través de la prueba de KMO y prueba de Bartlett arrojando los siguientes valores, KMO un 0,919 y Bartlett una sig. 0,000. Ambos valores determinan que el cuestionario SF-36 es válido (Ver: Anexo D). En cuanto a la confiabilidad se determinó a través del alpha de Cronbach, obteniendo un valor de 0,842; lo que también indica que el instrumento es fiable para su uso. (Ver: Anexo E).

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

La recolección de datos es una etapa fundamental en todo estudio, para su desarrollo y obtención de metas según lo planificado se realizaron una serie de gestiones administrativas que permitieron obtener el acceso a las instalaciones del establecimiento de salud y acceso a los pacientes participantes. La carta de visita emitida por la universidad fue el punto de partida para cumplir con las actividades señaladas en esta sección.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La recolección de datos fue realizada en el mes de enero del presente año, ahí se aplicó el instrumento a cada uno de los pacientes seleccionados. El instrumento fue diseñado en formato de formulario Google, para lo cual a través del enlace generado en dicho formulario fue visualizado el cuestionario en un Smartphone. Los pacientes seleccionados que tuvieron dificultades para completar los datos que se les solicitó fueron debidamente asistidos por el encuestador. Al estar en tiempos de pandemia y crisis sanitaria, se aplicaron todos los protocolos sanitarios que permitieron el cuidado de la salud del encuestador y los participantes de esta investigación.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El presente estudio se caracterizó por ser cuantitativo y descriptivo a la vez. Ante ello, se empleó el análisis de datos la estadística descriptiva, la cual fue aplicada

a través del software estadístico SPSS 26 en su versión en español. Los procesos específicos que se aplicaron fueron la distribución de frecuencias para mostrar datos sociodemográficos y los resultados de la variable principal y dimensiones, las medidas de tendencia central para mostrar algunos datos sociodemográficos y el cálculo de variable que permitió valorar la variable principal y cada una de las 9 dimensiones que la conforman. Los hallazgos más relevantes fueron mostrados en tablas, las cuales fueron descritas para ser más entendibles. Finalmente, se redactó la discusión de resultados y conclusiones más importantes a las que se llegó.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

El marco bioético es esencial para el desarrollo de un trabajo científico del campo de la salud, ello brinda la transparencia y garantiza el respeto de derechos y vida de los seres humanos participantes, que en este caso serán los pacientes hipertensos. Este marco necesario se basa la Declaración de Helsinki de 1964 (42), el cual hace referencia a la libre decisión y el consentimiento informado del participante. También se consideran los principios bioéticos señalados en el Reporte Belmont (43). Los principios bioéticos son tres: autonomía, beneficencia y justicia. Beauchamp y Childress (44) añadieron un cuarto principio, el de no maleficencia. Seguidamente se describe como se aplicaron.

Principio de Autonomía

Este principio que busca el cumplimiento del consentimiento informado y el reconocimiento de los derechos humanos del participante (45).

A cada paciente participante se le informó breve y claramente sobre lo que implica ser parte del estudio y a que se limita su participación, luego se le solicitó den el consentimiento informado.

Principio de beneficencia

Busca permanentemente el bienestar del participante, se debe buscar obtener el máximo beneficio posible para este (46).

Se informó a los pacientes hipertensos sobre las mejoras que pueden conseguirse a través de una investigación bien desarrollada.

Principio de no maleficencia

Busca evitar propiciar algún tipo de daño o afección al participante durante el desarrollo de la investigación (47).

Se les indicó a los usuarios que el trabajo no tiene ningún tipo de riesgo ya que no es experimental. Solo se les solicitó brinden datos en base al cuestionario que se les hizo llegar.

Principio de justicia

La bioética de justicia busca un trato homogéneo y equitativo en los participantes. (48).

A los pacientes con hipertensión se les dio un trato igualitario sin preferencia alguna.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	150	100
Edad	Min:23 Max78 Media:42,41	
Sexo del participante		
Femenino	114	76,0
Masculino	36	24,0
Estado civil		
Soltero	22	14,7
Casado	24	16,0
Conviviente	97	64,7
Divorciado(a)	5	3,3
Viudo(a)	2	1,3
Grado de instrucción		
Primaria completa	8	5,8
Secundaria completa	68	50,0
Secundaria incompleta	25	18,4
Superior incompleto	35	25,7
Condición de ocupación		
Estable	66	44,0
Eventual	56	37,3
Sin Ocupación	28	18,7
Familiar infectado por COVID-19		
Si	87	58,0
No	63	42,0
Familiar fallecido por COVID-19		
Si	9	6,0
No	141	94,0
Usted se ha contagiado de COVID-19		
Si	12	8,0
No	138	92,0

Elaboración propia

En cuanto a los datos sociodemográficos de los pacientes, la edad mínima fue 23 años, la máxima 78 y la edad promedio 42,41. En cuanto al sexo, 114 pacientes que representan el 76,0% son de sexo femenino, 36 pacientes que representan el 24,0% son de sexo masculino. En cuanto al estado civil, 97 pacientes que representan el 64,7% son convivientes, 24 pacientes que representan el 16,0% son casados, 22 participantes que representan el 14,7%

son solteros, 5 pacientes que representan el 3,3% son divorciados y finalmente 2 pacientes que representan el 1,3% son viudos. Según el grado de instrucción 68 pacientes que representan el 50,0% tienen secundaria completa, 35 pacientes que representan el 25,7% tienen superior incompleto, 25 pacientes que representan el 18,4% tienen secundaria incompleta y 8 pacientes que representan el 5,8% tienen primaria completa. Según la condición de ocupación 66 pacientes que representan el 44,0% tiene trabajo estable, 56 pacientes que representan el 37,3% tiene trabajo eventual y 28 pacientes que representan el 18,7% no tienen ocupación. En cuanto al familiar infectado por COVID-19, 87 pacientes que representan el 58,0% si tienen familiar infectado y 63 pacientes que representan el 42,0% no tienen familiar infectado. Finalmente, en cuanto al familiar fallecido por COVID-19, 141 pacientes que representan el 94,0% no tienen familiar fallecido y 9 pacientes que representan el 6,0% si tienen familiar fallecido.

