

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**“RELACIÓN ENTRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CALIDAD DE VIDA DE
LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DEL
HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR – CAJAMARCA. 2023”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTOR:

M.C. FRANCISCO PUITIZA VERGARAY

ASESOR:

M.Cs. IVAN ULISES QUIROZ MENDOZA

Código ORCID: 000-002-2950-2886

CAJAMARCA, PERÚ

2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Francisco Puitiza Vergaray
DNI. 18990118
Escuela Profesional/Unidad UNC: Unidad de Segunda Especialización – Residentado Médico
2. Asesor: M.C. Iván Ulises Quiroz Mendoza
Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
3. Grado Académico o título Profesional: Segunda Especialidad - Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
4. Tipo de Investigación: Trabajo Académico
5. Título de Trabajo de Investigación: **"RELACIÓN ENTRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR – CAJAMARCA. 2023"**
6. Fecha de Evaluación: 05/12/2024
7. Software Antiplagio: TURNITIN
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 11%
9. Código Documento: oid: 3117:412936967
10. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 05 de Diciembre del 2024



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Md. MC. Wilder A. Guevara Ortiz
DIRECTOR

I.- GENERALIDADES

1. TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Relación entre hipertensión arterial y calidad de vida de los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Simón Bolívar – Cajamarca. 2023”.

2. NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUTOR

M.C. Francisco Puitiza Vergaray, residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

3. NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASESOR

M. Cs. Iván Ulises Quiroz Mendoza, médico especialista en Medicina Interna del Hospital - II ESSALUD. Cajamarca.

4. TIPO, ÁREA Y LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Tipo: descriptivo, observacional, transversal y correlacional.

Área de investigación: enfermedades metabólicas y cardiovasculares

Línea de investigación: enfermedades no transmisibles

5. RÉGIMEN DE INVESTIGACIÓN

Libre

6. DEPARTAMENTO Y ÁREA ACADÉMICA A LA QUE PERTENECE EL PROYECTO

Departamento: Departamento Académico de Medicina.

7. INSTITUCIÓN DONDE SE DESARROLLARÁ EL PROYECTO

Hospital Simón Bolívar - Cajamarca.

8. LOCALIDAD DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN

Distrito : Cajamarca

Provincia : Cajamarca

Departamento : Cajamarca

País : Perú

9. DURACIÓN DEL PROYECTO

Fecha de inicio: 01/07/2022.

Fecha de término: 31/12/2023.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDADES	2022						2023					
	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY-AGO	SET - DIC
Diseño y elaboración del proyecto de tesis	X	X										
Presentación del proyecto de tesis			X									
Aprobación del proyecto de tesis				X								
Elaboración de los instrumentos de investigación					X							
Aplicación de instrumentos de investigación						X	X	X				
Procesamiento y análisis de datos									X	X		
Redacción del informe final											X	
Revisión y reajuste del informe final												X
Presentación del informe final												X
Aprobación del informe final												X

11. RECURSOS DISPONIBLES:

- Recursos humanos: médico residente y médico asesor.
- Recursos materiales: listado del presupuesto.
- Infraestructura: Servicio de Medicina
- Implementación: equipos de cómputo con internet.
- Recursos mínimos del trabajador: autorización hospitalaria, consentimiento informado y llenado de ficha de recolección de datos.
- Servicios: listado del presupuesto.

12. PRESUPUESTO

Servicios			
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Cost. Unit. S/	TOTAL
Servicio de asesoría estadística.	01	500.00	500.00
Servicio telefónico e internet	02	25.00	300.00
SUB TOTAL			S/. 800.00
Materiales			
o Papel Bond de 80 gr.	500	0.03	18.00
o Impresiones	200	0.30	60.00
o Fotocopias	300	0.00	15.00
o Lapiceros	04	1.50	06.00
SUB TOTAL			99.00
TOTAL			S/. 899.00

13. FINANCIAMIENTO:

El presente trabajo se ejecutará con recursos propios del autor.

II: PLAN DE INVESTIGACIÓN.

2.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

La hipertensión arterial (HA) es una patología crónica que representa un grave problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como una presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg, o una presión diastólica de 90 mmHg o más. La Organización Panamericana de la Salud destaca la importancia de enfocar esfuerzos en la prevención y mejora del control de la hipertensión, así como en la reducción de las muertes por enfermedades cardiovasculares. Cada año, en la región de las Américas, se registran 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, de las cuales aproximadamente medio millón ocurren en personas menores de 70 años (1, 2).

En Perú, en 2022, se elaboró un informe nacional sobre las enfermedades no transmisibles (ENT), en el que se reportó que aproximadamente 5.5 millones de personas mayores de 15 años padecían hipertensión arterial (HA), lo que representa el 22.1% de esta población (9). En cuanto a la distribución geográfica, la región con mayor prevalencia de hipertensión arterial fue la costa, con un 24,4%, seguida de la sierra (18,7%) y la selva (17,2%). No obstante, la prevalencia más alta se registró en las áreas urbanas del país, con un 17,2%, en comparación con el 11,9% en las áreas rurales. A nivel regional, las mayores prevalencias se observaron en Lima (27,1%), Loreto (24,0%) y Tumbes (23,2%), mientras que las regiones con menor prevalencia fueron Apurímac (12,9%) y Ucayali (9,4%) (10). Los resultados sobre la prevalencia de la hipertensión arterial (HA) están estrechamente relacionados con el grado de urbanización y el desarrollo socioeconómico del país. Por lo tanto, es necesario realizar un análisis más detallado de la distribución espacial de la enfermedad en Perú, con el fin de focalizar las intervenciones y mitigar los efectos nocivos de esta patología, que constituye un factor de riesgo modificable para la mortalidad cardiovascular (1, 3, 7).

Es fundamental entender la relación entre la HA y la calidad de vida, ya que se busca evaluar cómo esta enfermedad afecta diversos aspectos de la vida del paciente. Para ello, se examinan las capacidades, limitaciones y características psicosociales que rodean a la persona, lo que permite obtener una visión clara para realizar un diagnóstico preciso y, por consiguiente, un tratamiento adecuado. Además, se analiza cómo el control adecuado o inadecuado de la enfermedad influye en las actividades diarias, las relaciones familiares y los vínculos con otros miembros de la comunidad.

Es importante destacar que existen factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, entre los cuales el sobrepeso y la obesidad han cobrado gran relevancia, especialmente en mujeres con obesidad marcada en la cuarta década de la vida, quienes enfrentan un riesgo siete veces mayor de desarrollar HA (4, 5).

Por ello, es fundamental considerar los estilos de vida que las personas adoptan, ya que una adecuada modificación de los mismos puede mejorar significativamente su calidad de vida (6, 8).

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la relación entre la HA y la calidad de vida de los pacientes atendidos en consulta externa de una población específica.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la relación que existe entre la hipertensión arterial y la calidad de vida de pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Simón Bolívar – Cajamarca 2023?

2.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

2.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Establecer la relación que existe entre hipertensión arterial y la calidad de vida de pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Simón Bolívar - Cajamarca. 2023.

2.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la prevalencia y características sociodemográficas de los pacientes hipertensos atendidos en consultorio externo del Hospital Simón Bolívar – Cajamarca. 2023.
- Establecer y analizar la calidad de vida según los diferentes grados de HA de los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Simón Bolívar – Cajamarca. 2023.
- Analizar las tres dimensiones relevantes de las experiencias de la vida cotidiana: el funcionamiento corporal, la capacidad psíquica y la realización de roles sociales, de los pacientes hipertensos que fueron atendidos en consultorio externo del Hospital Simón Bolívar – Cajamarca. 2023.

- Examinar la relación entre la autopercepción de la calidad de vida de los sujetos hipertensos y las variables sociodemográficas estudiadas (sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, profesión y situación laboral), de los pacientes hipertensos que fueron atendidos en consultorio externo del Hospital Simón Bolívar – Cajamarca. 2023.

2.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

La calidad de vida percibida, lo cual identificamos como el bienestar psicológico, condiciona no sólo un nivel de salud general, sino un nivel de funcionamiento psicológico, un determinado modo de afrontar las situaciones de estrés de la vida y en particular las situaciones vinculadas con las limitaciones que imponen las enfermedades crónicas. Se estima que 30% de la población adulta está afectada por HA, mientras una tercera parte de estos desconoce el diagnóstico. A nivel mundial, la OMS estima que la HA causa la muerte de 9.4 millones de personas y estas muertes 2 representan el 12.8% del total de las muertes en cada año. La HA es un grave problema de salud pública porque genera grandes complicaciones y e incapacidades, ya sea de manera directa e indirecta, en su condición de factor de riesgo asociado a muchas enfermedades como cerebrovasculares, cardiovasculares, enfermedades arteriales periféricas e insuficiencia renal crónica, estas complicaciones ocurren porque no se tiene claro el concepto de hipertensión arterial y su implicancia de un adecuado control en la calidad de vida de los pacientes. Además, el mal control genera gastos económicos en su bolsa familiar para el manejo, tratamiento especializado o traslado, muchos de ellos están no solo mal diagnosticados, sino sobre todo mal controlados, condicionando un mal pronóstico, agudizado por la falta de especialistas en este primer nivel de atención, para orientar su adecuado control. Para valorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial hay que tener en cuenta múltiples aspectos. Este contexto ampliado integra sus capacidades, limitaciones y las características psicosociales que lo rodea para poder afrontar con base en el diagnóstico y tratamiento individualizado de su enfermedad y cómo influye en sus actividades cotidianas, sus relaciones familiares y con otros miembros de la comunidad.

