

# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA**

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



**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN  
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL DISTRITO DE CHOTA, 2026**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS:**

**BACH. DENYS SOLEDAD APAÉSTEGUI FUSTAMANTE**

**<https://orcid.org/0009-0007-8886-061X>**

**BACH. DEYSI ANALI IDROGO GAVIDIA**

**<https://orcid.org/0009-0002-2179-5941>**

**ASESOR:**

**MG. WILDER OVIDIO CARRANZA CARRANZA**

**0000-0001-5365-9499**

**CHOTA- PERÚ**

**2026**



“AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA”

CONSTANCIA N° 01-2026- WOCC

## CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD Y USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

El que suscribe, en calidad de asesor de tesis, deja constancia que el informe final de tesis titulado:

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL DISTRITO DE CHOTA, 2026

Elaborado por: DENYS SOLEDAD APAÉSTEGUI FUSTAMANTE, DEYSI ANALI IDROGO GAVIDIA BACHILLERES en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, fue sometido a la evaluación mediante el **software de similitud**, considerando el contenido comprendido desde el resumen hasta las referencias bibliográficas.

El resultado obtenido es:

| Porcentaje de similitud                                                                                                                                  | Porcentaje de uso de Inteligencia Artificial | Criterio de originalidad |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|
| 18%                                                                                                                                                      | *%                                           | <i>Si cumple</i>         |
| Literal e) del artículo 27 del <b>Reglamento de Grados y Títulos</b> , aprobado mediante <b>Resolución de Comisión Organizadora N.º 770-2025-UNACH</b> . |                                              |                          |

Se adjunta el reporte de evaluación de originalidad emitido por el software de similitud.

Chota, 08 de septiembre de 2026

  
Mg. Wilder O. Carranza Carranza  
C.E.P. 73490

Carranza Carranza Wilder Ovidio  
Asesor



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Unidad de Investigación**



**Acta de sustentación Informe final de tesis**

El jurado evaluador designado con RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 114-2025-FCCSS-UNACH/C :

| Nombres y apellidos               | Cargo      |
|-----------------------------------|------------|
| Dr. José Uberli Herrera Ortiz     | Presidente |
| Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza | Secretario |
| Dra. Luz Guisela Bustamante López | Vocal      |

De la tesis titulada:

Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud del distrito de Chota, 2026

Que ha sustentado el (los) Bachiller (es):

| Nombres y apellidos                 | DNI      |
|-------------------------------------|----------|
| Deysi Anali Idrogo Gavidia          | 74713625 |
| Denys Soledad Apaéstegui Fustamante | 71840785 |

Para obtene el titulo profesional de:

|                              |
|------------------------------|
| Lincenciado(a) en Enfermería |
|------------------------------|

Acuerdan por:

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Unanimidad |
| <input type="checkbox"/>            | Mayoria    |

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Aprobar    |
| <input type="checkbox"/>            | Desaprobar |

Otorgando la calificacion de:

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Aprobado  |
| <input type="checkbox"/>            | Excelente |
| <input type="checkbox"/>            | Bueno     |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Regular   |

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Desaprobado |
|--------------------------|-------------|

Colpa Matara, 15 de setiembre de 2026

Dr. José Uberli Herrera Ortiz  
Presidente

Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza  
Secretario

Dra. Luz Guisela Bustamante López  
Vocal

Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza  
Asesor



## COMITÉ CIENTÍFICO



Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza  
**Asesor**



Dr. José Uberli Herrera Ortiz  
**Presidente**



Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza  
**Secretario**



Dra. Luz Guisela Bustamante López  
**Vocal**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios todopoderoso, por acompañarnos y guiarnos durante todo este proceso, brindándonos la fortaleza, sabiduría y perseverancia necesarias para culminar satisfactoriamente este estudio. Su amor infinito y misericordia fueron fuente de inspiración y motivación para superar cada dificultad y continuar firmes hasta alcanzar los objetivos propuestos.

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de Chota por brindarnos una formación académica de calidad. Reconocemos y valoramos profundamente la oportunidad de haber sido parte de esta prestigiosa institución, cuyo compromiso con la educación ha contribuido de manera significativa a nuestro desarrollo tanto profesional como personal, constituyéndose en un pilar esencial para nuestra formación integral.

A nuestros padres, por brindarnos un amor incondicional y realizar innumerables sacrificios para acompañarnos en cada etapa de nuestra vida; por depositar su confianza en nosotros y alentarnos constantemente a seguir adelante, enseñándonos con su ejemplo que, ante las dificultades y desafíos, debemos mantener la perseverancia y nunca renunciar a nuestros sueños.

A nuestro asesor, Dr. Wilder Ovidio Carranza Carranza, por su orientación experta, sus lecciones valiosas y su acompañamiento en cada fase de esta investigación.

Finalmente, expresamos nuestro sincero agradecimiento a todas las personas que participaron voluntariamente en el desarrollo de esta investigación, brindando su valiosa colaboración y proporcionando la información necesaria para la obtención de los datos.

**A:**

Dios, por brindarnos fortaleza, sabiduría y perseverancia durante todo este recorrido, permitiéndonos superar cada desafío y alcanzar esta importante etapa de nuestra formación profesional.

A nuestros padres, familiares y amigos cercanos, por constituirse en un apoyo fundamental y una fuente permanente de motivación para continuar creciendo y superándonos. Su confianza, acompañamiento y orientación fueron esenciales para perseverar en el camino y hacer realidad esta anhelada meta.

Deysi y Denys.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

|                                                                                                                                                                                | Pág. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>RESUMEN</b>                                                                                                                                                                 | viii |
| <b>ABSTRACT</b>                                                                                                                                                                | ix   |
| <br>                                                                                                                                                                           |      |
| <b>CAPÍTULO I</b>                                                                                                                                                              | 1    |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>                                                                                                                                                            | 1    |
| <br>                                                                                                                                                                           |      |
| <b>CAPÍTULO II</b>                                                                                                                                                             |      |
| <b>MARCO TEÓRICO</b>                                                                                                                                                           | 6    |
| 2.1. Antecedentes del estudio                                                                                                                                                  | 6    |
| 2.2. Bases conceptuales                                                                                                                                                        | 10   |
| 2.3. Definición de términos básicos                                                                                                                                            | 21   |
| <br>                                                                                                                                                                           |      |
| <b>CAPÍTULO III</b>                                                                                                                                                            |      |
| <b>MARCO METODOLÓGICO</b>                                                                                                                                                      | 22   |
| 3.1. Ámbito de estudio                                                                                                                                                         | 22   |
| 3.2. Diseño de investigación                                                                                                                                                   | 22   |
| 3.3. Población, muestra y unidad de estudio                                                                                                                                    | 23   |
| 3.4. Operacionalización de las variables                                                                                                                                       | 25   |
| 3.5. Descripción de la metodología                                                                                                                                             | 27   |
| 3.6. Procesamiento y análisis de datos                                                                                                                                         | 29   |
| <br>                                                                                                                                                                           |      |
| <b>CAPÍTULO IV</b>                                                                                                                                                             |      |
| <b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>                                                                                                                                                  | 30   |
| 4.1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026         | 30   |
| 4.2. Determinar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre hipertensión arterial atendidos en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026             | 37   |
| 4.3. Determinar el nivel de prácticas de autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026                     | 40   |
| 4.4. Determinar la relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026 | 43   |
| <br>                                                                                                                                                                           |      |
| <b>CAPÍTULO V</b>                                                                                                                                                              |      |
| <b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>                                                                                                                                          | 47   |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                                                                                                                                              | 49   |
| <b>ANEXOS</b>                                                                                                                                                                  | 61   |

## ÍNDICE DE TABLAS

|                                                                                                                                                                                       | Pág. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en un establecimiento de salud del distrito de Chota, 2026.                    | 30   |
| <b>Tabla 2</b> Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en los pacientes atendidos en un establecimiento de salud del distrito de Chota, 2026                                | 37   |
| <b>Tabla 3</b> Nivel de prácticas de autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en un establecimiento de salud del distrito de Chota, 2026                      | 40   |
| <b>Tabla 4</b> Relación entre conocimiento y prácticas de autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial atendidos en un establecimiento de salud del distrito de Chota, 2026 | 43   |

## ÍNDICE DE ABREVIACIONES

|       |                                             |
|-------|---------------------------------------------|
| ACV   | : Accidente cerebrovascular                 |
| AM    | : Adulto mayor                              |
| ENDES | : Encuesta Demográfica y de Salud Familiar  |
| HTA   | : Hipertensión arterial                     |
| OMS   | : Organización Mundial de la Salud          |
| OPS   | : Organización Panamericana de la Salud     |
| PA    | : Presión arterial                          |
| PNMS  | : Política Nacional Multisectorial de Salud |

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026. Estudio de enfoque cuantitativo, tipo observacional, diseño no experimental, relacional y transversal, en el cual participaron 50 pacientes con hipertensión arterial, se utilizaron como instrumentos un cuestionario que mide el nivel de conocimiento sobre HTA y una escala para medir las prácticas de autocuidado y como técnica de recolección la encuesta. Los resultados revelaron que el 84% de los participantes fueron adultos mayores; el 68% correspondió a mujeres; el 98% provenía de zonas rurales; el 54% convivía con familiares; el tiempo de enfermedad osciló entre 2 y 44 años; en cuanto al conocimiento, el 52% presentó un conocimiento adecuado; y el 92% presentó prácticas de autocuidado inadecuadas. La prueba de hipótesis, evaluada mediante la prueba exacta de Fisher, mostró un nivel de significancia de  $p = 1,000$ . En conclusión, no existe una asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial.

**Palabras clave.** Hipertensión arterial, autocuidado, nivel de conocimiento.

## **ABSTRACT**

The study aimed to determine the relationship between knowledge and self-care practices among patients with arterial hypertension at a health facility in the Chota district in 2026. This was a quantitative, non-experimental, relational, and cross-sectional study involving 50 patients with arterial hypertension. Data collection was conducted via surveys using two instruments: a questionnaire to measure the level of knowledge regarding hypertension and a scale to measure self-care practices. The results revealed that 84% of the participants were older adults; 68% were women; 98% came from rural areas; and 54% lived with family members. The duration of the condition ranged from 2 to 44 years. Regarding knowledge, 52% demonstrated adequate knowledge, while 92% exhibited inadequate self-care practices. Hypothesis testing, evaluated using Fisher's exact test, showed a significance level of  $p = 1.000$ . In conclusion, there is no statistically significant association between knowledge and self-care practices among patients with arterial hypertension.

**Keywords:** High blood pressure, self-care, level of knowledge.

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

La hipertensión arterial (HTA) es una patología crónica que se caracteriza por niveles elevados de presión de sangre en las arterias, esto produce un incremento significativamente la probabilidad de presentar complicaciones cardiovasculares y renales, entre ellas el infarto de miocardio, el accidente cerebrovascular (ACV) y el deterioro de la función renal, afectando con mayor frecuencia a los adultos mayores (AM). En este escenario, el autocuidado comprende el conjunto de conductas y hábitos que los AM desarrollan para contribuir al control de la presión arterial (PA) y conservarla en niveles adecuados. Estas prácticas comprenden el seguimiento adecuado del tratamiento prescrito, el mantenimiento de una alimentación saludable y balanceada, la práctica frecuente de actividad física, el control adecuado del estrés, la reducción o abandono del consumo de alcohol y tabaco, así como la vigilancia periódica de la PA [1].

En 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que aproximadamente uno de cada tres adultos a nivel mundial presentaba HTA. Asimismo, cerca de la mitad desconocía que padecía esta enfermedad y aproximadamente el 80 % no recibía un tratamiento adecuado. En cuanto a las prácticas de autocuidado, aunque alrededor del 70% de las personas con HTA realiza acciones como una alimentación saludable o actividad física, solo cerca del 40% controla su PA regularmente y menos del 25% mantiene una adherencia óptima al tratamiento farmacológico, factores que limitan el control efectivo de la enfermedad y aumentan el riesgo de complicaciones [2,3].

En las Américas, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2024, la HTA afectó entre el 20% y el 40% de los AM, sumando alrededor de 250 millones de personas, solo el 37% de las personas con HTA están diagnosticadas, de las cuales el 15% no recibe tratamiento, y el 47% de quienes están en tratamiento no logran controlar adecuadamente su presión arterial. Se evidencia un limitado conocimiento y escaso cumplimiento del autocuidado, asociado a dificultades en la adherencia al tratamiento, seguimiento médico, acceso a medicamentos y educación sobre hábitos saludable [4,5].

En México, según la OPS (2023), más del 40% de la población desconocía las consecuencias a largo plazo de la HTA no tratada, favoreciendo un control inadecuado de la enfermedad. Asimismo, cerca del 30% de los adultos mayores con HTA en América Latina enfrenta limitaciones económicas para el acceso a medicamentos y atención en salud, situación que afecta la adherencia terapéutica y la adopción de estilos de vida saludables, incrementando el riesgo de complicaciones como infarto, accidente cerebrovascular y daño renal [6,7].

En Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, el 22,1% de las personas mayores de 15 años presentó HTA, cifra que representa aproximadamente a 5,5 millones de personas. La prevalencia es mayor en hombres (21,6%) que en mujeres (13,2%) y se concentra especialmente en la costa peruana, en regiones como Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Áncash y Lima, así como en algunas zonas de la sierra norte y regiones de la selva. En cuanto a las prácticas de autocuidado, se observa que solo alrededor del 40% de pacientes con HTA mantienen controlado su PA, y menos del 30% cumple adecuadamente con la adherencia al tratamiento [8].