Tabla 2. Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).

Valores	n	%
Muy bajo	17	11,3
Bajo	34	22,7
Promedio	12	8,0
Alta	70	46,7
Muy alto	17	11,3
Total	150	100,0

Elaboración propia

En la tabla 2, se observa que 70 pacientes que representan el 46,7% tienen un nivel alto de calidad de vida, seguido de 34 pacientes que representan el 22,7% tienen un nivel bajo, 17 pacientes que representan el 11,3% un nivel muy bajo, 17 pacientes que representan el 11,3% tienen un nivel muy alto y 12 pacientes que representan el 8,0% tienen un nivel promedio.

Tabla 3. Calidad de vida relacionada con la salud según funcionamiento físico durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).

Valores	n	%
Muy bajo	34	22,7
Bajo	5	3,3
Promedio	24	16,0
Alta	33	22,0
Muy alto	54	36,0
Total	150	100,0

Elaboración propia

En la tabla 3, se observa que 54 pacientes que representan el 36,0% tienen un nivel muy alto, seguido de 34 pacientes que representan el 22,7% tienen un nivel muy bajo, 33 pacientes que representan el 22,0% un nivel alto, 24 pacientes que representan el 16,0% tienen un nivel promedio y 5 pacientes que representan el 3,3% tienen nivel bajo.

Tabla 4. Calidad de vida relacionada con la salud según rol en funcionamiento / físico durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).

Valores	n	%
Muy bajo	51	34,0
Bajo	0	0,0
Promedio	4	2,7
Alta	23	15,3
Muy alto	72	48,0
Total	150	100,0

Elaboración propia

En la tabla 4, se observa que 72 participantes que representan el 48,0% tienen un nivel muy alto, seguido de 51 participantes que representan el 34,0% un nivel muy bajo, 23 participantes que representan el 15,3% un nivel alto y 4 participantes que representan el 2,7% un nivel promedio.

Tabla 5. Calidad de vida relacionada con la salud según dolor durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).

Valores	n	%
Muy bajo	23	15,3
Bajo	0	0,0
Promedio	25	16,7
Alta	15	10,0
Muy alto	87	58,0
Total	150	100,0

Elaboración propia

En la tabla 5, se observa que 87 pacientes que representan el 58,0% tienen un nivel muy alto, 25 pacientes que representan el 16,7% un nivel promedio, 23 pacientes que representan el 15,3% un nivel muy bajo y 15 pacientes que representan el 10,0% tienen un nivel alto.

Tabla 6. Calidad de vida relacionada con la salud según salud general durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).

Valores	n	%
Muy bajo	12	8,0
Bajo	48	32,0
Promedio	83	55,3
Alto	7	4,7
Muy alto	0	0,0
Total	150	100,0

En la tabla 6, se observa que 83 pacientes que representan el 55,3% tienen un nivel promedio, 48 pacientes que representan el 32,0% tienen un nivel bajo, 12 pacientes que representan el 8,0% nivel muy bajo y 7 pacientes que representan el 4,7% un nivel alto.

Tabla 7. Calidad de vida relacionada con la salud según energía/fatiga durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).

Valores	n	%
Muy bajo	4	2,7
Bajo	37	24,7
Promedio	70	46,7
Alta	25	16,7
Muy alto	14	9,3
Total	150	100,0

Elaboración propia

En la tabla 7, se observa que 70 pacientes que representan el 46,7% presentan un nivel promedio, seguido de 37 pacientes que representan el 24,7% un nivel bajo, 25 pacientes que representan el 16,7% nivel alto, 14 pacientes que representan el 9,3% un nivel muy alto y 4 pacientes que representan el 2,7% un nivel muy bajo.

Tabla 8. Calidad de vida relacionada con la salud según función social durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).

Valores	n	%
Muy bajo	20	13,3
Bajo	31	20,7
Promedio	19	12,7
Alto	62	41,3
Muy alto	18	12,0
Total	150	100,0

Elaboración propia

En la tabla 8, se observa que 62 pacientes que representan el 41,3% tienen un nivel alto, seguido de 31 pacientes que representan el 20,7% un nivel bajo, 20 participantes que representan el 13,3% un nivel muy bajo, 19 participantes que representan el 12,7% nivel promedio y 18 participantes que representan el 12,0% un nivel muy alto.

Tabla 9. Calidad de vida relacionada con la salud según función emocional durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).

Valores	n	%
Muy bajo	51	34,0
Bajo	5	3,3
Promedio	0	0,0
Alta	17	11,3
Muy alto	77	51,3
Total	150	100,0

Elaboración propia

En la tabla 9, se observa que 77 participantes que representan el 51,3% presentan un nivel muy alto, 51 participantes que representan el 34,0% un nivel muy bajo, 17 participantes que representan el 11,3% un nivel alto y 5 participantes que representan el 3,3% un nivel bajo.

Tabla 10. Calidad de vida relacionada con la salud según bienestar emocional durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).