Esta investigación se realiza con el propósito de identificar la experiencia que tienen los adultos hipertensos sobre su calidad de vida; a pesar de ser una patología muy frecuente en Cajamarca y el país, considerado un problema de salud pública, pocos estudios nacionales identifican las experiencias de estos pacientes y no existen

estudios locales relacionados, este estudio contribuirá al conocimiento actualizado de esta enfermedad y su implicancia permanente en la calidad de vida de los pacientes, siendo una necesidad urgente en nuestra localidad para tomar las correctas decisiones clínicas en el manejo individualizado y de grupo, y a su vez sirva de base científica para la correcta toma de decisiones focalizadas en las políticas públicas de los organismos encargados, orientadas al óptimo manejo de estos pacientes y las estrategias de prevención que correspondan. Metodológicamente se justifica el uso del instrumento de recolección de datos planteado, debido a su naturaleza exploratoria y a la necesidad de comprender a fondo diversas experiencias de los participantes, además es necesario resaltar que las investigaciones no solo deben estar basadas en la adherencia farmacológica, si no también llevar implícitas la experiencia de vida y la subjetividad en el proceso de enfermarse y de cuidar de sí mismo, percibiendo el modo de pensar y de actuar, estos son poco valorados y comprendidos por los profesionales de la salud. Esta investigación además es factible debido a la accesibilidad de los participantes y de la literatura actualizada, constituyendo un tema de alta relevancia en nuestra localidad, considerando que se tomará todas las medidas para mantener el estudio dentro del marco ético que corresponde. El médico familiar debe liderar la toma de decisiones para la prevención y promoción de la salud y de esta manera disminuir la afluencia de pacientes complicados a los grandes hospitales.

2.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:

- Historias clínicas incompletas.
- Acceso restringido a determinados archivos, debido a la situación de la pandemia que se está viviendo la cual dificulta la recolección de datos.
- Pocos recursos económicos necesarios para poder ejecutar nuestro proyecto.

2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El estudio se ejecutará con base en las historias clínicas, manteniendo la estricta reserva de identidad. Por tal motivo, se solicitará autorización correspondiente al Hospital Simón Bolívar – Cajamarca, para desarrollar la investigación.

III. MARCO TEÓRICO.

3.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

Bhagat S, et al (9). Desarrollaron un estudio transversal comunitario que tuvo como objetivo comparar la calidad de vida de pacientes adultos hipertensos con sujetos de estudio sanos y determinar los factores asociados con una mala calidad de vida entre los sujetos hipertensos, desde enero de 2021 hasta junio de 2022 en el distrito de Gautam Budh Nagar - India. Se llevó a cabo entre 250 pacientes hipertensos y 50 personas sanas según el manual del cuestionario BREF de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud. Los datos recopilados se ingresaron y analizaron estadísticamente utilizando el software estadístico (SPSS-22). Las puntuaciones generales de calidad de vida y de salud general fueron significativamente más bajas entre los sujetos hipertensos y mostraron un empeoramiento de la calidad de vida entre las personas enfermas (valor de $p < 0,001$). Los factores significativamente asociados con una calidad de vida general deficiente fueron un nivel educativo bajo (valor de $p < 0,001$), amas de casa (valor de $p < 0,001$), clase socioeconómica más baja (valor de $p < 0,001$) y sujetos con comorbilidades (valor de $p < 0,001$). Concluyendo que los hallazgos revelaron que la calidad de vida era pobre entre los sujetos hipertensos en comparación con los sujetos sanos.

Huerta J, et al (10). Realizaron un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, transversal, en 129 adultos mayores con diagnóstico de HA, cuyo objetivo fue identificar el nivel de adherencia terapéutica en adultos mayores con diagnóstico de HA. La información se obtuvo a través de una búsqueda de literatura científica sobre adherencia terapéutica en adultos mayores con diagnóstico de HA y con la implementación de una cédula de datos sociodemográficos del instrumento Escala de Adherencia Terapéutica en Puebla - México. Obteniendo un predominio el sexo femenino (69.0%), el 79.1% se encuentra en regular adherencia, mientras que solo el 20.9% tiene una buena adherencia, las mujeres presentaron una mayor adherencia terapéutica en comparación con los hombres ($p < .05$). Concluyen que el abordaje de la adherencia terapéutica en adultos mayores evidencia la importancia, así como la necesidad de brindar atención personalizada en cuestión de autocuidado con la finalidad de mejorar la adherencia terapéutica en esta población vulnerable. La identificación de barreras específicas y la

implementación de estrategias de apoyo son cruciales para promover una mejor calidad de vida y resultados de salud en los adultos mayores.

Prevolnik V (11). Realizó un estudio con el objetivo de estimar los costos incurridos y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de una muestra de pacientes con HA, de 65 dólares en promedio en 2019 en Eslovenia. Se seleccionó una muestra de 142 pacientes que tomaban medicamentos para la HA del área urbana y rural. Los pacientes también informaron sus gastos de bolsillo relacionados con la HA y su CVRS. La CVRS se midió utilizando la versión genérica de 5 niveles del EQ-5D (EQ-5D-5L) y los cuestionarios MINICHAL específicos de la enfermedad. Se utilizó análisis descriptivo para presentar los resultados. Reporta una muestra de 141 pacientes que completó el MINICHAL de 17 ítems y 142 completaron el cuestionario EQ-5D-5L. Las puntuaciones MINICHAL del estado de ánimo y del dominio somático de los pacientes fueron 5,5 y 3,5, respectivamente. La puntuación media de utilidad del índice EQ-5D-5L fue de 0,7 y la media de EQ VAS fue de 70,9. El dolor/malestar fue la dimensión de salud más afectada ya que el 60,6% de los pacientes refirieron tener problemas. Los 2 cuestionarios de CVRS presentan una correlación moderada ($-0,215$). El coste medio anual del tratamiento de la HA ascendió a $\text{V}274,3$ por paciente. La mayor parte de los costos está representada por el tratamiento farmacológico (30,5%) y los gastos de bolsillo (28,2%). Concluye que es el primer estudio realizado en Eslovenia que evalúa los costos incurridos y la CVRS de los pacientes con HSA utilizando un enfoque ascendente y una perspectiva social. Ofrece información importante en un modelo analítico de decisiones para evaluar la rentabilidad de las intervenciones para reducir la carga de la HA.

Suciu L, et al (12). Realizaron un estudio de cohorte retrospectiva. Incluyó a 289 pacientes en diferentes estadios de hipertensión con o sin comorbilidades. El objetivo fue investigar los factores que influyen en la adherencia a corto y largo plazo y la calidad de vida en pacientes con HA, mediante un cuestionario especialmente diseñado. Los pacientes comunicaron los regímenes de tratamiento al que administró el cuestionario, que constaba de 7 dominios. Los resultados indican que el 57,43% consideró que su capacidad de esfuerzo se redujo debido a su hipertensión, y el 65,05% informó que estaban afectados por síntomas asociados con la presión arterial alta (por ejemplo, dolor de cabeza y mareos). El 71,28% comprendieron las consecuencias de suspender la medicación y las complicaciones graves de la hipertensión, y el 69,55% indicó que no interrumpirían el tratamiento si experimentaban efectos secundarios. Para el 53,28%, la actividad social se vio significativamente afectada por su condición. Solo el 47,05% se sometieron a

exámenes médicos obligatorios regulares y el 55,36% monitorizó periódicamente su presión arterial en casa. Concluyeron que los factores no farmacológicos que demostraron influir en la adherencia al tratamiento y la calidad de vida incluyeron el nivel de educación para la salud y el conocimiento de las complicaciones de la enfermedad, el autocontrol de la hipertensión y la consulta con los proveedores de atención médica con respecto a la hipertensión y su tratamiento.