En Cajamarca, según información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en 2023 el 20,6% de las personas de 15 años a más presentó HTA, con una prevalencia ligeramente superior en mujeres (21,3%) respecto a los hombres (19,8%). Asimismo, el 73,7% de la población manifestó haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez, siendo mayor este porcentaje en el área urbana (78,0%) que en la rural (71,3%). Estas cifras resaltan la importancia de fortalecer las acciones orientadas al control de la HTA y la prevención de factores de riesgo en la población cajamarquina [9,10].

La HTA puede ocasionar graves complicaciones; enfermedades cardiovasculares, ACV, enfermedad renal crónica, problemas visuales, aneurismas, demencia y síndrome metabólico, debido al daño que la presión alta provoca en las arterias y órganos vitales como corazón, cerebro, riñones y ojos, lo que resalta la importancia de un control adecuado. El nivel de conocimiento sobre HTA, que incluye comprensión de sus causas, síntomas, tratamiento y la relevancia de un estilo de vida saludable, es fundamental para promover prácticas de autocuidado efectivas,

tales como adherirse al tratamiento, dietas bajas en sodio, actividad física, monitorear la presión, evitar hábitos nocivos como fumar o beber alcohol en exceso y acudir a controles médicos regulares, lo cual mejora el manejo y control de la enfermedad [11].

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) “Perú, País Saludable”, implementada por el Ministerio de Salud, es un plan con enfoque territorial y multisectorial que busca mejorar la salud de las personas, familias y comunidades a lo largo de su vida. Esta política orienta la gestión de los Gobiernos Regionales y Locales en la prestación de servicios de salud, interviniendo sobre los determinantes sociales prioritarios y promoviendo un cuidado integral por el curso de vida. Sus objetivos principales consisten en promover hábitos y estilos de vida saludables, garantizar el acceso oportuno a servicios de salud integral y de calidad, y optimizar las condiciones de vida que propician vulnerabilidad y riesgos sanitarios, con énfasis particular en la prevención de enfermedades. El PNMS se basa en principios de derecho, equidad, primaria, gestión territorial y coordinación multisectorial para garantizar un abordaje integral de la salud de la población [12].

En Chota, un estudio realizado en el Hospital José Soto Cadenillas reporta una prevalencia significativa de hipertensión arterial en AM. Se evidenció que aproximadamente el 42,3% de las personas con edades entre 60 y 70 años presenta HTA, de las cuales el 63,5% son mujeres y el 40,4% cuentan con nivel educativo de primaria. Además, el 94,2% de estos adultos mayores hipertensos presentan prácticas de autocuidado deficientes, a pesar de los desafíos que conlleva la enfermedad, lo que resalta la importancia de fortalecer la educación y acompañamiento para mejorar el control y calidad de vida de esta población [13].

En este contexto, resulta fundamental examinar de qué manera el nivel de conocimiento acerca de la HTA se relaciona con las prácticas de autocuidado que desarrollan los adultos mayores que padecen esta enfermedad. Asimismo, resulta clave detectar las barreras que obstaculizan su comprensión o la adopción de hábitos saludables. Este asunto reviste gran importancia para los sistemas de salud, dado que influye en la efectividad de los tratamientos y en el bienestar global de esta población vulnerable; por ello, surge la necesidad imperiosa de formular

una investigación al respecto “Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026”.

Lo planteado permitió formular la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026? La hipótesis a demostrar fue: existe relación significativa entre el conocimiento y prácticas de autocuidado del paciente con hipertensión arterial atendido en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026.

El objetivo general fue: determinar la relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026; los objetivos específicos: identificar las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026. Determinar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre hipertensión arterial atendidos en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026 y Determinar el nivel de prácticas de autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026.

Los resultados revelaron que el 84% de los participantes fueron adultos mayores; el 68,2% correspondió a mujeres; el 98% provenía de zonas rurales; el 54% convivía con familiares; el tiempo de enfermedad osciló entre 2 y 44 años; en cuanto al conocimiento, el 52% presentó un conocimiento adecuado; y respecto a las prácticas de autocuidado, el 92% mostró prácticas inadecuadas de autocuidado.

La presente investigación se encuentra organizada en cinco capítulos. El Capítulo I: Introducción presenta la problemática de estudio y los principales datos estadísticos relacionados con el tema investigado. El Capítulo II: Marco teórico comprende los antecedentes, las bases conceptuales y científicas que sustentan las variables de estudio, además de la definición de los términos básicos. El Capítulo III: Marco metodológico describe el ámbito donde se desarrollará la investigación, el diseño, la operacionalización de las variables, así como los

métodos, materiales y técnicas empleadas para la recopilación de información. El Capítulo IV: Resultados y discusión expone los hallazgos obtenidos a partir de la información proporcionada por los participantes y los contrasta con los resultados de investigaciones previas. Finalmente, el Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones presenta las principales conclusiones derivadas del estudio y las recomendaciones correspondientes; asimismo, se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos que complementan y respaldan la investigación

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes del problema**

##### **A nivel internacional**

Álvarez et al. En México en el 2024, realizaron una investigación con la finalidad de determinar, el nivel de conocimiento y el autocuidado de pacientes con HTA, estudio de enfoque cuantitativo, relacional, transversal, la muestra se constituyó por 119 AM; Los resultados evidenciaron que el 39% de los participantes presentó un nivel bajo de conocimiento y autocuidado, mientras que únicamente el 22% alcanzó un nivel alto. En cuanto a las prácticas de autocuidado, el 28% mostró un nivel bajo, el 32% presentó un nivel medio y el 40% alcanzó un nivel alto. Asimismo, se encontró que el 70% de los participantes provenía de la zona rural, mientras que el 30% correspondía a la zona urbana. Respecto al sexo, el 60% de los participantes fueron de sexo femenino. Concluyen que existe relación significativa entre nivel de conocimiento y buenas prácticas de autocuidado en pacientes con HTA mediante chi-cuadrado ( $p < 0,05$ ) [14].

Ojeda M. en Ecuador en el 2023, realizó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas de autocuidado, estudio cuantitativo, analítico, prospectivo y longitudinal, la muestra fue de 25 AM. Los resultados muestran que en cuanto al grupo etario el 48% tuvo entre 60 a 80 años, en el grado de instrucción el 48% presentó primaria, el 52% de los participantes presentó conocimiento medio sobre HTA. En cuanto a las prácticas de autocuidado predominaron las inadecuadas en el 72%. Finalmente se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado con la aplicación del coeficiente de chi cuadrado donde se obtuvo un p valor =4,720 [15].

##### **Antecedentes Nacionales**

Reyes K. En Perú en el 2024, realizó una investigación con la finalidad de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado.

Estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional, de corte transversal, la muestra se constituyó por 60 AM. Los resultados muestran que el 58,4% de los AM presentó nivel medio de conocimientos sobre autocuidado. Se encontró una asociación positiva estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre las visitas regulares a un profesional de la salud, el asesoramiento sobre el tratamiento de la PA y el conocimiento sobre el autocuidado de la HTA con la práctica del autocuidado de la PA. Concluyen que existe relación significativa entre las variables nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado ( $p = 0,025$ ) [16].

Supanta et al. En el Perú en el 2023, desarrollaron su investigación con el objetivo de determinar la evaluación entre los conocimientos sobre HTA y el autocuidado. Se realizó un estudio observacional de enfoque cuantitativo, la muestra fue de 60 AM. Los resultados mostraron que el 98,3% alcanzó un nivel alto de conocimientos sobre HTA, mientras que el 78,3% presentó un alto nivel de autocuidado. En las dimensiones del autocuidado, el nivel alto fue del 71,6% en la física, 76,6% en la social y 80% en la interna. Finalmente, no se encontró relación significativa entre variables ( $r = 0,037$ ;  $p = 0,025$ ). Se concluye que los AM tienen un alto nivel de conocimientos sobre HTA y autocuidado, pero no existe asociación significativa entre ambas variables [17].

En Perú en el 2023, Sullca GS. Efectuó su estudio cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y prácticas del autocuidado. Estudio de método deductivo con enfoque cuantitativo, diseño no experimental de tipo correlacional. Realizado en 384 pacientes hipertensos. Los resultados evidenciaron que el 56% de los participantes presentó un nivel adecuado de conocimientos sobre la HTA, mientras que el 59,4% mostró buenas prácticas de autocuidado. Asimismo, se observó que aquellos pacientes que poseían mayores conocimientos desarrollaban con mayor frecuencia prácticas adecuadas de autocuidado. En consecuencia, se concluyó que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en adultos mayores diagnosticados con HTA, según la correlación Spearman 0,275 [18].

Cerda et al. En Perú en el 2022, realizaron una investigación con el objetivo de, determinar los conocimientos, prácticas y actitudes de autocuidado en pacientes hipertensos. Estudio aplicativo, cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra se conformó por 90 pacientes. Del total de participantes, el 40% conoce y el 60% no conoce las prácticas de autocuidado. El 70% realiza prácticas adecuadas, mientras que el 30% incurre en prácticas inadecuadas. Además, el 60% de los pacientes no tiene conocimiento sobre la HTA; sin embargo, el 70% realiza prácticas adecuadas relacionadas con esta condición. Por otro lado, el 56,7% presenta actitudes medianamente favorables frente a la HTA. Concluyen que existe asociación significativa entre dichas variables mediante chi cuadrado ( $p=0,85$ ) [19].

En Perú, Ordoñez DF. En el 2022, realizó su estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con HTA. Estudio de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, correlacional y diseño observacional con una muestra de 80 AM. Los resultados evidenciaron que, en cuanto al nivel de conocimiento, el 98,8% de los participantes alcanzó una clasificación buena, mientras que el 1,3% se ubicó en el nivel regular y no se registraron casos con conocimiento deficiente. Respecto a las prácticas de autocuidado, se encontró que el 100% de los pacientes atendidos como usuarios externos presentó un nivel adecuado, sin identificarse participantes con prácticas de autocuidado inadecuadas. Se concluye que no existe asociación estadística de las prácticas y conocimiento autocuidado, según correlación de Spearman ( $p=0,110$ ) [20].

Sirlopu RE. En Perú en el 2022, realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre el conocimiento y la práctica del autocuidado. Estudio cuantitativo, correlacional y transversal, la muestra fue de 72 pacientes. Se evidencia un nivel bajo de conocimiento en el 45,8% de los participantes y un nivel medio en la práctica del autocuidado en el 44,4%. La evaluación entre las variables conocimiento y práctica del autocuidado mostró un valor significativo  $p=0,0120$ . En cuanto a la variable conocimiento en la dimensión hábitos presentó un nivel bajo (100%)  $p=0,054>0,05$  y en la dimensión control y tratamiento, nivel bajo (100%)  $p=0,009$ . Concluye que existe relación

estadísticamente significativa entre variables, según chi cuadrado ( $r=0,95$ ;  $p=0,012$  [21].

Angulo, et al. En el Perú en 2021, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado. Estudio descriptivo, correlacional de corte transversal. La muestra fue de 92 pacientes. Los resultados mostraron que el 98,8% tuvieron buen conocimiento, sobre la HTA; el 1,3% conocimiento regular. Respecto a las prácticas de autocuidado el 100% realizan prácticas adecuadas de autocuidado. Concluyendo que no existe relación significativa ( $\text{Sig}>0.05$ ) entre el conocimiento de HTA y las prácticas de autocuidado, verificándose un coeficiente Rho Spearman de  $p=0,180$  [22].

### **Antecedentes regionales/locales**

Silva S. en Cajamarca en el 2023, realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre conocimiento y prácticas de autocuidado. Estudio de enfoque cuantitativo y nivel descriptivo, correlacional y de corte transversal. Con una muestra de 50 pacientes. Los resultados muestran que el 60% tuvieron un nivel medio de conocimientos el 26% nivel bajo y el 14% nivel alto; con respecto al nivel de prácticas de autocuidado el 74% presentó nivel adecuado, el 26% nivel inadecuado. Concluye que no existe relación entre el conocimiento sobre HTA y el autocuidado, corroborado por el coeficiente Rho Spearman con  $p$  valor de 0,756 [23].

Machuca JS. En Cajamarca en el 2022, efectuó un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre conocimiento de HTA y autocuidado. Estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, observacional, descriptivo, correlacional, la muestra fue de 195 pacientes, Se obtuvo que el 64,1% presentó nivel medio de conocimiento, mientras que el 34,4% alcanzó un nivel alto. En cuanto al autocuidado, el 54,4% mostró prácticas adecuadas y el 45,6% autocuidado inadecuado. En cuanto a la variable conocimiento en su dimensión hábitos se presentó un nivel medio 56%. Concluyendo así, que los pacientes con HTA y un nivel de conocimiento alto, tienen mayor capacidad para un autocuidado, según Chi cuadrado ( $p=0,009$ ) [24].

## **2.2. Bases conceptuales**

### **2.2.1. Bases teóricas.**

La teoría del autocuidado de Orem citado por Flores [25], menciona que el autocuidado es una actividad aprendida y orientada hacia la regulación de factores que afectan el desarrollo y bienestar del individuo. Esta teoría está compuesta por tres componentes principales: la capacidad de la persona para cuidarse, las necesidades de autocuidado que debe satisfacer, el déficit que surge cuando no puede cubrirlas por sí misma y los sistemas de enfermería necesarios para apoyar, complementar o sustituir dichas acciones.

En esta teoría, Orem define los “requisitos de autocuidado” como las actividades que las personas deben llevar a cabo para preservar su salud y bienestar, las cuales pueden ser universales, propias del desarrollo o vinculadas a alteraciones en la salud. Además, describe tres sistemas de enfermería para intervenir según el nivel de capacidad del paciente para el autocuidado: sistema totalmente compensatorio (en que la enfermera realiza todas las acciones), sistema parcialmente compensatorio (trabajo conjunto enfermera-paciente) y sistema de apoyo-educación (donde el paciente asume mayor responsabilidad con la guía del profesional). Esta teoría proporciona una base fundamental para la práctica enfermera centrada en promover y mantener la autonomía del paciente.