Valores	n	%
Muy bajo	1	0,7
Bajo	42	28,0
Promedio	32	21,3
Alta	72	48,0
Muy alto	3	2,0
Total	150	100,0

Elaboración propia

En la tabla 10, en cuanto a la dimensión bienestar emocional, 72 participantes que representan el 48,0% tienen un nivel alto, 42 participantes que representan el 28,0% un nivel bajo, 32 participantes que representan el 21,3% nivel promedio, 3 participantes que representan un 2,0% nivel muy alto y 1 participante que representa un 0,7% tienen un nivel muy bajo.

Tabla 11. Calidad de vida relacionada con la salud según cambio de salud durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022 (N=150).

Valores	n	%
Muy bajo	28	18,7
Bajo	0	0,0
Promedio	42	28,0
Alta	71	47,3
Muy alto	9	6,0
Total	150	100,0

Elaboración propia

En la tabla 11, se observa que 71 pacientes que representan el 47,3% tienen un muy alto, seguido de 42 pacientes que representan el 28,0% un nivel promedio, 28 pacientes que representan el 18,7% un nivel muy bajo y 9 pacientes que representan el 6,0% tienen un nivel muy alto.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

La hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades cardiovasculares, lo que contribuye a disminuir la CV de las personas. La relación entre la hipertensión y la CVRS ha sido valorada en muchos estudios, habiéndose encontrado que los niveles de CVRS tienden a ser más bajos en individuos hipertensos en comparación con los individuos que no presentan hipertensión. Es por ello, que a partir de esa preocupación de la condición de salud de los pacientes hipertensos participantes este estudio valoró la CVRS durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud ubicado en Lima Norte.

En cuanto al objetivo general se observa que en relación a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes hipertensos, un total de 70 participantes (46,7%) tienen un nivel alto, 34 participantes (22,7%) tienen un nivel bajo, 17 participantes (11,3%) tienen un nivel muy bajo, 17 participantes (11,3%) tienen un nivel muy alto y 12 participantes (8,0%) tienen un nivel promedio. Existe un 34% de participantes con una CVRS entre baja y muy baja, lo cual es preocupante. Una de las razones puede deberse al mal control, no adherencia al tratamiento farmacológico y a la presencia de factores de riesgo modificables que generan impactos negativos en los resultados de salud de estas personas. Se sabe que la CV de las personas con hipertensión se ve afectada por cuestiones relacionadas con la existencia misma de la enfermedad y su naturaleza crónica; el diagnóstico de la enfermedad; su impacto negativo en el bienestar físico, emocional y social del paciente; y aspectos relacionados con el tratamiento farmacológico (49). Un estudio similar al nuestro fue realizado por Lichardo U. (32), quien señala que predominó el nivel muy alto con 55,2%, promedio con 12%, alto y muy bajo con 11,2% y bajo con 10,4%; quienes obtuvieron niveles mejores de CV fue debido a que tuvieron mejores cuidados y control de su salud. Martínez y colaboradores (33), señalan en su estudio que predominó el nivel muy alto con 62,40%, promedio con 26,30%, bajo con 10,20% y alto con 1,10%. Es importante conocer los factores más importantes que determinan la CV, así como llevar un control de salud continuo y acompañado

de la práctica de estilos de vida saludables, todo ello se refleja en la CV y condición de salud en general de estos pacientes.

En cuanto al funcionamiento físico, 54 participantes (36,0%) tienen un nivel muy alto, 34 participantes (22,7%) tienen un nivel muy bajo, 33 participantes (22,0%) tienen un nivel alto, 24 participantes (16,0%) tienen un nivel promedio y 5 participantes (3,3%) tienen un nivel bajo. Existe un 26% de participantes con una CVRS entre baja y muy baja, lo cual nos lleva a reflexionar sobre las acciones de cuidado que se deben reforzar en estos pacientes.

En cuanto al rol físico, 72 participantes (48,0%) tienen un nivel muy alto, 51 participantes (34,0%) tienen un nivel muy bajo, 23 participantes (15,3%) tienen un nivel alto y 4 participantes (2,7%) tienen un nivel promedio. Existe un 34% de participantes con una CVRS muy baja. El ejercicio físico ha demostrado ser una herramienta eficaz y complementaria para el manejo de la hipertensión, sus beneficios periféricos han sido ampliamente respaldados por estudios relacionados (50). Sin embargo, Lichardo U. (32), señala que según su dimensión rol físico prevaleció el nivel muy bajo con 46,4%, esto debido a la edad y la enfermedad.

En cuanto al dolor, 87 participantes (58%) tienen un nivel muy alto, 25 participantes (16,7%) tienen un nivel promedio, 23 participantes (15,3%) tienen un nivel muy bajo y 15 participantes (10%) tienen un nivel alto. El dolor se asocia a los problemas físicos y a la edad del paciente. Para Martínez y colaboradores (33), según su dimensión función física prevaleció CV muy alto con 38,7%, según su dimensión rol físico predominó CV muy alto con 60,8%, en dimensión dolor predominó CV muy alto con 63%. Los dominios de la CV como función física, rol físico y dolor están asociados, la falta de control y la presencia de factores de riesgo condicionan que la CV se deteriore y se valore como deficiente. Xiao y colaboradores (34), señalaron que la función física se relaciona con la edad ($P < 0,0001$), dolor corporal se relaciona con la edad ($P = 0,0231$) y salud general tiene relación con la educación ($P = 0,0065$); sin embargo, la investigación de Serrano y colaboradores (35), señaló que según su dominio transición de salud predominó 69,8%, función física 88,5%, rol físico 64,5 %. El manejo adecuado de la enfermedad conduce a tener valores óptimos en la CV. Burbano D (37),

señala que según la dimensión función física prevaleció el nivel nunca (57%), además agregan que se identificaron niveles altos de sobrepeso y obesidad, al igual que una dieta inadecuada y ello puede influir en niveles de CV no buenos. Es importante que el profesional de la salud enfatice en la promoción de estilos de vida saludables; entre ellos, la actividad física que debe ser dosificada de acuerdo a la condición de salud del paciente.