Snarska K, et al (13). Su trabajo tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de los pacientes con HA y los factores que la afectan. El estudio incluyó a 100 personas con hipertensión, del departamento de enfermedades internas del hospital de Hajnówka, durante el período junio a diciembre del 2023. El cuestionario, la escala estandarizada de calidad de vida de la OMS (WHOQOL) -BREF y la escala de Barthel fueron las herramientas de investigación. Se asumió la probabilidad $p < 0,05$ como nivel de significación estadística. El grupo de estudio estaba formado por sujetos de entre 30 y 89 años. La mayoría eran hombres y habitantes de la ciudad. El IMC medio (índice de masa corporal) de los sujetos fue de 28,4 kg / m². La duración de la enfermedad entre los encuestados fue en promedio de 7 6,34 años. El ámbito de calidad de vida mejor valorado fue el ámbito físico y el ámbito social más bajo según el cuestionario WHOQOL-BREF. Los pacientes con HA han determinado su calidad de vida en un nivel bueno o medio en el ámbito físico, psicológico, social y ambiental. Concluyendo que son muchos los factores que mejoran la calidad de vida en todos los ámbitos. Estos incluyen seguir las recomendaciones sobre factores de riesgo modificables.

Serrano E, et al (14). Realizaron un estudio transversal analítico en pacientes con HA adscritos a la U.M.F. No. 51 del IMSS – México. Se aplicó la encuesta SF-36 para determinar la calidad de vida de los encuestados. Se utilizó estadística descriptiva (medias, mediana, promedios) así como estadística inferencial realizando el test de X² y OR para complementar su análisis. El objetivo era evaluar la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial controlados y descontrolados. Obteniendo como resultados que 321 pacientes, 214 (66.7%) estaban controlados y 107 (33.3%) descontrolados. La única variable sociodemográfica con significancia estadística fue el sexo femenino. La estimación de riesgo para un inadecuado control de la presión arterial y una calidad de vida deteriorada fue de 3.944 (IC 95% 2.844-5.470, $p < 0.001$). Se concluyó que aquellos pacientes descontrolados presentaron mayor deterioro de la

calidad de vida. El control de la presión arterial mediante tratamiento antihipertensivo y no antihipertensivo impacta la calidad de vida de quien la padece.

3.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.

Heredia K (15). Publicó una tesis para obtener el grado académico de maestra en gestión de los servicios de la salud, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y la calidad de vida de pacientes con HA en una unidad de rehabilitación física, Pasaje – Piura, 2023. Se sustenta en la teoría de Nola Pender (1996) "Modelo de Promoción de la Salud". Fue un estudio de tipo básico, no experimental correlacional con enfoque cuantitativo y transversal, la población fueron 32 pacientes y se aplicaron dos instrumentos para la recolección de datos. Los resultados muestran que el 50% de los pacientes, se ubican en el nivel alto de factores de riesgo y en el nivel bajo de calidad de vida, lo cual significa que la hipertensión no es controlada. Concluye que los factores de riesgo se relacionan significativamente con la calidad de vida de pacientes con HA, lo cual fue determinado por el análisis inferencial con un valor de Rho de Spearman de 0,904 y significancia 0,000.

Pinto M (16). Reporta en su tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida en personas con HA atendidas en un consultorio de cardiología de un establecimiento de salud en Comas – Lima, 2023.: Fue un estudio cuantitativo descriptivo y transversal. Se contó con una población de 120 personas hipertensas. Se usó una encuesta y la herramienta utilizada para cuantificar el fenómeno fue el cuestionario MINICHAL, que cuenta con 2 dimensiones y 16 ítems. Encontró que la calidad de vida prevaleció el valor bueno con 61,7% (n=74), seguido del valor malo con 28,3% (n=34) y valor regular con 10% (n=12). Según sus dimensiones, en estado de ánimo prevaleció el valor bueno con 71,7% (n=86), seguido del valor malo con 15% (n=18) y valor regular con 13,3% (n=16); en manifestaciones somáticas prevaleció el valor bueno con 60,8% (n=73), seguido del valor malo con 28,3% (n=34) y valor regular con 10,8% (n=13). Concluye que en calidad de vida prevaleció el valor bueno. En ambas dimensiones prevaleció el valor bueno.

Matta L (17). Publicó un estudio con el objetivo de determinar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a un policlínico ubicado en Los Olivos. 2021. Usó un enfoque cuantitativo descriptivo-transversal. La población estuvo conformada por 138 pacientes. La técnica de recolección de datos fue una encuesta y el instrumento utilizado fue el SF-36, comprendido por 36 ítems y 8

dimensiones. Reportó en cuanto a la calidad de vida relacionada a la salud, tuvo mayor predominio el nivel alto con 42,75% (n=59). En relación a las dimensiones, en función física predominó el nivel muy alto con 33,33% (n=46), en rol en funcionamiento/ físico el nivel muy alto con 45,65% (n=63), en dolor el nivel muy alto con 55,8% (n=77), en salud general el nivel promedio con 51,45% (n=71), en energía/ fatiga el nivel promedio con 44,93% (n=62), en función social el nivel alto con 37,68% (n=52), en función emocional el nivel muy alto con 47,83% (n=66), en bienestar emocional el nivel alto con 43,48% (n=60) y en cambio de salud el nivel alto con 43,48% (n=60). Concluye que en cuanto a la calidad de vida relacionada a la salud, tuvo mayor frecuencia el nivel alto. En relación a las dimensiones, la función física, el rol en funcionamiento/físico y dolor, predominó el nivel muy alto, en función social, el bienestar emocional y cambio de salud predominó el nivel alto, en la salud general y energía/fatiga predominó el nivel promedio.

Lozada - Zapata A (18). Reporta un artículo con el objetivo de determinar la asociación entre adherencia terapéutica (AT) y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Fue una investigación transversal en el programa de HA de un hospital general de Piura, 2020. Se utilizó el cuestionario SF-36 y la versión española de la prueba de Morisky y Green. Se obtuvieron los puntajes de las dimensiones y componentes sumarios físico (PCS) y mental (MCS). Luego, se ejecutaron los respectivos análisis bivariante y multivariante. Encontró que el 39% de los pacientes presentó AT. Los puntajes de todas las dimensiones presentaron asociación estadística con AT. La regresión de Poisson identificó las variables independientes asociadas a la obtención de un puntaje mayor de 50 en PCS [presencia de comorbilidad (factor de riesgo), estado laboral y AT (factores protectores)] y MCS (AT como factor protector). Concluye que la AT, estado laboral y ausencia de comorbilidad presentaron asociación con una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

Astonitas L. (19). Realizó un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo y de corte trasversal. El objetivo fue determinar la calidad de vida en ancianos con HA atendidos en el consultorio de adulto mayor del Policlínico Próceres. Contó con una población de 120 ancianos, que cumplieron con los criterios de inclusión. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos utilizado fue el cuestionario Mini Chal, el cual cuenta con 2 dimensiones y 16 ítems. Los resultados evidencian con respecto a la calidad de vida de los ancianos con hipertensión arterial, que hay una calidad de vida mala en 49%, seguido de regular en 38%. La calidad de vida en ancianos con hipertensión arterial,

según sus dimensiones estudiadas es una mala calidad de vida en el 49% en “estado de ánimo” y 93% en “manifestaciones somáticas”, en cambio para la calidad de vida regular solo refleja en el “estado de ánimo” en 33% y buena en 15%, pero para “manifestaciones somáticas” su organismo no responde adecuadamente. Concluyeron que la calidad de vida es mala en ancianos con hipertensión.

3.1.3. ANTECEDENTES LOCALES.

Castañeda C, Zelada M (20). Realizaron un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal en Cajamarca, dicho estudio tuvo como objetivo general identificar y analizar la relación entre factores de riesgo y la HA en 150 adultos mayores atendidos en el Centro del Adulto Mayor (CAM) EsSalud, a los que se aplicó un cuestionario, semiestructurado con ítems relacionados con las variables de estudio y el control de la presión arterial por 10 días consecutivos de acuerdo a técnica estandarizada, utilizando la escala para evaluar presión arterial (Adaptado de OMS, 2016) y el cuestionario de estrés percibido (PSQ) de Levenstein S. Se obtuvo como principales resultados: 76% pertenecen al género femenino; 84% tenían edades comprendidas entre 60 a 79 años, mayormente mujeres (80%) cuya talla y peso promedio fue de 155 cm. y 62 kg. respetivamente. El 60% tenían hipertensión moderada y 18.7% hipertensión leve. 60% tienen un estilo de vida no saludable. Respecto del estrés percibido, 73.3% tenían estrés medio y 19.3% estrés nivel alto. Los daños colaterales predominan el del sistema cardiovascular, (67.3%). Se concluye que hay una relación significativa entre niveles de estrés e hipertensión arterial (p value =0,000) y entre estrés y estilos de vida con un p de 0,000. No se encontró relación significativa entre estilos de vida y la HA.