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem se relaciona directamente con el estudio, ya que destaca la importancia del conocimiento adecuado para que el paciente pueda desarrollar y mantener conductas de autocuidado efectivas. En este contexto, un mayor nivel de conocimiento sobre la hipertensión permite que el adulto mayor asuma un rol activo y autónomo en el manejo de su condición, siguiendo recomendaciones de estilo de vida saludable, control de la presión arterial, uso adecuado de medicamentos y visitas regulares al profesional de salud, que son fundamentales para evitar complicaciones.

### **2.2.2. Conocimiento sobre hipertensión arterial**

**a) Definición.** El conocimiento es el acto consciente e intelectual de aprender, abarcando la información que el individuo posee en su mente, relacionada con hechos, conceptos, juicios e ideas. Puede ser teórico, práctico, empírico o subjetivo,

y se aplica a diversas disciplinas y experiencias. Este conocimiento se construye a partir de la observación y análisis de la realidad, y se utiliza para comprender y aprovechar el entorno [26,27].

El conocimiento sobre la HTA alude a la comprensión que poseen los pacientes de esta patología crónica, abarcando sus causas, factores de riesgo, síntomas, complicaciones posibles y la relevancia del tratamiento junto con el autocuidado. Un conocimiento apropiado habilita a los pacientes a reconocer los elementos que pueden precipitar o agravar la HTA, a entender cómo regular su PA a través de fármacos, la adopción de hábitos saludables y el cumplimiento del tratamiento indicado contribuyen a un mejor control y manejo de la enfermedad [28].

#### **b) Niveles del conocimiento**

**b.1. Conocimiento básico.** Es el conocimiento inicial o introductorio sobre un tema. Implica comprender conceptos simples y fundamentales [29].

**b.2. Conocimiento intermedio.** Involucra una comprensión más profunda y detallada de los principios, así como la capacidad de aplicar lo aprendido en situaciones comunes [29].

**b.3. Conocimiento avanzado.** Refleja un nivel de comprensión experto, que incluye no solo el dominio de los conceptos y técnicas más complejas, sino también la capacidad de resolver problemas complejos y realizar análisis profundos [29].

**b.4. Conocimiento experto.** Este nivel implica un dominio completo y exhaustivo sobre el tema, que permite a la persona generar nuevas ideas, teorías, o soluciones innovadoras en el campo de estudio [29].

**b.5. Conocimiento adecuado.** Se define como aquel que corresponde y refleja de manera precisa los caracteres esenciales y reales de un objeto, fenómeno o situación, es decir, es un conocimiento verdadero, apropiado y basado en la evidencia y comprensión correcta de la realidad. En el contexto de la salud, el conocimiento adecuado implica que una persona posee la información suficiente y correcta para comprender su condición y tomar decisiones informadas [29].

**b.6. Conocimiento inadecuado.** Se refiere a la falta de información suficiente o correcta, que se traduce en una comprensión limitada o errónea sobre un tema, lo que puede afectar negativamente la capacidad para actuar o tomar decisiones acertadas. En salud, un conocimiento inadecuado se manifiesta cuando el individuo presenta dificultades para entender su enfermedad, sigue mal las indicaciones médicas, no reconoce síntomas importantes o no puede participar activamente en su proceso de cuidado [29].

### **c) Tipos de conocimiento**

**c.1. Conocimiento intuitivo:** conocimiento que aplicamos en nuestra vida diaria y que nos facilita comprender el entorno de manera directa, a partir de la experiencia. Este saber se organiza en torno a hechos específicos, buscando establecer vínculos con situaciones o vivencias previas que guarden relación con lo que estamos observando en el momento [30].

**c.2. Conocimiento empírico:** es aquel que se adquiere a través de la experiencia directa, la observación y la interacción con el mundo. Es el conocimiento que obtenemos a través de nuestros sentidos y de la práctica, sin recurrir a teorías abstractas o deducciones lógicas [30].

**c.3. Conocimiento filosófico:** es aquel que se obtiene a través de la reflexión crítica, la razón y la argumentación sobre cuestiones fundamentales de la existencia, el conocimiento, la realidad, la moral y la metafísica [30].

**c.4. Conocimiento práctico:** se desarrolla mediante la experiencia y la práctica, constituyendo la capacidad de aplicar conocimientos para ejecutar tareas y resolver situaciones [31].

**c.5. Conocimiento espontáneo:** es aquel que adquirimos de manera natural, sin un proceso de aprendizaje formal o intencionado. Es el saber que surge de nuestra experiencia cotidiana, de nuestra interacción con el mundo y de nuestra intuición [31].

### **2.2.3. Hipertensión arterial**

**a. DEFINICIÓN.** Enfermedad crónica y sistémica caracterizada por un aumento persistente de la PA. Su signo principal radica en la elevación continua y anómala de la presión arterial sistólica o diastólica. Si bien la HTA carece de cura, es posible manejarla eficazmente con un control apropiado [32].

En grupos etarios como jóvenes, adultos y adultos mayores (60 años o más), los valores que definen la HTA son: PAS  $\geq 140$  mmHg y PAD  $\geq 90$  mmHg. El riesgo cardiovascular se asocia directamente con los niveles de PA, mostrando un incremento proporcional. No obstante, es esencial valorar riesgos adicionales considerando los factores de riesgo existentes, junto con el daño clínico o subclínico en órganos o sistemas específicos [32].

**b. EPIDEMIOLOGÍA.** A nivel mundial, más del 55% de las personas mayores de 60 años padecen HTA. En países como Estados Unidos, la prevalencia es del 12,9%, mientras que en América Latina varía: 17,6% en América, 23,3% en Brasil, 22,6% en Argentina, 19,7% en México, 18,7% en Costa Rica y alrededor del 75% en Cuba. La HTA figura entre las causas primordiales de fallecimientos por accidentes cerebrovasculares y cardiopatías, al ser responsable de cerca de 41 millones de defunciones anuales, equivalente al 71% [33].

En América Latina y el Caribe, entre el 20% y 35% de la población adulta mayor sufre de HTA, las cifras han mostrado una tendencia creciente durante los últimos años, acompañada de una elevada proporción de casos que aún no han sido diagnosticados. Asimismo, un estudio epidemiológico señala una prevalencia del 35 % en adultos mayores de 18 años, que aumenta al 40 % en personas de mediana edad y alcanza entre el 50 % y el 70 % en individuos de 60 años o más [34,35].

### **c. ETIOLOGÍA**

**c.1. Hipertensión primaria (idiopática o esencial).** La hipertensión primaria es un tipo de presión arterial alta cuya causa no se puede identificar. Se desarrolla de manera gradual a lo largo del tiempo, y aproximadamente el 95% de los casos de hipertensión se deben a esta forma. Se considera que una combinación de factores

genéticos y ambientales influye en su aparición, aunque aún no se ha identificado un gen específico que establezca una relación clara con su origen o consecuencias [36].

**c).2. Hipertensión secundaria:** La hipertensión secundaria es un tipo de presión arterial alta que resulta de una condición médica subyacente. A diferencia de la hipertensión primaria (o esencial), cuya causa es desconocida, la hipertensión secundaria tiene una causa identificable y tratable. Una vez que se aborda la afección subyacente, la PA generalmente vuelve a niveles normales. Algunas de las causas más comunes de hipertensión secundaria incluyen [37]:

**c.2.1. Enfermedad renal:** entre las principales afecciones que pueden presentarse se encuentran la glomerulonefritis, la hidronefrosis y las neoplasias renales.

**c.2.2. Enfermedades endocrinas:** el hipotiroidismo e hipertiroidismo.

**c.2.3. Medicamentos:** como los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) utilizados a largo plazo y ciertos anticonceptivos orales, pueden contribuir a la hipertensión [37].

**d. Clasificación.** Según la Asociación Americana del Corazón (AHA) [38] la HTA se clasifica en:

| <b>Categoría</b> | <b>Sistólica (mmHg)</b> | <b>Diastólica (mmHg)</b> |
|------------------|-------------------------|--------------------------|
| Normal           | <120                    | <80                      |
| Elevado          | 120- 129                | <80                      |
| HTA estadio 1    | 130- 139                | 80- 89                   |
| HTA estadio 2    | 140 o más alto          | 90 a más                 |

Fuente: AHA, 2026 [38].

**e. Factores de riesgo.**

**e.1. Modificables**

**e.1.2. Alimentación inadecuada.** El consumo excesivo de sodio y grasas saturadas o trans puede aumentar el riesgo de hipertensión arterial. En cambio, se

aconseja una alimentación basada en frutas, verduras, cereales integrales y productos lácteos bajos en grasa [39, 40].

**e.1.2. Sobrepeso u obesidad.** El sobrepeso, particularmente la acumulación de grasa abdominal, se relaciona estrechamente con la hipertensión arterial. Incluso una reducción moderada del peso corporal puede contribuir favorablemente al control de la PA [40].

**e.1.3. El sedentarismo.** Realizar ejercicio regularmente, como caminar, correr o nadar, contribuye a controlar el peso, mejorar la salud del corazón y reducir la presión arterial. Se considera sedentarismo a aquellas personas que realizan menos de 90 minutos de actividad física a la semana [40].

**e.1.4. El tabaco.** Lesiona los vasos sanguíneos y eleva la presión arterial. Abandonar el hábito de fumar representa una de las medidas más cruciales para disminuir el riesgo de hipertensión y otras patologías cardiovasculares [40].

**e.1.5. El alcohol.** El consumo excesivo eleva la presión arterial. Restringir su ingesta o abstenerse totalmente contribuye a mitigar este riesgo. [40].

## **e. 2. No modificables.**

**e.2.1. Antecedentes familiares.** Tener antecedentes familiares de HTA aumenta significativamente el riesgo de desarrollarla [41].

**e.2.2. Sexo.** Los varones tienen una mayor probabilidad de presentar hipertensión arterial antes de los 55 años; en cambio, en las mujeres, esta predisposición se incrementa especialmente después de la menopausia [41].

**e.2.3. La raza.** La afroamericana, tienen un mayor riesgo de desarrollar HTA y a edades más tempranas, incluso con factores de riesgo similares a otras razas [41].

**e.2.4. Edad avanzada.** El riesgo de HTA aumenta con la edad. A medida que envejecemos, las arterias se vuelven menos flexibles y la presión arterial tiende a aumentar [41].

## **f. Signos y síntomas**

La HTA suele carecer de síntomas evidentes, por lo que se le denomina "el asesino silencioso". Numerosas personas la padecen durante años sin detectarla, lo que eleva el riesgo de complicaciones severas como cardiopatías, ACV y lesión renal. Entre las manifestaciones de la HTA pueden presentarse visión borrosa, mareos, dolor de cabeza, sangrado nasal, dificultad para respirar y zumbidos en los oídos. Asimismo, la aparición de alteraciones cognitivas agudas puede estar relacionada con complicaciones como el accidente cerebrovascular o la encefalopatía hipertensiva [42].

## **g. Diagnóstico**

**g. 1. Cribado y detección temprana de HTA.** La detección temprana de la HTA resulta fundamental para reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo, debido a que esta enfermedad suele desarrollarse sin síntomas evidentes. Se aconseja iniciar el cribado desde los 18 años. Cuando la PAS es menor de 120 mmHg y la PAD inferior a 80 mmHg, sin presencia de factores de riesgo, no se requiere un control frecuente. En cambio, ante la existencia de factores de riesgo cardiovascular y valores elevados de PAS o PAD, se recomienda realizar evaluaciones periódicas, al menos una vez al año [43].

**g. 2. Procedimientos diagnósticos.** Es fundamental realizar una evaluación detallada de los antecedentes clínicos y médicos, complementada con mediciones reiteradas de la presión arterial y exámenes de laboratorio e instrumentales. Estas acciones permiten confirmar los niveles de presión arterial y determinar el riesgo cardiovascular global asociado a los diferentes factores de riesgo [44].

**g. 3. Datos relevantes de la historia clínica.** La valoración de la HTA debe considerar factores sociodemográficos y familiares, así como el contexto psicosocial y el tiempo de diagnóstico. Además, es necesario evaluar los niveles de presión arterial, posibles efectos adversos del tratamiento, signos cardiovasculares y factores de riesgo, junto con los hábitos alimentarios y conductas que puedan favorecer su elevación [44].

**g. 4. Exámenes de laboratorio.** Entre los principales exámenes para la evaluación

de la HTA se consideran estudios cardiacos, renales, hematológicos y urinarios, como el electrocardiograma, ecocardiograma, ecografía renal, hemograma, análisis de orina, perfil lipídico y radiografía de tórax [44].

#### **h. Tratamiento**

Los cambios en el estilo de vida favorecen el control de la HTA mediante una dieta equilibrada y baja en sodio, ejercicio frecuente, peso saludable y reducción o eliminación del consumo de alcohol y tabaco [45].

El tratamiento farmacológico de la HTA incluye diversos antihipertensivos, como inhibidores de la ECA, antagonistas de los receptores de angiotensina II, diuréticos tiazídicos, bloqueadores de los canales de calcio y betabloqueadores. En los adultos mayores, estos últimos no se recomiendan como tratamiento inicial de primera elección [45].

Entre los principales medicamentos utilizados para controlar la HTA se encuentran la hidroclorotiazida (12,5–25 mg/día), el amlodipino (5–10 mg/día), enalapril (10–20 mg/día) y el losartán (50–100 mg/día), administrados según la indicación clínica. [45].