En cuanto a la salud general, 83 participantes (55,3%) tienen un nivel promedio, 48 participantes (32,0%) tienen un nivel bajo, 12 participantes (8,0%) tienen un nivel muy bajo y 7 participantes (4,7%) tienen un nivel alto. El estudio de Lichardo U. (32), señala que según su dimensión salud general prevaleció el nivel alto de CV con 33,6%. La forma como se perciba la salud general dependerá de la condición de salud, que a su vez depende de cómo van los cuidados que deben tener estos pacientes y su control de salud.

En cuanto a la vitalidad, 70 participantes (46,7%) tienen un nivel promedio, 37 participantes (24,7%) tienen un nivel bajo, 25 participantes (16,7%) tienen un nivel alto, 14 participantes (9,3%) tienen un nivel muy alto y 4 participantes (2,7%) tienen un nivel muy bajo. La detección temprana y el tratamiento adecuado de la HTA son componentes claves de la estrategia general para reducir la carga de enfermedad cardiovascular y mantener la CV de estos pacientes en niveles adecuados. La OMS recomienda que se diseñen estrategias de promoción de la salud para mejorar el conocimiento sobre la salud de las personas, cambiar actitudes o implementar estrategias de autocuidado, más allá de la adopción de estilos de vida saludables (51). Lichardo U. (32), señala que según su dimensión vitalidad prevaleció el nivel alto con 43,2%. Martínez y colaboradores (33), señalan que según la dimensión salud general predominó el nivel promedio con 55,9% y según su dimensión vitalidad predominó el nivel muy alto con 62,9%, Burbano D (37), señaló que según su dimensión dolor predominó el nivel nada en absoluto (75,4%), en vitalidad prevaleció el nivel siempre (40,3%) y salud general prevaleció el nivel bueno (52%). El peso corporal, la salud física y salud mental, cuando están afectados, se expresa en la vitalidad y CV más baja.

En cuanto al funcionamiento social, 62 participantes (41,3%) tienen un nivel alto, 31 participantes (20,7%) tienen un nivel bajo, 20 participantes (13,3%) tienen un nivel muy bajo, 19 participantes (12,7%) tienen un nivel promedio y 18 participantes (12,0%) tienen un nivel muy alto. La función social es fundamental en la vida de toda persona, el ser humano es un ser social por excelencia. En esta pandemia dicha función ha sido restringida por las medidas extremas tomadas por los diferentes países para frenar el avance del coronavirus. El estudio realizado por Lichardo U. (32), señala que según su dimensión función social predominó el nivel promedio con 36%. Burbano D (37), señala que según la dimensión funcionamiento social predominó el nivel nada en absoluto (71,5%). Concluyó que la CVRS fue buena. Martínez y colaboradores (33), señalan que función social predominó el nivel muy alto con 42,5%.

En cuanto a la función emocional, 77 participantes (51,3%) tienen un nivel alto, 51 participantes (34,0%) tienen un nivel muy bajo, 17 participantes (11,3%) tienen un nivel alto y 5 participantes (3,3%) tienen un nivel bajo. En cuanto al bienestar emocional, 72 participantes (48,0%) tienen un nivel alto, 42 participantes (28,0%) tienen un nivel bajo, 32 participantes (21,3%) tienen un nivel promedio, 3 participantes (2,0%) tienen un nivel muy alto y 1 participante (0,7%) tienen un nivel muy bajo. Lichardo U. (32), señala que según su dimensión rol emocional predominó el nivel muy alto con 46,4%. Martínez y colaboradores (33), señalan que según su dimensión rol emocional prevaleció el nivel muy alto con 58,6%, salud mental predominó el nivel muy alto con 63,4% y transición de salud predominó el nivel promedio con 74,2%, concluyeron que la CVRS fue muy alta. Otro estudio realizado por Xiao y colaboradores (34), indica que la función social tiene relación con el sexo ($P=0,0081$) y salud mental también se relaciona con el sexo ($P=0,0046$), el estudio concluye que la CVRS fue baja producto a la carga económica de la hipertensión. El estudio de Serrano y colaboradores (35), señala que según el rol emocional 66%, función social 77,3%, dolor 77,9%, salud mental 71,7 % y vitalidad 76,9%, concluyeron que la CVRS buena. Otros estudios también mencionan que el apoyo social adecuado y disponible fue un factor que favorece el tratamiento y la adherencia de los pacientes con hipertensión y les permitió afrontar la enfermedad de forma eficaz (52). Los problemas de salud mental están fuertemente correlacionados con el

éxito de las estrategias de manejo de la hipertensión. Las personas con hipertensión son más propensas a sufrir depresión y ansiedad. Por lo tanto, aumentar la conciencia de la población sobre la salud mental y aumentar el acceso a los recursos de salud mental a través de programas comunitarios concretos reduciría en gran medida dichos problemas y optimizaría las posibilidades de éxito en el control de los problemas relacionados con la hipertensión (53).