Rodrigo M (21). Realizó un estudio relacional de diseño no experimental transversal en Chota, publicado en el 2021. El objetivo fue establecer la relación que existe entre nivel de conocimiento y calidad de vida de los pacientes con HA. Se trabajó con 29 pacientes con HA, los cuales participaron respondiendo a un cuestionario sobre nivel de conocimiento y una escala tipo Likert para medir la calidad de vida. Reporta que el 65,5% presentaron nivel de conocimiento bajo sobre hipertensión arterial, según dimensión el 41,4% presentó nivel de conocimiento específico bajo, 41,4% tenían nivel de conocimiento bajo y medio en alimentación simultáneamente, 48,3% presentaron nivel de conocimiento bajo en actividad física. Respecto a la calidad de vida 48,3% presentaron calidad de vida regular y mala simultáneamente. Concluyendo que la relación entre nivel de conocimiento y calidad de vida de los pacientes con HA no fue

significativa ($p > 0,05$), aportándose de esta manera evidencia en contra de la hipótesis planteada.

Herrera J, Oblitas A (22). Realizaron un estudio descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de determinar la calidad de vida de los pacientes con HA. Con una muestra de 120 pacientes pertenecientes al Centro Médico EsSalud – Chota. La recolección de datos se hizo con el cuestionario calidad de vida en pacientes con HA (MINICHAL) de Badia X. y colaboradores. Obteniéndose como resultados que los pacientes tenían las edades que van desde los 50 a 75 años y el mayor número está entre 60 y 74. En cuanto al sexo 56.7% son mujeres; la mayoría proceden de zona urbana 75.8%. El estado civil más frecuente casado 67.5%, y menos frecuente divorciado 2.5%; según nivel de instrucción, 40.8% instrucción superior y 18.3% primaria. El 36.7% de adultos inactivo y 31.7% ama de casa. En cuanto a la calidad de vida 77.5% se determinó que presentan mejor calidad de vida y 22.5% peor calidad de vida. Se encontró que el 88.3% tiene un mejor nivel de salud en la dimensión estado de ánimo y el 84.2% mejor nivel de salud en la dimensión manifestaciones somáticas. Al analizar calidad de vida de los hipertensos según sus características sociodemográficas, se encontró que el 52.5% tienen mejor calidad de vida de 50 a 60 años, se determinó que el 40.8% fueron mujeres, el 52.5% casados, 35% con grado de instrucción superior, 35.8% inactivo y 61.7% proceden de zona urbana. Como conclusión se obtuvo que los pacientes hipertensos a nivel global y en las dimensiones de estado de ánimo y manifestaciones somáticas presentan mejor calidad de vida.

Tarrillo L (23). Publicó un estudio cuantitativo, descriptivo con diseño no experimental, cuyo objetivo general fue determinar y analizar el nivel de calidad de vida y la valoración social de los adultos mayores con HA del Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2022; la muestra estuvo conformada por cincuenta y dos adultos mayores hipertensos a quienes se les aplicó dos cuestionarios, primero el instrumento WHOQOL - BREF para medir el nivel de calidad de vida; seguido del Cuestionario de Valoración Social. Reporta y concluye que las características sociodemográficas del adulto mayor fueron; el mayor porcentaje de hipertensos se presenta en los participantes de 60 a 70 años con el 42,3%, las mujeres con 63,5%, los casados con 46,2% y los que cuentan con primaria el 40,4%. En cuanto a calidad de vida; el 94,2% presenta nivel de calidad de vida alta y el 5,8% normal. Se encontró en el 67,3% de participantes riesgo social y el 32,7% problema social. Al analizar características sociodemográficas según calidad de vida se

encontró; 95,5% de los adultos mayores de 60 a 70 años presentan calidad de vida alta, así como el 97% de las mujeres, el 100% de casados y los de primaria. Finalmente, las características sociodemográficas, según valoración social muestra en el 76,5% de los adultos mayores entre 71 a 80 años registraron riesgo social; 78,9% de los adultos mayores presentaron riesgo social; de igual manera, el 100% de divorciados señalaron que existe riesgo social; y finalmente el 53,3% de analfabetos también presentaron este tipo de riesgo.

3.2 BASES TEÓRICAS

Hipertensión arterial

Según Bruner y Suddarth, definen, a la HA, como una presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg. y una presión diastólica mayor de 90 mmHg. por un periodo prolongado. Asimismo, la OMS indica que la hipertensión arterial se define como un nivel de presión arterial sistólica de 140 mmHg. o superior o como nivel de presión diastólico de 90 mmHg o más elevada (1, 17).

El Ministerio de Salud informa que una de cada tres personas padece de hipertensión arterial en el Perú, mientras que un 30% desconoce que vive con este silencioso mal. Además, especialistas del MINSA señalaron que la preeclampsia, es la primera causa de muerte materna en el mundo desarrollado y la segunda en nuestro país. En la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar realizada en el 2016 se hizo la medición de la presión arterial en el grupo etario de 15 y más años; y se encontrando a un 12,7% con presión arterial alta; en el 2015 fue de 12,3%. En el mismo año según sexo, los hombres fueron los más afectados 15,6% que las mujeres 9,9%, igual relación que en el 2015 (los hombres 14,4% y las mujeres 10,2%).

Según región natural, la prevalencia de la HA fue mayor en Lima Metropolitana con 16,1%, seguido por el Resto Costa con 13,7%. La menor prevalencia se registró en la Selva y en la Sierra con 10,3% y 10,6% respectivamente. Según región, de acuerdo con la medición efectuada en el 2016 los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad que presentaron hipertensión arterial, por encima del promedio nacional, se registraron en la Provincia de Lima (16,1%), la Provincia Constitucional del Callao (15,9%) y en la Región Lima (15,4%). Los menores porcentajes se presentaron en Madre de Dios (7,1%), Ucayali (7,5%) y Cusco (8,5%) (24, 25).

Existen ciertos factores de riesgo de la HA que se van a detallar a continuación:

Factores genéticos (no modificables)

Historia familiar: al parecer, la predisposición genética se asocia con niveles elevados de sodio intracelular y relación potasio/sodio disminuido. Esta predisposición genética es especialmente frecuente en los individuos de raza negra, existen evidencias de que hay mayor prevalencia en esta raza y un pronóstico menos afortunado, dada la repercusión sobre los órganos diana en este grupo; por ejemplo, se ha señalado que la insuficiencia renal terminal en la hipertensión arterial se presenta 17 veces con más frecuencia en negros que en blancos (2, 18).

Los hijos de padres hipertensos experimentan mayor riesgo de hipertensión a una edad más joven. Sin embargo, aunque la tendencia familiar puede estar influida por la transmisión genética, no sabemos hasta qué punto los elementos genéticos actúan en combinación con factores ambientales.

Sexo: la incidencia de hipertensión aumenta con la edad, tanto en los varones como en las mujeres. Sin embargo, los hombres experimentan hipertensión con más frecuencia y a una edad más temprana que las mujeres hasta después de los 55 años. En comparación con las mujeres, los varones blancos y negros se ven más afectados por la hipertensión, y es más grave antes de los 35 años (3, 19).

Factores ambientales:

Perfil de estrés: aunque no se han hecho estudios definitivos, se cree que los factores psicológicos pueden alterar de forma crónica la presión arterial. El estrés puede aumentar la resistencia vascular periférica y el gasto cardiaco, estimulando la actividad simpática. El estrés se puede asociar con la situación laboral, el nivel socioeconómico y el tipo de personalidad.

Ocupación: ciertas ocupaciones se han descrito como "predisponentes a la hipertensión" a causa de (a naturaleza estresante del trabajo. Las ocupaciones con elevados niveles de tensión y relaciones insatisfactorias pueden ser lo bastante estresantes como para causar aumentos del tono muscular, frecuencia cardiaca rápida y vasoconstricción.

Nivel socioeconómico: es otra fuente de estrés para grupos de población específicos. Las poblaciones sometidas a privaciones económicas suelen presentar una elevada incidencia de hipertensión. Algunos factores como hábitos nutricionales pobres, nivel laboral bajo, frustración, descontento y represión de la hostilidad contribuyen a la hipertensión relacionada con el estrés. El impacto económico del

régimen terapéutico supone una consideración importante. El tratamiento farmacológico puede ser costo dependiente del tipo de medicación (4, 18).

Factores nutricionales: se describe que tienen gran influencia en el control de la presión arterial. La ingesta calórica y de energía que conduce a la obesidad, así como la ingesta de alcohol, potasio, sodio, calcio, magnesio y ácidos grasos, que guardan relación con la hipertensión. La hipertensión puede ser una enfermedad causada por exceso de sal, calorías y alcohol; se refiere también, que el exceso y el defecto de calcio han sido implicados como factores etiológicos en diferentes enfermedades crónicas (hipertensión, osteoporosis y disritmias cardiovasculares), el aumento de calcio intracelular tiene un efecto vasoconstrictor y eleva la presión arterial. Asimismo, con respecto al sodio existe "sensibilidad a la sal" tiene su origen y fundamentos en estudios donde se ha demostrado que la prevalencia de hipertensión arterial aumenta a medida que se hace más importante el consumo de sal en la población; se consideran pacientes "sal sensibles" aquellos hipertensos en la que la presión arterial media aumenta en 5% cuando son sometidos a una sobrecarga salina y esta disminuye si se produce una restricción salina; en los pacientes "sal resistentes", ni la sobrecarga ni la restricción salina modifican las cifras tensionales, otro de los minerales que ha sido implicado como posible causa de hipertensión arterial, es el potasio mediante la liberación de renina éste activa la conversión de la angiotensina I en angiotensina II, la retención de sodio y la vasoconstricción de la red arterial, con lo que eleva la presión arterial, es frecuente observar hipocalcemia en los pacientes hipertensos no tratados, por lo que es prudente aconsejar el consumo de alimentos ricos en potasio, como naranjas, plátanos y perejil (4, 17).