#### **i. Medidas preventivas**

El control de la HTA y la prevención de complicaciones dependen de mantener hábitos saludables y seguir correctamente el tratamiento. Se recomienda reducir el consumo de sal, mantener un peso adecuado, evitar alcohol y tabaco, controlar el estrés, monitorear periódicamente la presión arterial, realizar actividad física regular y llevar una alimentación equilibrada, rica en frutas y verduras [42].

#### **j. Dieta**

Debe priorizar la reducción de sodio, grasas saturadas y azúcares, al tiempo que incrementa el consumo de alimentos ricos en potasio, magnesio, calcio y fibra. Una recomendación con sólido respaldo científico es la dieta DASH (Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión), que fomenta la ingesta diaria de frutas, verduras, granos integrales, lácteos descremados, legumbres, nueces y pescados.

Es crucial restringir la sal a menos de 5 g al día, eludir ultraprocesados, disminuir carnes rojas, alcohol y bebidas azucaradas, y sostener un peso saludable [42].

#### **k. Complicaciones**

Las complicaciones de la HTA, puede causar muchas enfermedades en las personas como:

Las complicaciones graves de la HTA incluyen el derrame cerebral, caracterizado por la fácil ruptura o bloqueo de los vasos sanguíneos cerebrales; la insuficiencia cardíaca, donde el corazón se dilata anormalmente y falla en bombear sangre al cuerpo; el ataque cardíaco, debido al estrechamiento y endurecimiento de las arterias que impide una circulación adecuada; la pérdida de visión por daño en los vasos oculares; la enfermedad o insuficiencia renal, al fallar las arterias renales en su función normal y filtrar la sangre eficientemente; y la disfunción sexual, que provoca eyaculación precoz en hombres y disminución del deseo en mujeres [46].

#### **2.2.4. Prácticas de autocuidado en pacientes con HTA**

##### **a. Definición de autocuidado**

Conducta que las personas adquieren con un propósito determinado y que les permite afrontar y manejar situaciones complejas, pudiendo generar efectos favorables o desfavorables sobre su salud y bienestar [47].

El autocuidado en las personas con HTA comprende conductas voluntarias orientadas a mantener y favorecer su salud, como controlar periódicamente la presión arterial, cumplir el tratamiento indicado, mantener una alimentación saludable y baja en sal, realizar actividad física regular, manejar adecuadamente el estrés, evitar el alcohol y tabaco, y conservar un peso adecuado [48].

##### **b. Importancia del autocuidado en pacientes con HTA**

El autocuidado en pacientes con HTA es crucial para el control efectivo de la enfermedad y la prevención de complicaciones graves, como enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares. El autocuidado, mediante el control de la presión arterial, el cumplimiento del tratamiento y hábitos saludables, contribuye a mantener una PA estable y mejorar la calidad de vida [24].

### **c. Principales prácticas de autocuidado en pacientes con HTA.**

**c.1. Alimentación.** Una alimentación balanceada juega un papel crucial en la prevención y manejo de la hipertensión. Los alimentos que consumimos tienen un impacto directo sobre la presión arterial, por lo que es esencial seguir una dieta rica en nutrientes que favorezca la salud cardiovascular [49].

**c.1.1. Nutrición balanceada.** Para las personas con hipertensión, es fundamental consumir alimentos ricos en potasio, magnesio, fibra y calcio, mientras que se deben evitar aquellos que contienen altas cantidades de sodio, grasas saturadas y azúcares añadidos [49].

**c.1.2. Impacto en la hipertensión.** El consumo elevado de sal, grasas trans y alimentos ultraprocesados puede favorecer la retención de líquidos y aumentar la presión arterial; en cambio, una alimentación equilibrada ayuda a mantenerla en niveles adecuados [49].

**c.2. Ejercicio Físico.** La actividad física regular es fundamental para el control de la HTA, ya que fortalece la salud cardiovascular y ayuda a reducir la PA [50].

**c.2.1. Beneficios del ejercicio.** Realizar ejercicio aeróbico, como caminar, nadar o montar en bicicleta, reduce de manera notable la presión arterial en hipertensos. Se aconseja practicar al menos 30 minutos de actividad moderada en la mayoría de los días de la semana. Además, este hábito optimiza la circulación sanguínea, potencia la función cardíaca y disminuye el riesgo de complicaciones asociadas a la HTA, tales como accidentes cerebrovasculares e infartos [51,52].

**c.2.2. Mecanismo de acción.** El ejercicio ayuda a dilatar los vasos sanguíneos y mejora la función endotelial, lo que facilita un flujo sanguíneo más adecuado y disminuye la resistencia vascular, contribuyendo a la reducción de la presión arterial [52].

**c.3. Hábitos Nocivos.** El consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo y una dieta inadecuada son factores de riesgo que contribuyen al desarrollo y avance de la HTA [53].

**c.3.1. Consumo de alcohol y tabaco.** El consumo excesivo de alcohol y tabaco favorece el aumento de la presión arterial y el deterioro vascular, por lo que abandonar estos hábitos es fundamental para controlar la HTA y proteger la salud cardiovascular [54].

**c.3.2. Sedentarismo y alimentación poco saludable.** Es esencial adoptar hábitos más saludables que favorezcan un peso corporal adecuado y la salud del corazón [54].

**c.4. Seguimiento y Control.** Es una práctica clave en el manejo de la hipertensión. La hipertensión es una enfermedad silenciosa que no presenta síntomas evidentes en muchas personas, lo que hace indispensable monitorear regularmente la presión arterial [55].

**c.4.1. Monitoreo regular.** Los controles médicos regulares permiten vigilar la presión arterial y detectar oportunamente posibles alteraciones que requieran modificar el tratamiento o adoptar nuevos hábitos de vida. Además, el uso de dispositivos de monitoreo de presión arterial en casa proporciona una herramienta útil para el autocontrol y la detección temprana de fluctuaciones en la presión [55].

**c.5. Tensión y Estrés.** Son factores que pueden empeorar la hipertensión, ya que inducen respuestas fisiológicas que elevan temporalmente la presión arterial. El manejo del estrés es, por lo tanto, esencial para prevenir episodios hipertensivos y mantener una presión arterial saludable [56].

**c.5.1. Efectos del estrés.** El estrés prolongado puede elevar la presión arterial al aumentar la liberación de cortisol y la frecuencia cardíaca, además de favorecer hábitos poco saludables como una mala alimentación y el sedentarismo [56].

**c.5.2. Estrategias de manejo del estrés.** La meditación, el yoga, la respiración profunda y la terapia cognitivo-conductual ayudan a reducir el estrés y controlar la presión arterial. Asimismo, mantener una rutina con espacios de descanso y relajación contribuye a prevenir complicaciones de la HTA [56].

#### **d. Clases de autocuidado en pacientes con HTA.**

**d.1. Inadecuado.** Se caracteriza por la falta de cumplimiento efectivo de las prescripciones médicas, la insuficiente adherencia a hábitos saludables como la alimentación equilibrada y la actividad física, así como dificultades para mantener el equilibrio entre la actividad y el descanso. Esta situación puede llevar a un mal control de la PA, aumentando el riesgo de complicaciones graves como eventos ACV o enfermedades coronarias. Además, muchos pacientes con HTA no realizan revisiones corporales regulares ni gestionan adecuadamente el estrés, aspectos esenciales para el manejo efectivo de la enfermedad [57].

**d.2. Adecuado.** Se refiere al compromiso constante con prácticas que permitan controlar eficazmente la presión arterial y prevenir complicaciones. Incluye cumplir correctamente con la medicación prescrita, mantener una alimentación saludable baja en sodio y grasas, realizar actividad física, controlar el estrés y asistir a los controles médicos. Este autocuidado, fortalecido por la educación en salud, mejora la calidad de vida y reduce el riesgo de complicaciones cardiovasculares [57].

#### **2.3. Definición de términos básicos**

**2.3.1. Hipertensión arterial.** Consiste en el aumento sostenido de la PAS superior a 140 mmHg y/o de la diastólica (PAD) por encima de 90 mmHg [58].

**2.3.2. Presión arterial.** Es la presión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias como consecuencia del bombeo del corazón hacia los diferentes órganos del cuerpo [59].

**2.3.3. Conocimiento sobre hipertensión arterial.** Conocimientos, conceptos e información que el adulto mayor posee acerca de la enfermedad, los cuales contribuyen a favorecer su salud y mejorar el control de su condición [60].

**2.3.4. Estilos de vida.** Conjunto de comportamientos y actitudes que adoptan las personas para satisfacer sus necesidades y desarrollarse personal y socialmente [61].

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Ámbito de estudio**

El distrito de Chota está ubicado en la zona central de la provincia de Chota, en la región andina del norte del Perú. Su capital se encuentra en la meseta de Acunta, a 2 388 m s. n. m., y cuenta con una extensión aproximada de 3 795,2 km<sup>2</sup>. Limita con Lajas, Chiguirip, Conchán, Bambamarca y Chalamarca. Presenta un clima mayormente templado, con una temperatura media de 17,8 °C [62].

La presente investigación se desarrolló en el Centro Poblado de Cuyumalca, conocido también como la “cuna de las rondas campesinas”. Este se encuentra ubicado a 2 780 m s. n. m. y aproximadamente a 5 km del distrito de Chota. Limita al norte con los centros poblados de Rojaspampa y Shitapampa; al este, con Progresopampa y el Centro Poblado El Mirador; al sur, con Chaupelanche y Yuracyacu; y al oeste, con el distrito de Chota. Asimismo, está conformado por 14 sectores, los cuales se encuentran organizados y funcionan como comunidades [62].

La investigación se desarrolló en el Puesto de Salud Cuyumalca, ubicado en el distrito de Chota, provincia de Chota, región Cajamarca. Este establecimiento pertenece a la categoría I-2 y forma parte de la Red de Salud Chota. Se encuentra en la comunidad de Cuyumalca y brinda atención de 8:00 a 17:00 horas. Su función principal es proporcionar servicios de atención primaria, sin hospitalización, dirigidos principalmente a la población rural. Entre sus actividades se encuentran los programas orientados a la atención integral del adulto mayor, incluyendo acciones relacionadas con la HTA, calidad de vida, deterioro cognitivo y autocuidado. Para el presente estudio, la población estará conformada por 50 adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, quienes constituirán la unidad de análisis de la investigación [62].

#### **3.2 Diseño de investigación**

Estudio fue de enfoque cuantitativo porque permitió medir las variables mediante datos numéricos y análisis estadístico; observacional porque no se realizó

manipulación de las variables, sino que fueron estudiadas tal como se presentaron en su entorno natural; prospectiva porque la información fue recolectada directamente de los participantes en el periodo establecido para el estudio y relacional porque tuvo como finalidad determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con HTA [63].

El estudio presentó un diseño no experimental y de corte transversal, debido a que las variables no fueron manipuladas ni se aplicó intervención alguna. La información fue recopilada mediante una sola medición realizada en un periodo determinado [63].

### **3.3 Población, muestra y unidad de estudio**

#### **3.4.1. Población y muestra**

La población de estudio fueron los pacientes con HTA del Puesto de Salud Cuyumalca, tomando como referencia un total de 50 pacientes atendidos en el 2026 que también fueron considerados como muestra, cabe mencionar que los pacientes que presentaron HTA estuvieron en las etapas de vida adulto (30 a 59 años) y adulto mayor (60 años a más). La unidad de estudio lo constituyó cada paciente que presentó HTA y se atendieron en el Puesto de Salud Cuyumalca.

#### **3.4.3. Unidad de estudio**

La unidad de análisis se conformó por cada paciente diagnosticado con HTA atendido en un establecimiento de salud del distrito de Chota que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

#### **Criterios de inclusión fueron**

- Pacientes con diagnóstico médico de HTA, independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad.
- Pacientes que comprendieron las instrucciones y pudieron responder a las entrevistas o cuestionarios.
- Pacientes con HTA en tratamiento farmacológico o no farmacológico (dieta, ejercicio).

- Pacientes que aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado.

**Criterios de exclusión fueron**

- Pacientes con enfermedades crónicas descompensadas (insuficiencia cardíaca avanzada, insuficiencia renal terminal) que interfirieron en la evaluación del autocuidado.
- Pacientes con diagnóstico de trastornos neurodegenerativos o deterioro cognitivo avanzado que no permitieron la participación en el estudio.