En cuanto al cambio de salud, 71 participantes (47,3%) tienen un nivel muy alto, 42 participantes (28,0%) tienen un nivel promedio, 28 participantes (18,7%) tienen un nivel muy bajo y 9 participantes (6,0%) tienen un nivel muy alto. La hipertensión es el principal factor de riesgo independiente de mortalidad asociado con enfermedades cardiovasculares, también se considera una de las causas más importantes de muerte. Las condiciones sociales, los estilos de vida individuales/grupales y los factores biológicos son una consideración crucial en la determinación de políticas para mejorar la salud de la población (52). La investigación de Katsi y colaboradores (36), señala que a mayores niveles de hipertensión más baja será la CVRS. El control periódico de salud, la práctica de estilos de vida saludables y mantener los valores de la presión sistólica en valores normales es fundamental en esta enfermedad.

Los síntomas de la hipertensión con las complicaciones que los acompañan dan como resultado una reducción significativa en la CV de los pacientes. La realización eficaz del tratamiento farmacológico prescrito y apoyado por la práctica de un estilo de vida saludable permite lograr efectos satisfactorios del tratamiento, lo que se traduce en una mejora en la calidad de vida de los pacientes (54).

Es fundamental que en estos tiempos de pandemia no se descuide el cuidado de la población en relación al control de las ENT y la HTA. El proceso de vacunación y la atención de pacientes con COVID-19 dejaron en segundo plano estas enfermedades con alta prevalencia en el mundo y nuestro país; ahora con las restricciones sociales, el confinamiento, cuarentenas, estudio virtual y trabajo remoto, puede haberse agudizado la situación de estas. Por ello, es fundamental que los establecimientos de salud retomen progresivamente la atención en salud

y generen acciones para que los pacientes y personas de la jurisdicción vuelvan a los controles rutinarios y retomen el tratamiento que en muchos casos fue interrumpido o fue intermitente. El personal enfermero del establecimiento de salud debe reforzar las actividades de promoción de la salud atacando fundamentalmente los factores de riesgo modificables asociadas a esta enfermedad crónica.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes, tuvo mayor prevalencia el nivel alto.
- En cuanto a la dimensión funcionamiento físico, predominó el nivel muy alto.
- En cuanto a la dimensión rol físico, predominó el nivel muy alto.
- En cuanto a la dimensión dolor, predominó el nivel muy alto.
- En cuanto a la dimensión salud general, predominó el nivel promedio.
- En cuanto a la dimensión vitalidad, predominó el nivel promedio.
- En cuanto a la dimensión funcionamiento social, predominó el nivel alto.
- En cuanto a la dimensión función emocional, predominó el nivel muy alto.
- En cuanto a la dimensión bienestar emocional, predominó el nivel alto.
- En cuanto a la dimensión cambio de salud, prevaleció el nivel muy alto.

4.3 RECOMENDACIONES

- El establecimiento de salud de la zona debe considerar la apertura progresiva de la atención de personas con ENT como la HTA, actividad que estuvo restringida severamente en los casi 2 últimos años. Estos pacientes son altamente vulnerables para el COVID-19, por ello se les debe hacer un seguimiento y control cercano. La estrategia a ser aplicada debe implicar acercarse nuevamente a estos pacientes, en especial a los que su CVRS es deficiente.
- Las acciones de salud deben centrarse en valorar los factores de riesgo presentes en los individuos, en especial los que son de carácter modificable.
- La educación en salud es fundamental en estos pacientes que deben cambiar sus estilos de vida (alimentación, ejercicio, sueño), además de mantener su peso y valores de presión sistólica entre los rangos normales.
- En estudios posteriores, se sugiere abordar este problema de salud pública desde otros enfoques de investigación como el cualitativo y mixto. Ello permitirá tener un mayor panorama de análisis de la situación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Algahtani FD, Hassan SUN, Alsaif B, Zrieq R. Assessment of the quality of life during covid-19 pandemic: A cross-sectional survey from the kingdom of Saudi Arabia. *Int J Environ Res Salud Pública*. [Internet]. 2018 [citado 6 diciembre de 2021];18(3):2-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7863741/pdf/ijerph-18-00847.pdf>
2. Fayers P, Machin D. *Quality of Life. The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* [Internet]. 2ª ed. Nueva York-Estados Unidos: Wiley; 2013 [citado 6 diciembre de 2021]. 983 p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7088708/>
3. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference?. *PharmacoEconomics* [Internet]. 2016 [citado 4 de diciembre de 2021];34(7):645-649. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40273-016-0389-9>
4. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2021 [actualizado en agosto de 2021; citado 22 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_1
5. Sang S, Kang N, Liao W, Wu X, Hu Z, Liu X. The influencing factors of health-related quality of life among rural hypertensive individuals: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2021 [citado 4 de noviembre de 2021];19(244):1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34663349/>
6. Alefishat E, Jarab A, Abu Farha R. Factors affecting health-related quality of life among hypertensive patients using the EQ-5D tool. *International Journal of Clinical Practice* [Internet]. 2020 [citado 5 de julio de 2021];74(9):1-22. Disponible en: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijcp.13532#:~:text=Gender%2C%20monthly%20income%2C%20number%20of,value%20\(P-value%3C](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijcp.13532#:~:text=Gender%2C%20monthly%20income%2C%20number%20of,value%20(P-value%3C)

7. Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus Resource Center [Internet]. Baltimore-USA: JHU; 2021 [actualizado en octubre de 2021; citado 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
8. Muhamad S, Ugusman A, Kumar J, Skiba D, Hamid A, Aminuddin A. COVID-19 and Hypertension: The What, the Why, and the How. *Frontiers in Physiology* [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];12:1-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34012410/>
9. Worku C, Asasahegn A, Hagos D, Ashenafi E, Tamene F, Addis G. Knowledge on Hypertension and Self-Care Practice among Adult Hypertensive Patients at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia, 2019. *International Journal of Hypertension* [Internet] 2020 [citado 2 de noviembre de 2021];20:1-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32373351/>
10. Alshammari S, Alajmi A, Albarrak R, Alaqil A, Alsaeed G, Alzayed M. Quality of Life and Awareness of Hypertension Among Hypertensive Patients in Saudi Arabia. *Cureus* [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];13(5):1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34113508/>
11. Akbaş O, Tuncer Ö. Assessment of the Functional Health Status of Hypertension Patients in Family Medicine. *Hamidiye Medical Journal* [Internet]. 2018 [citado 10 de noviembre de 2021];2(1):13-19. Disponible en: https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_47224/hamidiyemedj-2-13-En.pdf
12. Shah R, Patel J, Shah A, Desai G, Buch J. Determinants of health-related quality of life in patients with hypertension. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology* [Internet]. 2020 [citado 21 de noviembre de 2021];10(3):262-268. Disponible en: <https://www.njppp.com/fulltext/28-1580879504.pdf?1637511148>

13. Ran L, Li M, Tan X, Chen Q. 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 [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];16(2):1-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33529252/>
14. Zheng E, Xu J, Xu J, Zeng X, Jie W, Li J, et al. Health-Related Quality of Life and Its Influencing Factors for Elderly Patients With Hypertension: Evidence From Heilongjiang Province, China. Front Public Health [Internet] 2021 [citado 16 de diciembre de 2021];9:1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33796501/>
15. Zhang Q, Huang F, Zhang L, Li S, Zhang J. The effect of high blood pressure-health literacy, self-management behavior, self-efficacy and social support on the health-related quality of life of Kazakh hypertension patients in a low-income rural area of China. BMC Public Health. [Internet]. 2021 [citado 7 julio 2021];21(1):11-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8194055/>
16. O Akonoghrere R, C Aghoja O, B Betiku O, E Adje Z, C Oparah Z. An Assessment of Quality of Life of Hypertensive Patients Visiting a Hospital in Warri, Nigeria. Acta Scientific Pharmaceutical Sciences [Internet]. 2020 [citado 2 de noviembre de 2021];4(7):49-54. Disponible en: <https://www.actascientific.com/ASPS/pdf/ASPS-04-0556.pdf>
17. Khoirunnisa S, Akhmad A. Quality of life of patients with hypertension in primary health care in Bandar Lampung. Indonesian Journal of Pharmacy [Internet]. 2019 [citado 2 de noviembre de 2021];30(4):309-315. Disponible en: <https://indonesianjpharm.farmasi.ugm.ac.id/index.php/3/article/view/1470>
18. Ministerio de Salud. Minsa estima que pacientes con hipertensión arterial aumentarían en 20% durante la pandemia [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [actualizado en mayo de 2021; citado en diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/493681-minsa-estima-que-pacientes-con-hipertension-arterial-aumentarian-en-20-durante-la->

pandemia

19. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 39,9% de peruanos de 15 y más años de edad tiene al menos una comorbilidad [Internet]. Lima-Perú: INEI; 2021 [actualizado en abril de 2021; citado 7 de diciembre de 2021]. 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/>
20. Sitlinger A, Yousuf S. Health-Related Quality of Life The Impact on Morbidity and Mortality. *Surg Oncol Clin N Am* [Internet]. 2018 [citado 9 de diciembre de 2021];27(4):675–684. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6428416/>
21. Brouwers S, Sudano I, Kokubo Y, Sulaica E. Arterial hypertension. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado 9 de diciembre de 2021];398(10296):249-261. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34019821/>
22. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos Gemma. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 [citado 9 de diciembre de 2021];19(2):1-14. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
23. Zhang X, Li X, Sun Z, He Y, Xu W, Campbell H, et al. Physical activity and COVID-19: an observational and Mendelian randomisation study. *J Glob Health*. [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de 2021];10(2):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7719276/>
24. Yeo T. Sport and exercise during and beyond the COVID-19 pandemic. *Eur J Prev Cardiol*. [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de 2021];27(12):1239-1241. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7717326/>
25. Shanthanna H, Strand N, Provenzano D, Lobo C, Eldabe S, Bhatia A, et al. Caring for patients with pain during the COVID-19 pandemic: consensus

- recommendations from an international expert panel. *Anaesthesia*. [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de 2021];75(7):935-944. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32259288/>
26. World Health Organization. How does WHO define health? [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2021 [actualizado en setiembre de 2021; citado 9 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
 27. Brenman N. Pandemic vitality: on living and being alive in lockdown. *Soc Anthropol*. [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de 2021];12:1-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7272990/>
 28. Smith B, Lim M. How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Res Pract*. [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de 2021];30(2):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32601651/>
 29. Hossain M, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID- 19: a review. *F1000Res*. [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de 2021];9:1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093946/>
 30. Levenson R. Stress and Illness: A role for specific emotions. *Psychosom Med*. [Internet]. 2019 [citado 9 de diciembre de 2021];81(8):720–730. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6786949/>
 31. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una re?exión en torno a su comprensión. *Enfermerja Universitaria* [Internet]. 2018 [citado 9 de diciembre de 2021];8(4):3-6. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/248>
 32. Lichardo U. Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento de salud de Surquillo-2019 [tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019 [citado 9 de diciembre de 2021]. Disponible en:

http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3436/T061_45193421_T.pdf?sequence=3&isAllowed=y