Otro de los factores de riesgo en la enfermedad cardiovascular es el **sobre peso y la obesidad**, donde las mujeres con obesidad marcada en la cuarta década de la vida experimentan un riesgo siete veces mayor de hipertensión, en tanto que la distribución del tejido adiposo, sobre todo en los casos de obesidad central o abdominal, aumentan el riesgo de hipertensión (4, 20).

En cuanto a los **estilos de vida**, algunos hábitos nocivos que influyen en la hipertensión arterial, es la ingesta frecuente de alcohol, que guarda relación directa con la elevación de la presión arterial. Estudios recientes afirman que el hecho de beber alcohol con frecuencia puede contribuir más a la elevación de la presión arterial (7). Parece existir un umbral del efecto, con un aumento de 1 mmHg en los individuos que ingieren más de 57g. de etanol al día. No está claro el mecanismo exacto de la

acción del alcohol sobre la presión arterial, aunque se han sugerido como posibles explicaciones el aumento del gasto cardiaco, la mayor secreción de cortisol, la elevación de los niveles de calcio intracelular libre, la vasoconstricción renal y los espasmos cerebrovasculares. Se presume que, al principio, los fumadores pueden mostrar aumento de la presión arterial, a causa de la vasoconstricción producida por la nicotina. El abandono del tabaco puede causar una ligera elevación inicial de la presión arterial, debido probablemente al aumento de peso. El tabaco de mascar también se asocia con hipertensión, debido probablemente a su elevado contenido en sodio (8, 21).

Referente a la **actividad física** se revela, que tiene un claro papel en la prevención y control de la hipertensión. Los beneficios del ejercicio incluyen aumento de endorfinas, que contribuyen a la sensación de bienestar, disminución de lipoproteínas de alta densidad, que protegen frente a la enfermedad cardiovascular. Así pues, el ejercicio es imperativo para los pacientes con riesgo de hipertensión, además es una de las mejores estrategias para enfrentarse al estrés. Se ha demostrado que el ejercicio es beneficioso para prevenir y controlar la hipertensión mediante la reducción del peso, el descenso de la resistencia periférica y la disminución de la grasa corporal (3, 22).

Por otro lado, al referirnos a la **fisiopatología** de la hipertensión arterial, indica que es una condición multifactorial. Para que ocurra hipertensión debe haber un problema con los sistemas de control que vigilan o regulan la presión, además de una o más alteraciones en los factores de la ecuación de la presión arterial (23, 24).

La hipertensión es resultado de mayor actividad del sistema nervioso simpático relacionada con disfunción del sistema nervioso autónomo, mayor resorción renal de sodio, cloruro y agua relacionada con una variación genética en las vías por las que los riñones manejan el sodio, mayor actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, lo que resulta en expansión del volumen de líquido extracelular y mayor resistencia vascular sistémica, menor vasodilatación de las arteriolas relacionadas con disfunción del endotelio vascular, resistencia a la acción de la insulina, que puede ser un factor común que une a la hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidad e intolerancia a la glucosa (7, 24).

En cuanto a su **etiología**, sé dice que en la mayoría de los casos la causa de la hipertensión arterial es desconocida. Hablamos entonces de "hipertensión arterial esencial, primaria o idiopática". Suele aparecer entre los 30 y 50 años (4, 24, 25).

Como se sabe, la elevación de presión arterial se produce sobre todo por aumento de las resistencias periféricas por vasoconstricción. Constituye un conjunto de distintas

alteraciones en las que se incluyen factores hereditarios (herencia multifactorial) y ambientales. Otros factores ambientales por un elevado consumo de alcohol, dieta con bajo contenido en ácidos grasos poliinsaturados, la obesidad, el estrés, el sedentarismo, etc. Además, hay algunos factores que se asocian a una mayor repercusión orgánica de la hipertensión arterial, como el tabaquismo, el hipercolesterolemia, el sexo masculino, la raza negra, la aparición en edades jóvenes, etc. (11, 24).

Se conoce también que la hipertensión arterial es producida por enfermedades orgánicas concretas por lo que hablamos de "hipertensión arterial secundaria". Para hablar de hipertensión arterial como esencial deben excluirse las causas de hipertensión arterial secundaria (más probable cuando aparece antes de los 30 años o después de los 50) (13, 24).

Referente a las causas de la hipertensión secundaria, son las causas renales las más frecuentes e incluyen estenosis vascular renal, infartos renales, pielonefritis crónica, glomerulonefritis, poliquistosis renal, tumores productores de renina, etc. La estenosis vascular renal puede deberse a aterosclerosis de las arterias renales (más frecuente a edades avanzadas, sobre todo en varones) o a displasia fibromuscular (más frecuente en mujeres jóvenes); se habla también de causas endocrinas, dentro de estos están los anticonceptivos orales, embarazo, hipermineralcorticismos, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, mixedema, feocromocitoma, hipercalcemias (hiperparatiroidismo), síndrome carcinoide, acromegalia, etc. (15).

La sintomatología de la hipertensión arterial en general, por sí misma no produce alteraciones clínicas evidentes. Por ello se dice que la hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa, traicionera, que sutilmente va minando nuestra salud hasta que el daño es tan grande que se expresa con complicaciones graves e irreversibles: retinopatía, parálisis, incapacidad para hablar, y que en ocasiones se dificulta el diagnóstico. Pero, a veces, puede presentarse acompañada de algunos síntomas, que no son específicos de la enfermedad y se deben a otros factores asociados. Aun así, debe tomarse la presión arterial a cualquier persona que note algunos de estos síntomas, aunque inespecíficos tales como: cefalea, sobre todo si aparece por la mañana, al levantarse, insomnio, vértigos, tinnitus, alteraciones visuales, fatiga, palpitaciones, taquicardias, hemorragias en la conjuntiva, epistaxis, nerviosismo, bochornos (oleadas de calor y enrojecimiento en la cara o el cuello), etc. La mayoría de los pacientes hipertensos están asintomáticos, muchas veces hasta el fatídico momento en que se presenta una complicación (16, 25).

Respecto al **diagnóstico**, se confirma, que la evaluación clínica dirigida, que tiene como objetivos definir los valores de presión arterial, identificar causas secundarias de hipertensión arterial, así como buscar otros factores de riesgo, lesión orgánica subclínica, enfermedades concomitantes, complicaciones cardiovasculares y renales acompañantes. Para ello se necesita realizar procedimientos como el mapeo de 24 horas, indagar acerca de los antecedentes familiares y clínicos, exploración física, estudios de laboratorio e instrumentales (17, 24).

Los estudios rutinarios de laboratorio deben incluir, análisis de orina, química sanguínea (análisis de sodio, potasio, glucosa en ayuno, colesterol total y lipoproteínas de alta densidad) y un electrocardiograma de 12 derivaciones; al mismo tiempo se refiere que la hipertrofia del ventrículo izquierdo puede valorarse mediante ecocardiografía. Las elevaciones de los niveles de nitrógeno ureico en sangre y creatinina o la presencia de proteínas en la orina sugiere daño renal. Otros estudios que pueden hacerse son depuración de creatinina, nivel de renina, análisis de orina, microalbuminuria, proteinuria de 24 horas y radiografía de tórax (18, 24).

En una reunión la Organización mundial de la salud (OMS) y la Sociedad Internacional de la Hipertensión (SÍH), clasificaron a la hipertensión arterial según diversos grados (Ver Anexo 1).

Hay aspectos que ayudan a tener mejor calidad de vida en pacientes hipertensos, así, con respecto al tratamiento dietético, se indica, que se ha de realizar en todos los pacientes con presión arterial sistólica (PAS) >140 mmHg. y/o presión arterial diastólica (PAD) >90 mmHg., incluye medidas generales (medidas higiénico-dietéticas) y, no necesariamente, un tratamiento farmacológico (1, 7, 21).