### 3.4 Operacionalización de las variables

| Variables                             | Definición conceptual                                                                                                                                                                                                                        | Dimensiones                         | Indicadores                                                                                                                                                                                                                              | Valor final                                                                                                                             |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conocimiento de hipertensión arterial | El conocimiento como un proceso consciente y racional mediante el cual una persona adquiere información personalizada y subjetiva. Esta información puede abarcar hechos, conceptos, procedimientos, interpretaciones, ideas y juicios [27]. | Definición de Hipertensión Arterial | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definición de Hipertensión Arterial.</li> <li>✓ Valores de Hipertensión Arterial</li> <li>✓ Síntomas de hipertensión arterial</li> <li>✓ Importancia del control de presión arterial</li> </ul> | <p><b>Conocimiento adecuado:</b> 70 a 100% (18 a 25 puntos)</p> <p><b>Conocimiento inadecuado:</b> Menos de 70% (1 a &lt;18 puntos)</p> |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                              | Causas                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Edad.</li> <li>✓ Sexo.</li> <li>✓ Consumo de sal.</li> <li>✓ Obesidad.</li> <li>✓ Estrés</li> </ul>                                                                                             |                                                                                                                                         |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                              | Complicaciones                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Complicaciones cardíacas.</li> <li>✓ Complicaciones oculares.</li> <li>✓ Complicaciones renales</li> </ul>                                                                                      |                                                                                                                                         |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                              | Dieta                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consumo de frutas y sal</li> <li>✓ Consumo de ajo</li> </ul>                                                                                                                                    |                                                                                                                                         |

|                          |                                                                                                                                 |                                     |                                                                                             |                                                                                                                                    |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          |                                                                                                                                 | Tratamiento                         | ✓ Importancia de seguir un tratamiento.<br>✓ Automedicación                                 |                                                                                                                                    |
| Prácticas de autocuidado | Son acciones conscientes y cotidianas que una persona realiza para mantener y mejorar su salud física, emocional y mental [35]. | Alimentación                        | Consumo de Frutas y verduras<br>- Consumo de grasas -<br>Consumo de sal                     | <b>Autocuidado adecuado:</b><br>70 a 100% (28 a 36 puntos)<br><br><b>Autocuidado inadecuado:</b><br>Menos de 70% (0 a < 27 puntos) |
|                          |                                                                                                                                 | Ejercicio físico                    | Actividad Física -Control de peso                                                           |                                                                                                                                    |
|                          |                                                                                                                                 | Hábitos nocivos                     | Consumo de alcohol -<br>Fumador - Consumo de café                                           |                                                                                                                                    |
|                          |                                                                                                                                 | Seguimiento y control de enfermedad | - Control de Presión Arterial -<br>Consumo de tratamiento medicamentoso - Controles médicos |                                                                                                                                    |
|                          |                                                                                                                                 | Tensión y estrés                    | Relaciones intrafamiliares. -<br>Relaciones laborales.                                      |                                                                                                                                    |

### **3.5 Descripción de la metodología**

#### **3.5.1. Métodos**

##### **Técnicas de recolección de datos**

En esta investigación, la técnica seleccionada para ambas variables fue la encuesta, un método efectivo para recopilar información al interrogar a los participantes con el objetivo de obtener datos confiables [64].

##### **Estrategias de recolección de datos**

Se empleó la encuesta como estrategia, la cual se aplicó con la ayuda de los investigadores, es decir, de forma heteroadministrada. Este instrumento se realizó de manera presencial, enfocada y sincrónica, lo que permitió que las respuestas a los indicadores sean inmediatas y se garantice el anonimato de los participantes. Esta modalidad facilitó la interacción directa con los encuestados, asegurando una adecuada comprensión de las preguntas y la recepción de datos precisos y confiables.

##### **Procedimientos de recolección de datos**

- Para el acceso a la información sobre las variables consideradas, se solicitó el permiso correspondiente al jefe del Puesto de Salud de Cuyumalca – Chota, para que nos proporcione los datos de identificación de los adultos mayores que se atiendan en su establecimiento de salud.
- Luego se visitó a cada uno de los pacientes con HTA a sus domicilios para poder aplicar los cuestionarios. Nos presentamos formalmente brindando nuestros datos personales y a la institución a la que pertenecemos.
- Seguido se informó cual es el objetivo e importancia de la presente investigación.
- Luego se dio lectura detalladamente al consentimiento informado obteniendo la firma de cada participante que aceptó voluntariamente participar del estudio.
- Y para concluir se aplicó los dos cuestionarios; para ello se contó con un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

### **3.5.2. Materiales**

#### **Instrumentos de medición**

Se utilizaron 2 instrumentos para la recolección de la información:

Para evaluar el conocimiento sobre hipertensión arterial (HTA), se utilizó el Cuestionario sobre Conocimiento de Hipertensión Arterial, elaborado por Tafur C, Vásquez L y Nonaka M [64]. El instrumento estuvo organizado en cinco apartados: código de identificación, presentación de las autoras, instrucciones para su aplicación, datos generales y contenido. Los datos generales incluyeron edad, sexo, procedencia, estado civil y tiempo de diagnóstico de HTA. El contenido estuvo conformado por 25 preguntas, distribuidas en cinco dimensiones: definición de HTA (8 preguntas), causas (5), complicaciones (4), dieta del paciente hipertenso (3) y tratamiento (5). Cada ítem presentó las alternativas “Sí” y “No”, asignándose 1 punto a la respuesta correcta y 0 a la incorrecta. El puntaje máximo fue de 25 puntos; se consideró conocimiento adecuado cuando se obtuvo entre 18 y 25 puntos (70 %–100 %) y conocimiento inadecuado cuando el puntaje fue menor de 18 puntos (<70 %). La confiabilidad del cuestionario se estableció mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,87.

Para evaluar las prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, se empleó la Escala Tipo Likert sobre Prácticas de Autocuidado en Hipertensión Arterial, elaborada por Tafur C, Vásquez L y Nonaka M [64]. El instrumento estuvo compuesto por instrucciones y un contenido de 18 ítems, distribuidos en cinco dimensiones: alimentación (5 ítems), ejercicio físico (4), hábitos nocivos (3), seguimiento y control de la hipertensión arterial (4) y tensión y estrés (2). Cada ítem presentó tres alternativas de respuesta: “siempre”, con un valor de 2 puntos; “a veces”, con 1 punto; y “nunca”, con 0 puntos. La escala alcanzó un puntaje máximo de 40 puntos. Se consideró autocuidado adecuado cuando el participante obtuvo entre 28 y 40 puntos (70 %–100 %), mientras que los puntajes inferiores a 28 puntos (<70 %) correspondieron a un autocuidado inadecuado.

Los instrumentos fueron sometidos a consulta por jueces los cuales fueron 5 licenciados en enfermería con grado de maestros y que conocen sobre el

tema de investigación, se evaluó la claridad, pertinencia, relevancia, adecuación y suficiencia obteniéndose un puntaje ( $V > 0,75$ ) los cuales fueron categorizado como aceptable, posteriormente se realizó el análisis de fiabilidad mediante la realización de una prueba piloto (puesto de salud Yuracyacu) con una muestra de 20 pacientes con HTA con las mismas características de la población de estudio, en la cual el cuestionario de conocimiento sobre hipertensión arterial obtuvo una fiabilidad global de KR-20  $\geq 0,80$  (buena fiabilidad) y la escala sobre prácticas de autocuidado en hipertensión arterial obteniendo un puntaje de  $\alpha \geq 0,80$  (buena fiabilidad).

### **Recursos**

Los recursos empleados para el desarrollo de la investigación estuvieron conformados por recursos humanos, integrados por los pacientes con hipertensión arterial y las investigadoras; asimismo, los recursos financieros fueron asumidos mediante autofinanciamiento por parte de las investigadoras.

### **3.6 Procesamiento y análisis de datos**

Una vez concluida la aplicación de los instrumentos a los participantes, la información obtenida fue organizada en una base de datos en Excel y posteriormente trasladada al programa estadístico SPSS versión 26. Se efectuó el análisis descriptivo de las variables, considerando pruebas paramétricas cuando los datos presentaron distribución normal y pruebas no paramétricas cuando esta condición no se cumplió. Para la comprobación de las hipótesis se realizó el análisis inferencial mediante la prueba exacta de Fisher. Los resultados fueron presentados mediante tablas y gráficos, y posteriormente interpretados y contrastados con los antecedentes relacionados con el estudio.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026.

Tabla 1: Características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026.

| Característica              | Frecuencia |            |
|-----------------------------|------------|------------|
|                             | N          | %          |
| <b>Grupo etario</b>         |            |            |
| Adulto                      | 8          | 16         |
| Adulto mayor                | 42         | 84         |
| <b>Total</b>                | <b>50</b>  | <b>100</b> |
| <b>Sexo</b>                 |            |            |
| Femenino                    | 34         | 68,0       |
| Masculino                   | 16         | 32,0       |
| <b>Total</b>                | <b>50</b>  | <b>100</b> |
| <b>Procedencia</b>          |            |            |
| Rural                       | 49         | 98,0       |
| Urbana                      | 1          | 2,0        |
| <b>Total</b>                | <b>50</b>  | <b>100</b> |
| <b>Estado civil</b>         |            |            |
| Conviviente                 | 27         | 54,0       |
| Casado                      | 20         | 40,0       |
| Viudo                       | 2          | 4,0        |
| Soltero                     | 1          | 2,0        |
| <b>Total</b>                | <b>50</b>  | <b>100</b> |
| <b>Tiempo de enfermedad</b> |            |            |
| 1 a 10 años                 | 5          | 10,0       |
| 11 a 20 años                | 10         | 20,0       |
| 21 a 30 años                | 20         | 40,0       |
| 31 a más años               | 15         | 30,0       |
| <b>Total</b>                | <b>50</b>  | <b>100</b> |

Fuente: elaboración propia

Con respecto a las características sociodemográficas de los participantes, predominó el grupo de adultos mayores con un 84%, mientras que los adultos representaron el 16%. Respecto al sexo, el mayor porcentaje correspondió al femenino con 68,0%. Según la procedencia, la mayoría provenía de la zona rural con un 98,0%. En cuanto al estado civil, predominó la condición de conviviente con 54,0%, seguido de los casados con 40,0%. Finalmente, respecto al tiempo de enfermedad, el mayor porcentaje correspondió a los participantes que padecían la enfermedad entre 21 a 30 años con 40,0%, evidenciando una larga evolución de la enfermedad en la mayoría de los participantes.

Estos datos coinciden con los reportados por Álvarez [14], estudio realizado en México, quien reportó resultados similares en cuanto a la edad de los participantes, evidenciando un predominio del adulto mayor dentro de la población con hipertensión arterial. Esta similitud sugiere que la enfermedad mantiene un patrón epidemiológico consistente en diferentes contextos, afectando principalmente a personas de mayor edad como consecuencia de los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, entre ellos el endurecimiento de las arterias y la menor capacidad de regulación del sistema vascular [23].

Asimismo, a nivel nacional los datos coinciden con los encontrados por Cerda [17], quien encontró resultados similares al presente estudio, evidenciando un predominio del adulto mayor dentro de la población con hipertensión arterial. Esta concordancia refuerza la tendencia observada a nivel nacional, donde la enfermedad se presenta con mayor frecuencia en personas de edad avanzada, debido a los cambios fisiológicos propios del envejecimiento.

El predominio de AM permite inferir que la HTA está estrechamente relacionada con el proceso de envejecimiento, ya que en esta etapa se incrementa la exposición acumulativa a factores de riesgo como hábitos alimentarios inadecuados, sedentarismo y estrés crónico [32]. Además, los cambios estructurales y funcionales del sistema cardiovascular propios de la edad favorecen el aumento de la PA, lo que explica la alta concentración de casos en este grupo etario [33].

Con respecto al sexo, estos datos difieren de los reportados por Ojeda [15], estudio realizado en Ecuador, donde se evidenció una mayor participación de varones con HTA. Esta diferencia podría atribuirse a las particularidades sociodemográficas de las poblaciones analizadas, además de la influencia de factores culturales y las condiciones de acceso a los servicios de salud. En determinados contextos, los hombres tienden a acudir con menor frecuencia a los establecimientos sanitarios, situación que podría repercutir en su participación y representación dentro de los estudios [6,29].

En nivel nacional, los datos reportados son similares a los encontrados por Sullca [19], quien reportó una mayor participación de mujeres con HTA. Esta concordancia sugiere que, en el contexto peruano, existe una tendencia consistente hacia el predominio del sexo femenino en este tipo de estudios, lo cual puede estar influenciado tanto por factores biológicos como sociales, entre ellos la mayor esperanza de vida de las mujeres y su mayor disposición para acudir a los servicios de salud [8,35].

El predominio del sexo femenino en el estudio también puede interpretarse desde una perspectiva epidemiológica, considerando que las mujeres tienden a participar con mayor frecuencia en actividades preventivas y programas de control de enfermedades crónicas. Esto favorece su identificación dentro de los registros sanitarios, generando una mayor representación en estudios relacionados con HTA [33].

Asimismo, es importante analizar que las mujeres suelen asumir múltiples roles dentro del entorno familiar y social, lo que puede influir en la aparición y control de la hipertensión arterial. Las responsabilidades domésticas, el cuidado de otros miembros de la familia y la carga emocional asociada podrían constituir factores que incrementen el riesgo o dificulten el adecuado manejo de la enfermedad [41]. Con respecto a la zona de procedencia, estos datos son análogos a los reportados por Machuca [24], quien evidenció una mayor participación de pacientes con hipertensión arterial procedentes de la zona rural. Esta concordancia sugiere que, en diversos contextos, la población rural presenta una alta representación en los servicios de salud para el manejo de enfermedades crónicas, lo cual puede estar

influenciado por condiciones socioeconómicas, geográficas y culturales propias de estas zonas [25].

Asimismo, este hallazgo puede explicarse por las limitaciones en el acceso a servicios de salud especializados, así como por la menor disponibilidad de programas de prevención y promoción en áreas rurales, lo que favorece el desarrollo y progresión de la hipertensión arterial [36].

El marcado predominio de la procedencia rural también puede interpretarse como un reflejo de la distribución geográfica de la población adscrita al establecimiento de salud, lo que sugiere que este cumple un rol clave en la atención de comunidades alejadas. Esto implica que los resultados del estudio están fuertemente influenciados por las características propias de este contexto, lo que debe ser considerado al momento de generalizar los hallazgos [43].

Asimismo, en las zonas rurales suelen persistir brechas en infraestructura sanitaria, disponibilidad de personal especializado y acceso a medicamentos, lo que puede afectar directamente el manejo adecuado de la HTA. Estas limitaciones estructurales pueden condicionar tanto el nivel de conocimiento como la práctica de autocuidado en los pacientes, incrementando el riesgo de complicaciones [6].

Por otro lado, es importante considerar que en el ámbito rural predominan estilos de vida particulares, que pueden incluir tanto factores protectores como de riesgo. Si bien algunas prácticas como la alimentación natural podrían ser beneficiosas, también existen hábitos como el consumo elevado de sal o el uso limitado de controles médicos periódicos, que pueden influir negativamente en el control de la presión arterial [28].