33. Martinez 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 de grado]. Lima - Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018 [citado 9 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uh.edu.pe/handle/uch/254>
34. 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. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2019 [citado 8 de diciembre de 2021];16(13):2348. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6652141/>
35. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Médica* [Internet]. 2018 [citado 8 de diciembre de 2021];9(2):146-151. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2017/md172g.pdf>
36. Katsi V, Kallistratos M, Koutoungelos K, Sakkas P, Souliotis K, Tsioufis C, et al. Arterial Hypertension and Health-Related Quality of Life. *Psychiatry*. [Internet]. 2017 [citado 9 de diciembre de 2021];8:270. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5722974/>
37. Burbano D. Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso [tesis de grado]. Bogota-Colombia: Universidad Nacional de Colombia Facultad; 2017 [citado 9 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/62063/dairavanesaburbanorivera.2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill; 2018. 753 p.
39. 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* [Internet]

- 2021 [citado 25 de octubre de 2021];10(282):1-10. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/10-282>
40. Phillips AW, Durning SJ, Artino AR. Survey methods for medical and health professions education. Philadelphia-USA: Elsevier; 2021. 136 p.
 41. Ware J. SF-36 Health Survey Update. Spine [Internet]. 2000 [citado 27 de diciembre de 2021];25(24):3130-3139. Disponible en: https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/SF_36_Health_Survey_Update.8.aspx
 42. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. Ain-Francia: WMA; 1964 [actualizado en agosto de 2021; citado 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
 43. Brothers KB, Rivera SM, Cadigan RJ, Sharp RR, Goldenberg AJ. A Belmont Reboot: Building a Normative Foundation for Human Research in the 21st Century. J Law Med Ethics [Internet]. 2019 [citado 10 de enero de 2022];47(1):165-172. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
 44. Gómez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2009 [citado 10 de enero de 2022];55(4):230-233. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>
 45. Mazo H. La autonomía: principio ético contemporáneo. Revista Colombiana de Ciencias Sociales [Internet]. 2012 [citado 9 de diciembre de 2021];3(1): 115-132. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/400244>
 46. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. [Internet]. 2010 [citado el 9 de diciembre de 2021];22:121-157. Veritas. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>

47. Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *American Journal of Ophthalmology* [Internet]. 2015 [citado 9 de diciembre de 2021];28(2):228-233. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61154>
48. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2017 [citado 9 de diciembre de 2021];63(4):555-564. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a07v63n4.pdf>
49. Chin Y, Lee I, Lee H. Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly Korean individuals: A population-based cross-sectional survey. *Asian Nursing Research* [Internet]. 2014 [citado 09 de junio de 2021];8:267-273. Disponible en: <https://www.asian-nursingresearch.com/action/showPdf?pii=S1976-1317%2814%2900066-8>
50. Rêgo M, Cabral D, Costa E, Fontes E. Physical Exercise for Individuals with Hypertension: It Is Time to Emphasize its Benefits on the Brain and Cognition. *Clinical Medicine Insights: Cardiology* [revista en Internet] 2019 [acceso 03 de enero de 2022]; 13(1): 1-10. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6444761/pdf/10.1177_1179546819839411.pdf
51. Alves E, Costa A, Moura-Ferreira P, Azevedo A, Lunet N. Health-related knowledge on hypertension among the Portuguese population: results from a population-based survey. *Blood Pressure* [Internet]. 2018 [citado 04 de enero de 2022];27(4):194-199. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08037051.2018.1430503?nedAccess=true>
52. Tan S, Quek R, Haldane V, Koh J, Han E, Ong S, et al. The social determinants of chronic disease management: Perspectives of elderly patients with hypertension from low socio-economic. *International Journal for Equity in Health* [Internet]. 2019 [citado 28 de junio de 2019];18(2019):1-

14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6318975/>
53. Turana Y, Tengkawan J, Chia Y, Shin J, Chen C, Park S, et al. Mental health problems and hypertension in the elderly: Review from the HOPE Asia Network. *Journal of Clinical Hypertension* [Internet]. 2021 [citado 03 de enero de 2022];23(3):504-512. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8029564/pdf/JCH-23-504.pdf>
54. Snarska K, Chorąży M, Szczepański M, Wojewódzka M, Ładny J. Quality of life of patients with arterial hypertension. *Medicina* [Internet]. 2020 [citado 03 de enero de 2022];56(9):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7559811/pdf/medicina-56-00459.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CVRS								
TÍTULO: Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022								
Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Calidad de vida relacionada a la salud	Tipo de variable según su naturaleza:	Es la percepción de una persona sobre diversos aspectos vinculados a su vida, considerando como estos repercuten de forma positiva o negativa en su condición de salud y bienestar (39).	Es la percepción de los pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres sobre diversos aspectos vinculados a su vida, considerando como estos repercuten de forma positiva o negativa en su condición de salud y bienestar, ello se manifiesta en el funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, energía/fatiga, función social, función emocional, bienestar emocional y cambio de salud, el cual será valorado con el cuestionario SF-36.	*Funcionamiento físico	Actividad física vigorosa	10 (3-4-5- 6-7, 8-9-10-11-12)	*CV Muy Baja *CV Baja *CV Promedio *CV Alta *CV Muy Alta	0 a 20 puntos 21 a 40 puntos 41 a 60 puntos 61 a 80 puntos 81 a 100 puntos Se realizó una reconversión de los valores de puntaje bruto obtenido inicialmente luego de sumar los puntos de las alternativas señalada por los participantes, luego estos son convertidos a una escala de 0-100.
	Cualitativa			*Rol en funcionamiento / físico	Buena salud física para trabajar	4 (13-14-15-16)		
	Escala de medición: Ordinal			*Dolor	Presencia de dolor	2 (21-22)		
				*Salud general	Valoración de la salud.	5 (1-33-34-35-36)		
				*Energía / fatiga	Entusiasmo para hacer actividades	4 (23-27-29-31)		
				*Función social	Interacciones con los demás	2 (20-32)		
				*Función emocional	Equilibrio emocional	3 (17-18-19)		
				*El bienestar emocional	Tranquilidad-seguridad	5 (24-25- 26-28-30)		
				*Cambio de salud	Percepción de su salud (desde hace un año)	1 (2)		