Por lo tanto, el aspecto más importante de la dieta en un hipertenso es la restricción de la ingesta de sal a menos de 5 g/día, pues además de ayudar a controlar la presión arterial, incrementa el efecto hipotensor de los fármacos. Otras medidas son practicar ejercicio físico aeróbico con regularidad (al menos 50 minutos 3 veces por semana), la restricción calórica en los pacientes con sobrepeso y en evitar el estrés en sus diferentes presentaciones (20). Además, hay que evitar otros factores de riesgo cardiovascular y disminuir el consumo de colesterol y grasas saturadas en la dieta, eliminar el tabaco y alcohol, controlar la diabetes mellitus si existe, cuando con las medidas generales anteriormente expuestas no es suficiente para el control de la hipertensión arterial o si hay daño orgánico establecido se debe añadir algún fármaco hipotensor; se admite que el **tratamiento** de la hipertensión arterial se puede iniciar con cualquiera de los fármacos de primera línea (IECA, betabloqueantes, calcio

antagonistas o diuréticos tiazídicos), recomendando algunos autores empezar por una tiazida. Las características de los pacientes pueden ayudarnos a elegir los fármacos. Idealmente se comienza el tratamiento con un solo fármaco, aumentando su dosis y añadiendo nuevos fármacos si no se consigue un control adecuado (1, 20).

Calidad de vida

La expresión calidad de vida se relaciona en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y 60, se mide en función al desarrollo de los indicadores sociales (condiciones objetivas) vinculados al bienestar social de una población, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.

El concepto de calidad de vida surge como un intento de cuantificar el estado de salud de la persona, dada la complejidad de la realidad que pretenden abarcar, medir y reflejar su condición actual, por tanto, se refiere que, la calidad de vida se conceptualiza como la calidad de las condiciones de vida más la satisfacción personal del individuo, en relación a sus valores personales (7, 26).

Han surgido múltiples iniciativas para conseguir un concepto claro del término calidad de vida, alcanzándose un acuerdo sólo en su naturaleza multidimensional (bio-psico-social), que abarca aspectos de la vida relacionados con la enfermedad y sus tratamientos, pero también con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones en todos sus órdenes (25).

Otros señalan que la calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores, etc.

Al respecto se define a la calidad de vida, como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones, engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresaliente del entorno (8, 9). Para su evaluación debe ser desglosada en varios aspectos muy diversos que están englobados en las siguientes dimensiones o ejes de evaluación.

- **Funcionamiento físico.** Aspectos relacionados con la salud física y con la repercusión de los síntomas clínicos sobre la percepción del paciente de su estado de salud.
- **Salud mental.** Repercusión del funcionamiento cognitivo en forma global, también incluye la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o del tratamiento.
- **Estado emocional.** Aspectos relacionados con la ansiedad y la depresión.
- **Dolor.** Nivel de dolor percibido asociado a la presencia de cualquier enfermedad o síntoma y la interferencia del dolor en la vida cotidiana de la persona.
- **Funcionamiento social.** Explora la repercusión del estado de salud en el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a la incapacidad física y las alteraciones en el desempeño de los roles sociales en la vida familiar y laboral.
- **Percepción general de la salud.** Evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y las creencias relativas a la salud.
- **Otras dimensiones.** Aspectos tales como la función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre el rendimiento laboral y las actividades cotidianas (8, 25).

Interrelación entre hipertensión arterial y calidad de vida.

El impacto en la calidad de vida tiene en nuestro comportamiento diario, numerosos motivos que deben ser cuantificados cuando relacionamos éstas con la salud o enfermedad, tal es el caso de la hipertensión arterial.

Los principales factores que van a influir, a la hora de reaccionar ante la enfermedad son básicamente:

- A). - La personalidad del individuo y las experiencias vividas anteriormente.
- B). - El tipo de enfermedad: la hipertensión es una enfermedad crónica, lo que puede generar rechazo y hostilidad (4, 24, 25).

Existe una considerable relación en el posible efecto que la hipertensión arterial tiene en la calidad de vida; especialmente por tratarse de una enfermedad crónica y más si consideramos una hipertensión moderada sin síntomas y estos pueden aparecer como efecto secundario de la medicación; siendo más marcado cuando hablamos de

personas enfermas crónicas sometidas a modificaciones de su régimen de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento (tabaco, alcohol, ejercicio físico o cambios de actitudes), como ocurre con la gran mayoría de pacientes hipertensos. Inclusive, tratándose de algún tipo de hipertensión asintomática, como la hipertensión ligera o en estadio inicial, la percepción del paciente puede ser muy subjetiva. En este sentido la persona enferma que no presenta síntomas desconoce el riesgo de su enfermedad y al que se somete en el caso de no ser diagnosticado y tratado; inclusive en algunas de estas ocasiones no parece ser consciente de la importancia de su enfermedad, dado que subjetivamente se encuentra bien. Por lo que habría preguntarse, ¿cómo afecta el conocimiento de una enfermedad de amplia incidencia y riesgo conocido, como es la hipertensión arterial, a la calidad de vida en pacientes hipertensos, que pueden ser valorados en el sentido de "encontrarse bien" o con síntomas tales como la "ansiedad y la depresión, etc" ya que éstos han demostrado ser los que con más frecuencia preocupan a los pacientes hipertensos. Actualmente se precisan medidas más concretas de los cambios psicológicos que sobre el organismo se producen con la propia enfermedad y su tratamiento (17, 24).

Además, se considera que, al hablar de calidad de vida, estamos tratando no solo de tolerancia clínica o metabólica a la enfermedad, sino de ausencia de síntomas, incluidos los derivados de la medicación recibida o de sus efectos secundarios (25).

IV. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES.

4.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS NULA:

4.1.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

H1: Existe una asociación significativa entre la hipertensión arterial (en sus diferentes categorías: normal, elevada, grado I y grado II) y la calidad de vida de los pacientes, según las puntuaciones del cuestionario SF-36.

4.1.2. HIPÓTESIS NULA:

H0: No existe una asociación significativa entre la hipertensión arterial (en sus diferentes categorías: normal, elevada, grado I y grado II) y la calidad de vida de los pacientes, según las puntuaciones del cuestionario SF-36.

4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES:

- Hipertensión arterial
- Calidad de vida

HIPÓTESIS	COMPONENTE METODOLÓGICO			COMPONENTE REFERENCIALES	
	VARIABLES	UNIDAD DE ANÁLISIS	CONECTORES LÓGICOS	ESPACIO	TIEMPO
Existe relación entre el grado de la hipertensión arterial y la calidad de vida en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Simón Bolívar - Cajamarca, 2023.	- Hipertensión arterial - Calidad de vida	Pacientes atendidos por consulta externa del Hospital Simón Bolívar.	Relación positiva	Consulta externa del Hospital Simón Bolívar.	2023

	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA
Hipertensión arterial (HA)	Nivel de presión arterial sistólica mayor o igual de 140 mmHg o una presión diastólica mayor o igual de 90 mmHg (25).	Normal	PAS < 120 y PAD < 80		Intervalo
		Elevada	PAS 120 - 129 y PAD < 80		
		HA grado I	PAS 130 – 139 o PAD 80 – 89		
		HA grado II	PAS > 140 y PAD > 90		
Calidad de Vida (CV)	Es la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de los valores en que vive relacionado con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (14).	- Función física.	Actividad física vigorosa.	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	0 a 50 puntos: CV Pobre
		- Rol físico.	Buena salud física para trabajar.	13, 14, 15, 16	50 a 69 puntos: CV Moderado.
		- Dolor.	Presencia de dolor.	21, 22	70 a 84 puntos: CV Bueno
		- Salud general.	Valoración de la salud.	1, 33, 34, 35, 36	
		- Energía/ fatiga.	Entusiasmo para hacer actividades.	23, 27, 29, 31	85 a 100 puntos: CV Excelente.
		- Función social.	Interacciones con otras personas.	20, 32	
		- Función emocional.	Equilibrio emocional.	17, 18, 19	
		- El bienestar emocional.	Tranquilidad y seguridad.	24, 25, 26, 28, 30	
- Cambio de salud.	Percepción de su salud general desde hace 1 año.	2			

* Los ítems de calidad de vida corresponden al cuestionario SF-36 (Anexo 1)

** 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.

V. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN:

5.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN:

Se realizará un estudio de tipo descriptivo, transversal, observacional y correlacional. En donde se evaluará mediante una ficha de recolección – cuestionario de datos de los pacientes hipertensos que acudieron a su control al Hospital Simón Bolívar durante el año 2023, y mediante llamada telefónica. Logrando conocer las situaciones y actitudes predominantes en su calidad de vida, para lograr nuestros objetivos establecidos (26).

POBLACIÓN:

La población en estudio estará conformada por los pacientes hipertensos que acudieron a su control al Hospital Simón Bolívar durante el año 2023.

5.2. TÉCNICA DE MUESTREO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Diseño de investigación: estudio observacional, descriptivo, trasversal y correlacional.