Finalmente, este resultado también evidencia la necesidad de implementar estrategias de salud con enfoque intercultural, que respeten las costumbres, creencias y formas de vida de la población rural. La adaptación de los programas educativos a la realidad local permitirá una mayor aceptación y efectividad de las intervenciones, favoreciendo el desarrollo de prácticas de autocuidado sostenibles en el tiempo [33].

En el estado civil estos datos similares fueron reportados en el estudio de Ojeda [15], quien evidenció una mayor proporción de participantes con estado civil conviviente, coincidiendo con los hallazgos del presente estudio. La coincidencia observada permite señalar que, en distintos escenarios, la convivencia representa una modalidad habitual de organización familiar entre las personas con HTA, pudiendo favorecer o condicionar las dinámicas de cuidado y las redes de apoyo social disponibles.

Del mismo modo, tener una pareja podría constituir un elemento favorable para afrontar la enfermedad, debido a que puede brindar apoyo en el cumplimiento del tratamiento, promover la incorporación de estilos de vida saludables y contribuir al seguimiento de las recomendaciones del personal de salud. Por ello, el entorno familiar adquiere relevancia como fuente de soporte para fortalecer las prácticas de autocuidado y favorecer un mejor manejo de la hipertensión arterial [35].

Desde la perspectiva de la teoría del autocuidado de Orem, la presencia de una pareja o conviviente puede contribuir al desarrollo de sistemas de apoyo que favorezcan el autocuidado del paciente. Por ello, es fundamental que las intervenciones de salud no solo se enfoquen en el individuo, sino también en su entorno familiar, promoviendo la participación activa de la pareja en el proceso de cuidado y control de la hipertensión arterial [25].

Asimismo, en el ámbito nacional existe relación con el estudio realizado por Silva [23], quien reportó una mayor proporción de pacientes con estado civil conviviente, coincidiendo con los resultados del presente estudio. Esta similitud evidencia que, en el contexto nacional, la convivencia constituye una forma predominante de organización familiar, lo cual puede influir en la dinámica del cuidado de la salud en pacientes con HTA.

El predominio del estado civil conviviente permite inferir que una parte importante de los participantes se encuentra en relaciones de pareja no formalizadas legalmente, lo cual podría estar asociado a características socioculturales propias de la población estudiada. Este tipo de unión puede influir en la estabilidad del

entorno familiar y, por ende, en la forma en que el paciente organiza y prioriza su cuidado de salud [33].

De igual manera, resulta importante reconocer que la convivencia puede influir en las decisiones vinculadas con el cuidado de la salud, dado que la pareja puede ejercer una influencia favorable o desfavorable sobre aspectos como la alimentación, la práctica de actividad física y el cumplimiento del tratamiento. Estas dinámicas familiares pueden repercutir en la adopción y mantenimiento de conductas de autocuidado en las personas con HTA [6].

Por otro lado, el hecho de que más de la mitad de los participantes convivan con una pareja sugiere que existe un potencial importante para implementar intervenciones de salud con enfoque familiar. Involucrar a la pareja en los procesos educativos podría facilitar la comprensión de la enfermedad y promover cambios conductuales sostenibles en el tiempo [36].

Finalmente, este hallazgo podría asociarse también con la situación económica del hogar, debido a que la convivencia permite distribuir y compartir los recursos disponibles, lo que puede repercutir en la posibilidad de acceder a los servicios sanitarios, adquirir los medicamentos necesarios y mantener conductas saludables. Por tanto, el contexto socioeconómico familiar representa un aspecto relevante para comprender las condiciones que favorecen o limitan el autocuidado de los pacientes con HTA [38].

Respecto al tiempo de evolución de la enfermedad, los resultados obtenidos guardan similitud con lo reportado por Angulo [22], quien identificó una evolución prolongada de la hipertensión arterial, en concordancia con el promedio registrado en el presente estudio. Esta coincidencia permite considerar que la HTA constituye una enfermedad crónica que persiste durante largos periodos y demanda un control permanente, así como un tratamiento continuo orientado a prevenir la aparición de complicaciones.

De igual manera, la presencia de la enfermedad durante varios años evidencia la importancia de mantener un seguimiento continuo y reforzar las acciones de salud

dirigidas al control adecuado de la presión arterial. La evolución prolongada de la HTA puede aumentar progresivamente la probabilidad de desarrollar complicaciones cardiovasculares, especialmente cuando existen dificultades para mantener el tratamiento y un control adecuado de la enfermedad [46].

#### **4.2. Determinar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre hipertensión arterial en los pacientes atendidos en un establecimiento de salud del distrito de Chota, 2026.**

Tabla 2. Conocimiento sobre hipertensión arterial en los pacientes atendidos en un establecimiento de salud del distrito de Chota, 2026.

| Conocimiento sobre HTA | N° | %     |
|------------------------|----|-------|
| Adecuado               | 26 | 52,0  |
| Inadecuado             | 24 | 48,0  |
| Total                  | 50 | 100,0 |

Fuente: cuestionario sobre conocimiento de hipertensión arterial.

Los resultados muestran que predomina el conocimiento adecuado con un 52,0% del total de participantes, lo que indica que más de la mitad de los pacientes con HTA presenta un nivel de conocimiento favorable respecto a su enfermedad y su manejo.

Los resultados obtenidos contrastan con los hallazgos de Álvarez [14], quien encontró un mayor porcentaje de participantes con un nivel bajo de conocimiento sobre la hipertensión arterial (22%). Esta diferencia podría deberse a la forma en que se categorizó el conocimiento en ambos estudios, dado que en la presente investigación se establecieron únicamente las categorías de adecuado e inadecuado, observándose un predominio del nivel adecuado. Además, la divergencia podría estar vinculada con las condiciones sociodemográficas y socioculturales de los participantes, el tiempo de evolución de la enfermedad y las posibilidades de acceso a los servicios de salud, aspectos que pueden favorecer o limitar la disponibilidad, adquisición y comprensión de información relacionada con el manejo de la HTA.

En el contexto nacional, los hallazgos de esta investigación presentan diferencias respecto a lo señalado por Reyes [16] y Supanta [17], quienes identificaron un predominio del nivel bajo de conocimiento sobre hipertensión arterial entre sus

participantes. Por el contrario, en el presente estudio se observó una mayor proporción de pacientes con conocimiento adecuado, situación que podría asociarse con el mayor tiempo de convivencia con la enfermedad, los aprendizajes adquiridos a partir de su experiencia con el tratamiento y la información proporcionada por el personal de salud durante los controles y atenciones periódicas [33].

Asimismo, el predominio del conocimiento adecuado constituye un aspecto favorable, ya que permite a los pacientes comprender la importancia del tratamiento, la modificación de estilos de vida y el control periódico de la PA. Sin embargo, es fundamental continuar fortaleciendo las estrategias educativas para garantizar que este conocimiento se traduzca en prácticas efectivas de autocuidado [42].

En el marco de la teoría del autocuidado de Orem, estos resultados resaltan la importancia del conocimiento como un elemento clave para el desarrollo de conductas de autocuidado, ya que permite al individuo tomar decisiones informadas sobre su salud. En este sentido, la labor de enfermería adquiere especial importancia mediante la educación permanente, dirigida a fortalecer y afianzar los conocimientos de los pacientes, favoreciendo de esta manera un adecuado control de la HTA [25].

El predominio del conocimiento adecuado permite inferir que una proporción importante de los pacientes ha estado expuesta a información relacionada con la HTA, ya sea a través de consejerías en el establecimiento de salud, campañas educativas o experiencias previas con la enfermedad. Esto sugiere una interacción frecuente con los servicios sanitarios, lo que favorece la adquisición progresiva de conocimientos [38].

Asimismo, este resultado podría estar vinculado al tiempo de evolución de la enfermedad, considerando que los pacientes con mayor tiempo de diagnóstico tienen más oportunidades de recibir orientación y reforzar sus conocimientos sobre el manejo de la HTA. La experiencia acumulada a lo largo de los años puede contribuir a una mejor comprensión de la enfermedad y de las medidas necesarias

para su control [8].

Por otra parte, la escasa diferencia entre quienes presentan un conocimiento adecuado e inadecuado permite evidenciar que el nivel de aprendizaje sobre salud no es uniforme entre los pacientes. Esta situación podría estar relacionada con diferencias en la comprensión, disponibilidad de información y motivación para cuidar su salud, por lo que resulta necesario implementar estrategias educativas acordes con las características y necesidades de cada grupo poblacional, a fin de favorecer una mayor efectividad en la adquisición de conocimientos [9].

#### 4.3. Determinar el nivel de prácticas de autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026.

Tabla 3. Nivel de prácticas de autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en un establecimiento de salud del distrito de Chota, 2026

| Prácticas de autocuidado | N°        | %            |
|--------------------------|-----------|--------------|
| Adecuadas                | 4         | 8,0          |
| Inadecuadas              | 46        | 92,0         |
| <b>Total</b>             | <b>50</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: escala tipo lickert sobre prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial.

Los resultados muestran que, predomina las prácticas inadecuadas de autocuidado en un 92,0% del total de participantes.

A nivel internacional, los resultados guardan correspondencia con lo encontrado por Ojeda [15], quien identificó un predominio de prácticas de autocuidado inadecuadas en pacientes con hipertensión arterial, resultado que coincide con lo observado en la presente investigación. Esta concordancia permite evidenciar que, pese a la disponibilidad de información y las acciones de educación sanitaria, aún existen limitaciones para transformar los conocimientos en conductas favorables para el control de la enfermedad, situación que puede presentarse en diversos contextos y dificultar el manejo adecuado de la HTA [8].

En contraste, los resultados obtenidos difieren de lo reportado por Álvarez [14], quien encontró un predominio de prácticas adecuadas relacionadas con la prevención de la hipertensión arterial en su población de estudio. Esta diferencia podría atribuirse a las particularidades sociodemográficas de los participantes, así como al nivel educativo, la disponibilidad de información sobre salud y las condiciones sociales y ambientales propias de los contextos en los que se desarrollaron ambas investigaciones, factores que pueden influir en la adopción de

conductas de autocuidado.

Mientras que una población con mayor exposición a programas educativos, campañas de promoción de la salud y seguimiento continuo por parte del personal sanitario puede desarrollar mejores prácticas preventivas, en contextos donde existen limitaciones económicas, culturales o de acceso a los servicios de salud, pueden persistir conductas poco favorables relacionadas con la alimentación, actividad física, control del peso corporal y adherencia a medidas preventivas [25].

En el contexto nacional, los hallazgos obtenidos mantienen correspondencia con lo señalado por Reyes [16], quien identificó un predominio de prácticas de autocuidado inadecuadas entre los pacientes con hipertensión arterial, en concordancia con lo observado en esta investigación. Esta similitud evidencia que aún existen limitaciones para incorporar de manera sostenida hábitos y conductas saludables que contribuyan al control efectivo de la enfermedad y a la prevención de sus posibles complicaciones [23].

Asimismo, estos hallazgos ponen de manifiesto la brecha existente entre el conocimiento y la práctica, ya que, aunque los pacientes puedan tener cierta información sobre la hipertensión, esto no necesariamente se traduce en acciones concretas de autocuidado. Factores como la falta de motivación, hábitos arraigados, limitaciones económicas o barreras socioculturales pueden influir en esta situación [43].

Desde el enfoque de la teoría del autocuidado de Orem, los resultados permiten reconocer que disponer de conocimientos sobre la enfermedad no garantiza por sí mismo la ejecución de conductas saludables. Es necesario desarrollar y fortalecer la capacidad del paciente para aplicar dichos conocimientos en su vida cotidiana. En este proceso, el personal de salud desempeña un papel esencial mediante la educación, orientación, acompañamiento y seguimiento continuo, favoreciendo la incorporación progresiva de prácticas de autocuidado que contribuyan al control de la hipertensión arterial [25].

El marcado predominio de prácticas inadecuadas permite inferir que existen

dificultades en la internalización y aplicación de conductas de autocuidado en la vida cotidiana de los pacientes. Esto sugiere que, aunque puedan haber recibido indicaciones, no necesariamente han logrado incorporarlas como hábitos sostenidos, lo que evidencia una débil adherencia conductual frente al manejo de la enfermedad [47].

Asimismo, este resultado puede estar influenciado por factores relacionados con la rutina diaria de los pacientes, donde las exigencias laborales, familiares o personales pueden limitar el tiempo y la disposición para cumplir con recomendaciones como la actividad física regular, la alimentación saludable o el control periódico de la presión arterial. Estas condiciones pueden generar una priorización de otras actividades sobre el cuidado de la salud [48].

Por otro lado, la alta proporción de prácticas inadecuadas también podría estar asociada a una percepción baja del riesgo o a la ausencia de síntomas evidentes, lo que lleva a los pacientes a subestimar la gravedad de la HTA. Esta situación puede disminuir la motivación para adoptar cambios en el estilo de vida, resaltando la necesidad de intervenciones que refuercen la percepción de riesgo [50].

#### 4.4. Determinar la relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026.

Tabla 4. Relación entre conocimiento y prácticas de autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial atendidos en un establecimiento de salud del distrito de Chota, 2026

| Conocimiento | Prácticas de autocuidado |     |            |      | Total |       |
|--------------|--------------------------|-----|------------|------|-------|-------|
|              | Adecuado                 |     | Inadecuado |      |       |       |
|              | N°                       | %   | N°         | %    | N°    | %     |
| Adecuado     | 2                        | 4,0 | 24         | 48,0 | 26    | 52,0  |
| Inadecuado   | 2                        | 4,0 | 22         | 44,0 | 24    | 48,0  |
| Total        | 4                        | 8,0 | 46         | 92,0 | 50    | 100,0 |

#### Prueba de hipótesis

| Prueba estadística    | Valor | p-valor |
|-----------------------|-------|---------|
| Test exacto de Fisher | -     | 1,000*  |

\*  $p > 0,05$ .