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario versión formulario Google

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD SF-36

Estamos realizando un trabajo de investigación cuyo objetivo es determinar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio externo. Ante ello solicitamos su apoyo para responder las siguientes preguntas.

Edad en años *

Texto de respuesta corta

Sexo *

Femenino

Masculino

Estado Civil *

Soltero (a)

Casado (a)

Cuestionario versión completa

CALIDAD DE VIDA RELACIONADO EN LA SALUD – SF36

I. PRESENTACIÓN

Estamos realizando un trabajo de investigación cuyo objetivo es determinar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a un consultorio externo. Ante ello solicitamos su apoyo para responder las siguientes preguntas.

II. DATOS GENERALES

Edad: _____ años

Sexo:

() Femenino () Masculino

Estado Civil

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

Nivel de instrucción: () Sin instrucción () Primaria () Secundaria ()

Superior técnico () Superior universitario

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

Usted se ha contagiado de COVID-19: __ Si __ No

III. INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan enunciados. Conteste marcando solo una respuesta según lo que usted perciba a su calidad de vida.

1. Según su estado de ánimo, su sueño, su iniciativa diaria; usted diría que su salud general es:
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Excelente (1)	Muy buena (2)	Buena (3)	Regular (4)	Mala (5)
Mucho mejor ahora que hace un año 1	Algo mejor ahora que hace un año 2	Más o menos igual que hace un año 3	Algo peor ahora que hace un año 4	Mucho peor ahora que hace un año 5

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

		Sí, me limita mucho (1)	Sí, me limita un poco (2)	No, no me limita Nada (3)
3.	Su salud actual, ¿le limita hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes que lo cansen demasiado?			
4.	Su salud actual, ¿le limita hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, trapear, barrer, jugar con la pelota o caminar más de una hora?			
5.	Su salud actual, ¿le limita coger o llevar la bolsa de la compra?			
6.	Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?			
7.	Su salud actual, ¿le limita o molesta subir un solo piso por la escalera?			
8.	Su salud actual, ¿le limita o no le permite agacharse o arrodillarse?			
9.	Su salud actual, ¿le limita caminar un kilómetro o más?			
10.	Su salud actual, ¿le limita caminar varias cuadras? (más de cinco cuadras)			
11.	Su salud actual, ¿le limita caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
12.	Su salud actual, ¿le limita bañarse o vestirse por sí mismo?			

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

		SI (1)	NO (2)
13	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
14	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer (trabajar, ejercicios, cocinar, estudiar), a causa de su salud física?		
15	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
16	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?		

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

		SI (1)	NO (2)
17	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?		
18	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos actividades diarias de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?		
19	Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?		

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

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

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

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
1	2	3	4	5	6

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

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han dicho las cosas durante las 4 últimas semanas. en cada pregunta responda lo que parezca más a cómo se ha sentido usted.

		Siempre (1)	Casi siempre (2)	Muchas veces (3)	Algunas veces (4)	Solo alguna vez (5)	Nunca (6)
23	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
24	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?						
25	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
26	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
27	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
28	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29	Durante las 4 últimas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?						
30	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?						

31	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado o sin ánimo?						
----	--	--	--	--	--	--	--

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

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo algunas veces	Nunca
1	2	3	4	5

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTO O FALSO CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

		Totalmente cierta (1)	Bastante cierta (2)	No lo sé (3)	Bastante falsa (4)	Totalmente falsa (5)
33	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.					
34	Estoy sano como cualquiera					
35	Creo que mi salud va a empeorar					
36	Mi salud es excelente					

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Está siendo invitado a ser partícipe de la siguiente investigación por lo tanto le sugerimos tenga en cuenta los siguientes puntos. Recuerde que si tiene alguna duda puede consultar al investigador a cargo

-Título del proyecto:

Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022.

-Nombre de los investigadores principales:

Hoyos Muñoz Elita

-Propósito del estudio: Determinar la calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martín de Porres, 2022.

-Beneficios por participar: Ud. Puede solicitar los resultados del estudio ni bien culmine este.

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

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

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

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

-Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Hoyos Muñoz Elita, coordinadora de equipo.

-Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gomez, presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la Av. Universitaria N°5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: comite_etica@uch.edu.pe.

-Participación voluntaria:

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

-DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro haber leído todo lo señalado anteriormente, por ello no tengo dudas ni incomodidades de aceptar participar voluntariamente del presente estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del encuestador(a)	Firma
Hoyos Muñoz Elita	
Nº de DNI	
43196338	
Nº teléfono	
96871552	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, 10 de diciembre de 2021

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante

Anexo D. Validez del instrumento

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,919
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	7187,472
	gl	630
	Sig.	,000

Anexo E. Confiabilidad del instrumento

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,842	36

La confiabilidad del instrumento se determinó a través del alpha de Cronbach, obteniendo un valor de 0,842.