Se utilizará la siguiente fórmula para el cálculo de la población a estudiar:

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$

Dónde; **n**: tamaño de la **muestra**.

z: nivel de confianza según la distribución normal estándar (para un nivel de confianza de 95%, $z = 1,96$)

p: proporción estimada de la población que presenta la característica (en este caso se utilizará una proporción de 18% dato reportado en 2017 por Silva N en: “Calidad de vida de los integrantes de la asociación de hipertensos la Tulpuna, Cajamarca, 2016” de personas que consideraron buena calidad de vida) (27).

d: margen de error tolerado (en este caso 5%)

$$n = \frac{(1,96)^2 0,18(1-0,18)}{0,05^2}$$
$$n = 226$$

Por lo tanto, el tamaño de muestra es de 226 pacientes, con diagnóstico de hipertensión arterial.

- **Criterios de inclusión:**
 - Pacientes mayores de 18 años de ambos sexos, con diagnóstico de hipertensión arterial, tratados o no, con o sin comorbilidades, que fueron atendidos en el Hospital Simón Bolívar – Cajamarca. 2023, con historial clínico necesario.
- **Criterios de exclusión:**
 - Expediente clínico incompleto, negativa de los pacientes, deterioro cognitivo o problemas mentales y no respuesta al llamado telefónico.

5.3. FUENTES E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La unidad de análisis está conformada por las historias clínicas de los usuarios hipertensos que acuden a su control al Hospital Simón Bolívar - 2023, teniendo como base principal la ficha de recolección de datos - cuestionario aplicado a cada integrante mediante entrevista y/o además de llamada telefónica para verificar su calidad de vida. Se procederá a realizar preguntas adicionales con base en el cuestionario SF-36, que es uno de los cuestionarios más utilizados en nuestro medio para evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas (8, 20), para medir las dimensiones de la calidad de vida (función física, rol físico, dolor corporal, función social, rol emocional, salud mental, vitalidad, salud general), (Ver Anexo 2).

5.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

La metodología se realizará aplicando la ficha de recolección de datos – cuestionario, a las historias clínicas y a los usuarios hipertensos que acudieron a su control al Hospital Simón Bolívar - 2023. En los casos donde algunos pacientes por su nivel educativo o condición física no pudieron diligenciar el instrumento se les brindó colaboración por parte del investigador. Previamente los pacientes fueron informados sobre el objetivo de la investigación y confidencialidad de los resultados, aceptando a través de un consentimiento informado (Ver Anexo 3).

Instrumentos de recolección de datos:

En el presente estudio se utilizó el instrumento SF-36, conocido por sus siglas en inglés "Short Form 36 Health Survey", el cual evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Este cuestionario consta de 36 ítems

distribuidos en 9 dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, energía/fatiga, funcionamiento social, función emocional, bienestar emocional y cambio de salud. Las respuestas obtenidas fueron transformadas en puntajes cuantitativos, utilizando una escala de 0 a 100, donde 0 representa el peor nivel de salud y 100 el mejor.

- **Proceso de conversión de las respuestas para cada ítem:**

- **Identificación de la escala de respuesta:** El SF-36 emplea diversas escalas, tales como la escala Likert, opciones múltiples y respuestas numéricas.
- **Codificación de respuestas:** Las respuestas se codificaron numéricamente según la escala aplicada en cada ítem.
- **Recodificación de ítems:** En algunos casos, los ítems fueron recodificados para asegurar que las respuestas más altas reflejen un mayor bienestar, invirtiendo el orden cuando fue necesario.
- **Promediar o sumar los ítems:** Los puntajes de cada dimensión se calcularon sumando o promediando los puntajes de los ítems correspondientes.

- **Escalado de los puntajes de las dimensiones:**

Una vez obtenidos los puntajes de los ítems, estos se transformaron a una escala de 0 a 100 utilizando la siguiente fórmula:

$$PuntajeEscalado = \left(\frac{PuntajeObtenido - PuntajeMínimo}{PuntajeMáximo - PuntajeMínimo} \right) \times 100$$

- **Interpretación de los puntajes:**

Los puntajes escalados, que varían entre 0 y 100, permiten una interpretación sencilla de la calidad de vida de los pacientes:

- **Cercano a 100:** Buena calidad de vida.
- **Cercano a 0:** Mala calidad de vida.

- **Categorización de los resultados:**

Los puntajes obtenidos de cada dimensión y de los componentes físicos y mentales se clasificaron en las siguientes categorías de calidad de vida:

- **Excelente:** 85-100
- **Bueno:** 70-84
- **Moderado:** 50-69
- **Pobre:** Menos de 50

- **ANÁLISIS DE DATOS**

El procesamiento de la información se realizará utilizando matrices en el programa Microsoft Excel, para facilitar el procesamiento, análisis y comparación en el programa SPSS versión 25 y los resultados serán presentados en los cuadros estadísticos comprensibles.

Para analizar la relación entre la hipertensión arterial y la calidad de vida en los pacientes atendidos en el consultorio externo del Hospital Simón Bolívar de Cajamarca, se emplearán diversos métodos estadísticos, seleccionados de acuerdo con las características de los datos recolectados.

Análisis de varianza (ANOVA): Se utilizará el ANOVA de una sola vía para comparar las puntuaciones obtenidas en el cuestionario SF-36 entre los distintos grupos de hipertensión arterial (normal, elevada, grado I y grado II). Este análisis permitirá determinar si existen diferencias significativas en la calidad de vida entre los pacientes clasificados en los diferentes niveles de hipertensión.

Correlación de Pearson o Spearman: Para examinar la relación entre las puntuaciones globales del SF-36 y las mediciones de presión arterial (sistólica y diastólica), se llevará a cabo un análisis de correlación. En caso de que los datos presenten una distribución normal, se aplicará el coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la intensidad y dirección de la relación entre ambas variables. Si la distribución de los datos no es normal, se utilizará el coeficiente de correlación de Spearman como alternativa no paramétrica. Este análisis permitirá determinar en qué medida los cambios en la presión arterial están relacionados con las variaciones en la calidad de vida de los pacientes.

- **CONTROL DE CALIDAD DE DATOS**

Se realizará aceptando una confiabilidad del 95%.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández - Vásquez A, Carrillo - Morote B, Azurin - Gonzales V, Turpo - Cayo E, Azañedo D. Análisis espacial de la hipertensión arterial en adultos peruanos, 2022. Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc. Lima. 2023; 4(2): 48 - 54. [Recuperado el 01 de junio de 2024]. Doi: 10.47487/apcyccv.v4i2.296
2. Charchar et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. J Hypertens. Australia. 2024; 42: 23 – 49. [Recuperado el 01 de junio de 2024]. DOI:10.1097/HJH.0000000000003563
3. Figueroa G., Pacheco Z, Estupiñan J, Aguilar S. Manejo de la hipertensión arterial. Actualización. RECIAMUC, Ecuador. 2024; 8(2): 92-102. [Recuperado el 01 de junio de 2024]. Doi: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(2\).abril.2024.92-102](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.92-102)
4. Unger T, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. J Hypertens. Netherlands. 2020; 38 (6): 982 – 1004. [Recuperado el 02 de febrero de 2021]. Doi:10.1097/hjh.0000000000002453
5. Diosdado M. MINICHAL e items predictores de peor calidad de vida en el varón con hipertensión arterial. Rev Esp Salud Pública. España. 2024; 98: 1-13. [Recuperado el 01 de junio de 2024]. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/407/646>
6. Pawlak A. The quality of life of patients with arterial hypertension in the bio-psycho-social dimension of health. Review of the literatura. Folia Cardiologica. Polonia. 2022; 17(6): 351 – 355. [Recuperado el 01 de junio de 2024]. Doi: 10.5603/fc.a2022.0063
7. Silvério G, et al. Prevalence and factors associated with arterial hypertension in adults living in Senador Canedo, Goiás, Brazil: a population - based study, 2016. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília. 2021; 30(1): 1 – 11. [Recuperado el 02 de febrero de 2021]. Doi: 10.1590/s1679-49742021000100009

8. Aimara L, Sánchez M, Acosta E, Llanos J, Ávila A. Análisis de caso de “Calidad de vida de paciente con hipertensión arterial más hipotiroidismo”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*. Paraguay. 2023; 4(1), 2531–2546. [Recuperado el 01 de junio de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.435>
9. Bhagat S, Mahajan H, Srivastava S, Juneja K. Quality of life and its determinants among hypertensive patients in a rural area of district Gautam Buddha Nagar, Uttar Pradesh – A community - based cross - sectional study. *J Family Med Prim Care*. India. 2024; 13: 607 -12. [Recuperado el 01 de junio de 2024]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc11006031/pdf/jfmpc-13-607.pdf>
10. Huerta J, Arroyo F, Miranda C. Nivel de adherencia terapéutica en un grupo de adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial. *CuidArte*. México. 2024; 13(25): 1 - 14. [Recuperado el 01 de junio de 2024]. Doi: [10.22201/fesi.23958979e.2024.13.25.85416](https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2024.13.25.85416)
11. Prevolnik V. Costs and quality of life in patients with systemic arterial hypertension in Slovenia. *Value Health Reg Issues*. Slovenia. 2023; 33: 49 – 55. [Recuperado el 01 de junio de 2024]. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2022.09.001>
12. Suciú et al. Factors influencing adherence to treatment and quality of life for a group of patients with essential hypertension in Romania. *Patient Preference and Adherence*. Romania. 2021; 15: 483 – 491. [Recuperado el 07 de marzo de 2021]. Available from: <https://www.dovepress.com/patient-preference-and-adherence-journal>
13. Snarska K, et al. Quality of life of patients with arterial hypertension. *Medicina*. Polonia. 2020; 56 (459): 1 – 11. [Recuperado el 07 de marzo de 2021]. Doi:10.3390/medicina56090459
14. Serrano E, et al. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Médica MD*. México. 2018; 9(2):146-151. [Recuperado el 07 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2017/md172g.pdf>

15. Heredia K. Factores de riesgo y calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en una unidad de rehabilitación física, Pasaje 2023. Tesis para obtener el grado académico de: maestra en gestión de los servicios de la salud. Piura. 2023. [recuperado el 01 de junio de 2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/132705/heredia_ekm-sd.pdf?sequence=1&isallowed=y
16. Pinto M. Calidad de vida en personas con hipertensión arterial atendidas en un consultorio de cardiología de un establecimiento de salud en Comas, 2023. Lima. 2023. [Recuperado el 01 de junio de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/845/pinto_me_tesis_enfermeria_2023.pdf?sequence=1&isallowed=y
17. Matta L. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a un policlínico ubicado en Los Olivos. Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública. Lima. 2021; 1(2): 71 - 77. [Recuperado el 01 de junio de 2024]. Doi: 10.53684/csp.v1i2.29
18. Lozada - Zapata A. Calidad de vida y adherencia terapéutica en un programa de hipertensión arterial. Rev. Salud Pública. Piura. 2020; 22(6): 618 - 625. [Recuperado el 01 de junio de 2024]. Doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n6.88007a>
19. Astonitas L. "Calidad de vida en ancianos con hipertensión arterial atendidos en el consultorio de adulto mayor del policlínico Próceres, Santiago de Surco, Lima – 2019". Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Lima. 2020. [recuperado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/123456789/3752>
20. Castañeda C, Zelada M. "Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos mayores, atendidos en el centro del adulto mayor Essalud Cajamarca – Perú - 2023". Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Cajamarca. 2023. [Recuperado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/upagu/1174/tesis%20hipertension%20maria%20y%20lorena.pdf?sequence=1&isallowed=y>

21. Rodrigo M. "Conocimientos y calidad de vida de vida de los pacientes con hipertensión arterial. Puesto de Salud de Cuyumalca, Chota. 2017". Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Chota. 2021. [Recuperado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unach.edu.pe/handle/unach/152>
22. Herrera J, Oblitas A. Calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Chota, 2017. ACC CIETNA. Chiclayo. 2020; 7 (1): 31 – 41. [Recuperado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/354/769>
23. Tarrillo L. Calidad de vida y valoración social del adulto mayor con hipertensión arterial. Programa del adulto mayor, Hospital José Soto Cadenillas Chota - 2020. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Chota, 2022. [Recuperado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4772/tesis%20final%2c%20calidad%20de%20vida%20y%20valoracion%20social%20del%20adulto%20mayor%20con%20hipertension%20arterial%2c%20leyla%20yulisa%20tarrillo%20rojas.pdf?sequence=1&isallowed=y>
24. Baca C. Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo en usuarios del centro médico Prevenir, Jaén. 2023. Tesis para optar el título profesional de licenciado tecnólogo médico en laboratorio clínico y anatomía patológica. Jaén. 2024. [Recuperado el 02 de junio de 2024]. Disponible en: http://repositorio.unj.edu.pe/bitstream/unj/632/4/t_baca%20aquirre_tm_2024.pdf
25. Guía de práctica clínica para el manejo de la hipertensión arterial esencial. Guía en versión corta. EsSalud. 2022. Lima. [Recuperado el 02 de junio de 2024]. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-HTA-esencial_Version-corta.pdf
26. Hernández R, et al. Metodología de la Investigación. 6ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2014. Pág. 200 - 208.

27. Silva N. Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor La Tulpuna, Cajamarca, 2016. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Cajamarca. 2017

VII. ANEXOS:

ANEXO 01.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y CUESTIONARIO SF-36.

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Edad: (... años) **Sexo:** () Masculino () Femenino. **Talla (cm).** **Peso (Kg).**
Tabaquismo: () Si, () No. **Diabetes:** () Si, () No.
Estado Civil: () Soltero. () Casado. () Conviviente. () Divorciado. () Viudo
Grado de instrucción: () Sin instrucción. () Primaria. () Secundaria. () Superior técnico. () Superior Universitario.
Condición de ocupación: () Estable () Eventual () Sin Ocupación () Jubilado
Rol que cumple en su familia: () Padre/Madre. () Hijo/Hija. () Tío/Tía. () Sobrino/Sobrina. () Otro.
Presión máxima sistólica (...mmHg). **Presión máxima diastólica (...mmHg).**
Otras enfermedades:
Años de evolución de la enfermedad: **Número de fármacos usados:**

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 (Marque una sola respuesta)

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es anónimo y será utilizado solo para fines de investigación. Se le ruega que sea sincera(o) en sus respuestas. Muchas gracias.

1) En general, usted diría que su salud es:

Excelente (5)	Muy buena (4)	Buena (3)	Regular (2)	Mala (1)
---------------	---------------	-----------	-------------	----------

2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año (5)	Algo mejor ahora que hace un año (4)	Más o menos igual que hace un año (3)	Algo peor ahora que hace un año (2)	Mucho peor ahora que hace un año (1)
---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

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 para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?			
5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?			
6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?			
7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?			
8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?			
9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?			
10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?			
11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?			

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

	Sí (1)	No (2)
13) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?		
14) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?		
15) Durante las últimas 4 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 últimas 4 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?		
17) Durante las últimas 4 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 últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
19) Durante las últimas 4 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 últimas 4 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
5	4	3	2	1

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

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

22) Durante las últimas 4 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
5	4	3	2	1

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

	Siempre (6)	Casi siempre (5)	Muchas veces (4)	Algunas veces (3)	Sólo alguna vez (2)	Nunca (1)
23) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						

	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Muchas veces (3)	Algunas veces (4)	Sólo alguna vez (5)	Nunca (6)
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?						

	Siempre (6)	Casi siempre (5)	Muchas veces (4)	Algunas veces (3)	Sólo alguna vez (2)	Nunca (1)
26) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
27) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?						

	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Muchas veces (3)	Algunas veces (4)	Sólo alguna vez (5)	Nunca (6)
28) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?						

	Siempre (6)	Casi siempre (5)	Muchas veces (4)	Algunas veces (3)	Sólo alguna vez (2)	Nunca (1)
30) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?						

	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Muchas veces (3)	Algunas veces (4)	Sólo alguna vez (5)	Nunca (6)
31) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?						
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 amigos o familiares)?						

Por favor, diga si le parece cierta o falsa 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					

	Totalmente cierta (5)	Bastante cierta (4)	No lo sé (3)	Bastante falsa (2)	Totalmente falsa (1)
34) Estoy tan sano como cualquiera					

	Totalmente cierta (1)	Bastante cierta (2)	No lo sé (3)	Bastante falsa (4)	Totalmente falsa (5)
35) Creo que mi salud va a empeorar					

	Totalmente cierta (5)	Bastante cierta (4)	No lo sé (3)	Bastante falsa (2)	Totalmente falsa (1)
36) Mi salud es excelente					

ANEXO 02.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título de la investigación:**

“RELACIÓN ENTRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR – CAJAMARCA. 2023”.

- **Objetivo de la investigación:**

Establecer la relación entre la hipertensión arterial y la calidad de vida de los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Simón Bolívar – Cajamarca. 2023.

Yo..... identificado (a) con DNI
N°....., domiciliado(a) en:

.....
mediante la información dada por el médico Francisco Puitiza Vergaray; acepto y **doy mi consentimiento autónomo y voluntario para** brindar fidedignamente la información solicitada de manera personal, teniendo en cuenta de que ésta será confidencial y mi identidad no será revelada en ningún caso.

En señal de conformidad, acepto voluntariamente y dejo manifiesta mi voluntad de participar en el estudio de la referencia, teniendo en cuenta **los objetivos, beneficios y riesgos** de los procedimientos de la investigación luego de haber sido informado por el investigador responsable.

Cajamarca, de..... del 202 .

Firma y huella del paciente:
DNI N°:

Firma del Investigador:
DNI N°:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactarse con el investigador: Puitiza Vergaray, Francisco.

Email: frapuve@hotmail.com

Teléfono: 992714600