Se observa que el 52,0% presentó un conocimiento adecuado y el 48,0% un conocimiento inadecuado; sin embargo, respecto a las prácticas de autocuidado, predominó el nivel inadecuado con 92,0%, mientras que solo el 8,0% mostró prácticas adecuadas. Al relacionar ambas variables, se encontró que, de los pacientes con conocimiento adecuado, únicamente el 4,0% presentó prácticas adecuadas, mientras que el 48,0% mantuvo prácticas inadecuadas; asimismo, en aquellos con conocimiento inadecuado, el 4,0% evidenció prácticas adecuadas y el 44,0% prácticas inadecuadas. Estos resultados indican que, pese a que una proporción importante de pacientes posee conocimientos favorables sobre la hipertensión arterial, ello no se refleja en la adopción de conductas de autocuidado, evidenciando una brecha entre el conocimiento y la práctica.

Así mismo, se acepta la hipótesis H0: No existe relación significativa entre el conocimiento y prácticas de autocuidado del paciente con hipertensión arterial

atendido en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026 ( $p > 0,05$ ).

Los resultados del presente estudio difieren a los encontrados por Álvarez [14], estudio realizado en México, quien reportó relación significativa entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Esta coincidencia sugiere que, en diferentes contextos, el hecho de que los pacientes posean información sobre su enfermedad no garantiza necesariamente la adopción de conductas adecuadas para su control.

En este sentido, aunque el conocimiento es un elemento fundamental para el manejo de la enfermedad, los hallazgos del presente estudio evidencian que no siempre se traduce en prácticas adecuadas de autocuidado. Esto podría estar influenciado por factores como barreras socioculturales, limitaciones económicas, baja motivación, creencias erróneas o dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud, los cuales condicionan la capacidad del paciente para aplicar lo aprendido en su vida cotidiana [9].

Desde la perspectiva de la teoría del autocuidado de Orem, se pone de manifiesto que el autocuidado es un proceso complejo que no depende únicamente del conocimiento, sino también de la interacción de factores personales, familiares y del entorno. Por ello, se hace necesario fortalecer las estrategias de intervención con un enfoque integral, que no solo promueva la adquisición de conocimientos, sino que también facilite el desarrollo de habilidades, refuerce la motivación y brinde un acompañamiento continuo, con el fin de lograr cambios conductuales sostenibles en los pacientes con hipertensión arterial [25].

En el ámbito nacional, los resultados del presente estudio también difieren de los reportados por Reyes [16] y Supanta [17], quienes evidenciaron una relación significativa entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Esta diferencia sugiere que, aunque en otros contextos nacionales el conocimiento sí se asocia con mejores prácticas, en la población estudiada esta relación no se manifiesta de la misma manera.

Esta discrepancia podría estar influenciada por características propias del contexto, como el predominio de población rural, limitaciones en el acceso a servicios de

salud, diferencias en el nivel educativo o en la calidad de las intervenciones educativas recibidas. Estos factores pueden condicionar que, a pesar de contar con cierto nivel de conocimiento, los pacientes no logren aplicarlo de forma efectiva en su vida diaria, evidenciando una desconexión entre lo que saben y lo que realmente practican [5].

Desde el enfoque del autocuidado de Orem, estos hallazgos reflejan la presencia de un déficit en el autocuidado, donde el individuo, a pesar de poseer información, no cuenta con las condiciones necesarias para ejecutar conductas adecuadas. Por ello, se resalta la importancia de implementar estrategias integrales que aborden no solo el componente cognitivo, sino también los factores conductuales, emocionales y sociales, promoviendo así una mayor adherencia a las prácticas de autocuidado y un mejor control de la hipertensión arterial [25].

La ausencia de relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado sugiere que ambas variables se comportan de manera independiente en la población estudiada. Esto implica que el nivel de conocimiento no es un factor determinante en la adopción de conductas saludables, lo que evidencia la intervención de otros elementos que influyen en el comportamiento del paciente frente al manejo de su enfermedad [43].

Asimismo, este resultado permite considerar que el proceso de cambio de conducta en salud es multifactorial y no lineal, donde intervienen aspectos como la autoeficacia, la percepción de control, las experiencias previas y el entorno social. Estos factores pueden actuar como facilitadores o barreras para la implementación de prácticas de autocuidado, independientemente del nivel de conocimiento que posea el individuo [36].

Por otro lado, la distribución de los datos en la tabla muestra que tanto los pacientes con conocimiento adecuado como inadecuado presentan en su mayoría prácticas deficientes, lo que refuerza la idea de que el problema no radica únicamente en la falta de información. Esto sugiere la necesidad de replantear las estrategias educativas tradicionales, incorporando metodologías más dinámicas, participativas y centradas en el cambio de comportamiento [26].

Finalmente, este hallazgo también pone en evidencia la importancia de fortalecer el componente actitudinal y motivacional en los pacientes, promoviendo una mayor responsabilidad en el cuidado de su salud. Es fundamental que las intervenciones no solo informen, sino que también generen compromiso, fomenten la toma de decisiones y desarrollen habilidades prácticas que permitan a los pacientes integrar el autocuidado como parte de su vida cotidiana [36].

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

- La mayoría de los pacientes con hipertensión arterial fueron adultos mayores y de sexo femenino. Asimismo, se evidenció que casi la totalidad de los participantes procedía de zonas rurales, mientras que aproximadamente la mitad tenía como estado civil la condición de conviviente, características que permiten describir el perfil sociodemográfico predominante de la población estudiada.
- Aproximadamente la mitad de los adultos con hipertensión arterial presenta un conocimiento adecuado sobre su enfermedad, evidenciando que una parte importante comprende aspectos relacionados con su manejo y control.
- La gran mayoría de los pacientes con hipertensión arterial presenta prácticas de autocuidado inadecuadas, evidenciando dificultades en la adopción de conductas saludables para el control de su enfermedad.
- No existe relación significativa entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial ( $p = 1,000$ ), lo que indica que el conocimiento no se traduce necesariamente en conductas favorables para el control de la hipertensión arterial

## **RECOMENDACIONES**

### **A la Universidad Nacional Autónoma de Chota**

- Fortalecer la formación de la práctica en educación para el autocuidado de enfermedades crónicas mediante actividades comunitarias en zonas rurales.
- Promover proyectos de investigación e intervención enfocados en mejorar las prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial.

### **Al personal de salud del puesto de salud Cuyumalca**

- Implementar programas educativos continuos orientados a mejorar las prácticas de autocuidado en pacientes hipertensos.
- Fortalecer el seguimiento periódico y visitas domiciliarias para fortalecer la adherencia al tratamiento y control de la enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2023 [consultado 7 de febrero 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Organización Mundial de la Salud. La OMS detalla, en un primer informe sobre la hipertensión arterial, los devastadores efectos de esta afección [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2023 [consultado 7 de febrero 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it?utm>
3. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión. Lima, Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2023 [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension#:~:text=La%20presi%C3%B3n%20arterial%20alta%20igual,140%2F90%20mmHg%20es%20hipertensi%C3%B3n>
4. Montes A, Leal A, Sillas DE, Benítez V, Ruiz M, et al. Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial (HTA) de adultos de una comunidad rural de Nayarit. Revista South Florida Journal of Development, Miami [Internet]. 2022 [consultado 7 de febrero 2025]; 3(2):76–92. Disponible en: <https://ojs.southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/download/1278/1043/3266>
5. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 2024 [consultado 7 de febrero 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension?utm>
6. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión arterial, México. México: Organización Panamericana de la Salud; 2023 [consultado 7 de febrero 2025].

Disponible

en:

<https://www.paho.org/es/enlace/hipertension#:~:text=En%202019%2C%20la%20prevalencia%20regional,4%2D36%2C3>

7. Hernández-Vásquez A, Carrillo BN, Azurin BC, Turpo Y, Azañedo D. Análisis espacial de la hipertensión arterial en adultos, 2022 [Internet]. Bogotá, Colombia; 2023 [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10538923/>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2023 [consultado 7 de febrero 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10538923/?utm>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Enfermedades transmisibles y no transmisibles [Internet]. Cajamarca, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2023 [consultado 7 de febrero 2025]. Disponible en: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/departamentales\\_en/Endes06/pdf/Cajamarca.pdf?utm](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/departamentales_en/Endes06/pdf/Cajamarca.pdf?utm)
10. Chuquiruna Y. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial en el Centro de Salud del distrito de Magdalena diciembre 2022 – febrero 2023 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2023 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5675/T016\\_72646137\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=RESULTADOS:%20El%20nivel%20de%20adherencia,%2C%20adherencia%20terap%C3%A9utica%2C%20tratamiento%20farmacol%C3%B3gico](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5675/T016_72646137_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=RESULTADOS:%20El%20nivel%20de%20adherencia,%2C%20adherencia%20terap%C3%A9utica%2C%20tratamiento%20farmacol%C3%B3gico).
11. Ministerio de Salud. En el Perú, existen 5.5 millones de personas mayores de 15 años que sufren de hipertensión arterial [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2024 [consultado 7 de abril 2025]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/607500-en-el-peru-existen-5-5-millones-de-personas-mayores-de-15-anos-que-sufren-de-hipertension-arterial>

12. Ministerio de Salud. Política nacional multisectorial de salud al 2030 [Internet]. Lima, Perú: 12. Ministerio de Salud. 2023 [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030.pdf>
13. Tarrillo LY. Calidad de vida y valoración social del adulto mayor con hipertensión arterial. programa del adulto mayor, Hospital José Soto Cadenillas Chota-2020 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Chota, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022 [consultado 03 de febrero 2025]. Disponible en: [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4772/tesis\\_final\\_calidad\\_vida\\_valoracion\\_social\\_adulto\\_mayor\\_hipertension\\_leyla\\_tarrillo.pdf](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4772/tesis_final_calidad_vida_valoracion_social_adulto_mayor_hipertension_leyla_tarrillo.pdf)
14. Álvarez R, Castro M, Fajardo V, Guevara R. Conocimiento y autocuidado de la hipertensión arterial durante el confinamiento por COVID-19: un estudio utilizando una red social virtual en el Istmo de Tehuantepec [Internet]. Oaxaca, México; 2024 [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9507635.pdf>
15. Ojeda M. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica [Tesis de licenciatura] [Internet]. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2023 [consultado 9 de octubre 2025]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/server/api/core/bitstreams/12903ed3-d53e-4206-a709-d749691c2df9/content>
16. Reyes K. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en los pacientes hipertensos del Puesto de Salud Buenos Aires Sur – 2024 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2024 [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en:

<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/cef38e36-14b4-436e-9d60-e739508342a1/content>

17. Supanta MV, Paz YF. Conocimientos de hipertensión arterial y autocuidado de pacientes del centro integral del adulto mayor, Lima – 20230 [Internet]. Lima, Perú; 2023 [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/126909>
18. Sullca GS. Conocimiento y prácticas del autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial de un Hospital Nacional de Lima, 2023 [Tesis de especialista] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2023 [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/9464/T06147031809\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/9464/T06147031809_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
19. Cerda RJ, León ME. Conocimientos, prácticas y actitudes en pacientes hipertensos en consulta externa en el centro de salud de Conchopata, agosto-setiembre, Ayacucho 2022 [Tesis de medico] [Internet]. Ayacucho, Perú: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2023 [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/dc8a04d9-efb0-42f5-bece-7b2719e48caf/content>
20. Ordoñez DF. Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del servicio de emergencia de un hospital del Ministerio de Salud, 2022 [Tesis de especialista] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2022 [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7469/T06141435441\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7469/T06141435441_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
21. Sirlopu RE. Conocimiento y práctica del autocuidado en adultos hipertensos que se atienden en el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena del distrito de Magdalena del Mar, Lima – 2022 [Tesis de licenciada] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2022 [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en:

[https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7445/T06146742902\\_T.pdf?sequence=1](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7445/T06146742902_T.pdf?sequence=1)

22. Angulo SE, Gomez JM. Nivel De Conocimiento Y Prácticas De Autocuidado En Adultos Mayores Hipertensos En Trujillo – 2021 [Tesis de licenciad] [Internet]. Trujillo, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2021 [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/88400/Angulo\\_RSE-Gomez\\_RJM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/88400/Angulo_RSE-Gomez_RJM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
23. Silva S. Conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso en el centro de salud la Ramada, 2021 [Tesis de licenciada] [Internet]. Pimentel, Perú: 2023 [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/11736/Silva%20Correa%2C%20Sxinthia%20-%20Suxe%20Terrones%2C%20Nancy%20Thalia.pdf?sequence=12&isAllowed=y>
24. Machuca JS. Conocimiento de hipertensión arterial y autocuidado del adulto mayor en el servicio de cardiología de un hospital público, Cajamarca 2022 [Tesis de especialista] [Internet]. Cajamarca, Perú: 2022 [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6628425>
25. Flores N, Gatica B, González A, Mejías C. Teorías del autocuidado [Internet]. [consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://iestpcontamana.edu.pe/biblioteca/files/original/0bd8747a39565c7ac62ec51ff619cda0.pdf>
26. Flores M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. Revista Espacios [Internet]. 2005 [Consultado 25 de noviembre 2024]; 26(2): 22. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>

27. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2023 [consultado 7 de diciembre 2024]. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/87679/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf;jsessionid=70C951255C315564CF77ACA61E29FD8F?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=70C951255C315564CF77ACA61E29FD8F?sequence=1)
28. Delgado-Vásquez C, Zavaleta-Bustos C, Luján-Zenteno A. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes atendidos en una unidad médica familiar. Revista Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2022 [consultado 24 de noviembre 2024]; 2019;57(4):222-227. Disponible en: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/nivel-de-conocimiento-sobre-hipertension-arterial-en-pacientes-portadores-de-la-unidad-de-medicina-familiar-no-76-265786?as=0&c=pQ8wXB&d=false&i=452&q=%2A%3A%2A&t>
29. Dimas M. Conocimientos intuitivo, religioso, empírico, filosófico y científico: definición, características y relevancia [Internet]. Gestipolis. 2012 [consultado 24 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.gestipolis.com/conocimientos-intuitivo-religioso-empirico-filosofico-y-cientifico-definicion-caracteristicas-y-relevancia/>
30. Soto J. Conocimiento práctico y conocimiento científico [Internet]. Revista de Filosofía y Teoría Social. 2023 [consultado 24 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/tesis/2004/jhs/>
31. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2022 [consultado 24 de noviembre]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>
32. Bakris GL. Hipertensión arterial [Internet]. Chicago, 2023 [consultado 24 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos-sangu%C3%ADneos/hipertensi%C3%B3n-arterial/hipertensi%C3%B3n-arterial?ruleredirectid=758>

33. Campbell N, Paccot M, Whelton P, Angell S, Jaffe M, Cohn J, et al. Directrices de la Organización Mundial de la Salud del 2021 sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión: implicaciones de política para la Región de las Américas. Revista Panam Salud Pública [Internet]. 2022 [consultado 24 de noviembre 2024]; 46(54): 1-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9097923/>
34. Asociación Nacional de Cadenas de Boticas. Hipertensión en el Perú: Un gran problema de salud pública [Internet]. Lima, Perú: Asociación Nacional de Cadenas de Boticas; 2024 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://anacab.pe/salud-publica/hipertension-en-el-peru-un-gran-problema-de-salud-publica-2/>
35. Asociación Americana del Corazón. Comprender las lecturas de la presión arterial [Internet]. Texas, Estados Unidos: Asociación Americana del Corazón; 2022 [consultado 12 de junio 2023]. Disponible en: <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/understandingblood-pressure-readings>
36. Asociación Española de Embriología. Hipertensión arterial secundaria [Internet]. Madrid, España: Asociación Española de Embriología; 2024 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-hipertension-arterial-secundaria-409>
37. Asociación Americana del Corazón. Comprender las lecturas de la presión arterial [Internet]. Texas, Estados Unidos: Asociación Americana del Corazón; 2022 [consultado 12 de junio 2023]. Disponible en: <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/understandingblood-pressure-readings>
38. Ortiz R, Torres M, Sigüencia W, Añez R, Salazar J, Rojas J, Bermúdez V. Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región Urbana de Ecuador. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica [internet]. 2022 [consultado 24 de noviembre 2024]; 33(2):248 -255. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000200008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200008)

39. American Heart Association. Conozca sus factores de riesgo de hipertensión arterial [Internet]. 2024 [consultado 24 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.goredforwomen.org/es/health-topics/high-blood-pressure/know-your-risk-factors-for-high-blood-pressure>
40. Mayo Clinic. Presión arterial alta (hipertensión) [Internet]. New York, Estados Unidos: Mayo Clinic; 2024 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410>
41. Ministerio de Salud. ¿Qué es la hipertensión? [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2024 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/22569-que-es-la-hipertension>
42. National Heart, Lung, and Blood Institute. Presión arterial alta Diagnóstico [Internet]. Washington, Estados Unidos: National Heart, Lung, and Blood Institute; 2024 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/presion-arterial-alta/diagnostico>
43. Sociedad Española de Medicina de Laboratorio. Hipertensión ¿En qué consiste? [Internet]. Madrid, España: Sociedad Española de Medicina de Laboratorio; 2024 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.labtestsonline.es/conditions/hipertension>
44. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de Práctica Clínica para la atención de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención [Internet]. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2024 [consultado 7 de agosto 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-profesionales-hipertension-arterial-primaria.pdf?utm\\_source](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-profesionales-hipertension-arterial-primaria.pdf?utm_source)

45. Ministerio de salud. Guía de práctica clínica para el manejo de la Hipertensión arterial esencial en el Seguro Social del Perú [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2023 [consultado 7 de enero 2025]. Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/5007?utm>
46. Organización Mundial de la Salud. Conceptualización del autocuidado [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2024 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: <https://papps.es/conceptualizacion-del-autocuidado/?utm>
47. Sun River Health. Programa de autocontrol de la hipertensión [Internet]. Revista River Health; 2023 [consultado 7 de mayo 2025]. Disponible en: [https://www.sunriver.org/wp-content/uploads/2023/11/Hypertension-Self-Management-Toolkit\\_FINAL\\_SPN.pdf](https://www.sunriver.org/wp-content/uploads/2023/11/Hypertension-Self-Management-Toolkit_FINAL_SPN.pdf)
48. Sociedad Peruana de Hipertensión Arterial. La dieta ideal para los hipertensos [Internet]. Lima, Perú: Sociedad Peruana de Hipertensión Arterial; 2024 [consultado 7 de febrero 2025]. Disponible en: <https://sphta.org.pe/la-dieta-ideal-para-los-hipertensos/?utm>
49. Fundación Española del Corazón. Hipertensión arterial y ejercicio [Internet]. Madrid, España: Fundación Española del Corazón; 2024 [consultado 7 de febrero 2025]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/ejercicio/59-para-enfermos/983-hipertension-arterial-y-ejercicio.html>
50. Centros Médicos MAPFRE Salud. Hipertensión y ejercicio físico, todos los beneficios [Internet]. Madrid, España: Centros Médicos MAPFRE Salud; 2024 [consultado 7 de marzo 2025]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/deporte-y-salud/hipertension-y-ejercicio/>
51. Sociedad Española de Cardiología. Pautas de ejercicio físico para la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial [Internet]. Madrid, España: Sociedad Española de Cardiología; 2023 [consultado 7 de marzo 2025]. Disponible en:

<https://secardiologia.es/blog/12510-pautas-de-ejercicio-fisico-para-la-prevencion-y-tratamiento-de-la-hipertension-arterial>

52. National Institutes of Health (NIH). Efectos del consumo de alcohol y tabaquismo en la aparición de hipertensión [Internet]. Washington, Estados Unidos: National Institutes of Health (NIH); 2023 [consultado 7 de enero 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8619602/>
53. Sociedad Internacional para la Prevención de las Enfermedades Inducidas por el Tabaco. Asociaciones entre el consumo de tabaco y alcohol con la presión arterial en una población de mediana edad [Internet]. New York, Estados Unidos: Sociedad Internacional para la Prevención de las Enfermedades Inducidas por el Tabaco; 2024 [consultado 7 de febrero 2025]. Disponible en: <http://tobaccoinduceddiseases.org/Associations-between-smoking-and-alcohol-consumption-nwith-blood-pressure-in-a-middle,162440,0,2.html>
54. Organización Mundial de la Salud. Calidad de vida [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2022 [consultado 24 de noviembre 2024]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF\\_1996\\_17\\_n4\\_p38\\_5-387\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p38_5-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
55. American Heart Association. Cómo manejar el estrés para controlar la hipertensión arterial [Internet]. Washington, Estados Unidos: American Heart Association; 2024 [consultado 7 de marzo 2025]. Disponible en: <https://www.goredforwomen.org/es/health-topics/high-blood-pressure/changes-you-can-make-to-manage-high-blood-pressure/managing-stress-to-control-high-blood-pressure>
56. Texas Heart. Presión arterial alta (hipertensión arterial) [Internet]. México, México: Texas Heart; 2024 [consultado 7 de marzo 2025]. Disponible en: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/presion-arterial-alta-hipertension-arterial/>

57. Fundación Española del Corazón. Presión Arterial [Internet]. Madrid, España: Fundación Española del Corazón; 2024 [consultado 24 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html>
58. Garay P. Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Científica del Sur; 2020 [consultado 7 de octubre 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstreams/334fe80d-00b9-4b3e-93a5-746b587c9abc/download>
59. Apaza D, Salinas M, Pantoja L. Nivel de conocimiento de hipertensión arterial en docentes de una institución educativa pública, Lima provincias, 2021. Revista Horizonte Médico [Internet]. 2021 [consultado 7 de marzo 2025]; 23(2):76–92. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2023000200009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2023000200009)
60. Álvarez LS. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet], 2012 [consultado 28 de noviembre 2024]; 30(1): 95-101. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12023071011.pdf>
61. Municipalidad Provincial de Chota. Ubicación geográfica [Internet]. Chota, Perú: Municipalidad Provincial de Chota; 2023 [Consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.munichota.gob.pe/ubicacion-geografica>
62. Micha CE. Informe técnico No005-2018-GR.CAJ-GRPPAT/SGAT [Internet]. Cajamarca; 2021 [Consultado 28 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2017/Comision de Descentralizacion/files/reg-1345.pdf>
63. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill. [Internet].

2018. [citado 26 de noviembre del 2024]. Disponible en:  
<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

64. Tafur C, Vásquez L, Nonaka M. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso del centro de atención del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2017 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2017 [consultado 7 de agosto 2025]. Disponible en: <https://api-repositorio.unapiquitos.edu.pe/server/api/core/bitstreams/fa7bad91-0c03-4d7a-b3e8-e4596b477980/content>
65. Otano M, Mejía A, Avilés-Arroyo M. Principios bioéticos y su aplicación en las investigaciones médico-científicas. Revista Científica Ecuador [Internet]. 2021 [consultado 7 de octubre 2023]; 3(3):9–16. Disponible en: <https://www.cienciaecuador.com.ec/index.php/ojs/article/view/27>

## ANEXOS

### Anexo 1. Formato de consentimiento informado

#### **Título de la investigación:**

“Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026”

#### **Objetivo de la investigación:**

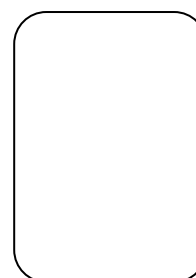
Determinar la relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026.

Yo....., identificado (a) con DNI N° .....  
....., mediante la información dada por las Bach. en Enfermería  
Apaéstegui Fustamante Denys Soledad, Idrogo Gavidia Deysi Anali; acepto  
brindar la información solicitada por el investigador de manera personal, teniendo  
en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será  
revelada.

Chota,.....de..... del 2026.

-----

Firma



## Anexo 2. Formato de instrumentos de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE CHOTA  
Escuela Profesional de Enfermería

*“Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026”*

### **Cuestionario sobre conocimiento de hipertensión arterial**

(Elaborado por: Tafur C, Vásquez L, Nonaka M, 2017)

#### **I. PRESENTACIÓN**

Señor(a) buenos días, estamos realizando un estudio con el objetivo de obtener información acerca del conocimiento sobre hipertensión arterial y autocuidado del adulto mayor hipertenso la información que se comparta será de uso estrictamente confidencial. Le agradecemos anticipadamente, su valiosa colaboración.

#### **II. INSTRUCCIONES:**

Escuche con atención las preguntas del cuestionario, así como las alternativas de respuesta indicándonos aquellas que considere correcta.

- Las respuestas deben ser sinceras, honestas y veraces.
- Por ningún motivo debe dar dos o más repuestas, en cada pregunta.
- Usted debe dar respuesta a todas las preguntas.
- El cuestionario tiene una duración de 20 minutos aproximadamente.
- A continuación, se presenta una serie de enunciados, para lo cual le pedimos que conteste a cada uno de ellos según sea conveniente, marcando con un aspa (X), En caso de duda, consulte con las Investigadoras.

#### **III. DATOS GENERALES:**

- a) Edad en años.....
- b) Sexo: masculino ( ) femenino ( )
- c) Procedencia: urbana ( ) rural ( )
- d) Estado civil: soltero (a) ( ) conviviente ( ) viudo (a) ( ) casado (a) ( )
- e) Tiempo de diagnóstico de la enfermedad.....

#### IV. Contenido del instrumento

##### Conocimiento sobre hipertensión arterial

|                                                                                                                   |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. ¿Conoce que es la presión alta?                                                                                | SI | NO |
| 2. ¿La presión alta es una enfermedad para toda la vida?                                                          | SI | NO |
| 3. ¿Tiene la certeza de padecer de presión alta?                                                                  | SI | NO |
| 4. ¿Se considera hipertensión arterial etapa 1 de 130 a 139 mmHg la sistólica o de 80 a 89 mmHg la diastólica?    | SI | NO |
| 5. ¿El valor de su presión arterial normal es de menos de 120 mmHg la sistólica y menos la 80 mmHg de diastólica? | SI | NO |
| 6. ¿Los síntomas de la presión alta es dolor de cabeza, zumbido de oídos, mareos?                                 | SI | NO |
| 7. ¿Es importante controlar la presión arterial?                                                                  | SI | NO |
| 8. ¿Conoce usted cuales son los valores de la presión arterial alta?                                              | SI | NO |

##### CAUSAS

|                                                                                    |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 9. ¿La presión arterial aumenta con la edad de manera progresiva?                  | SI | NO |
| 10. ¿La presión alta lo padece más el hombre que la mujer?                         | SI | NO |
| 11. ¿La presión aumenta con el consumo excesivo de sal?                            | SI | NO |
| 12. ¿La obesidad es la causa más importante de la presión alta?                    | SI | NO |
| 13. ¿Las tensiones emocionales mantenidas y reiteradas pueden causar presión alta? | SI | NO |

##### COMPLICACIONES DE HIPERTENSIÓN

|                                                           |    |    |
|-----------------------------------------------------------|----|----|
| 14. ¿La presión alta puede provocar daños en el corazón?  | SI | NO |
| 15. ¿La presión alta puede provocar lesiones en los ojos? | SI | NO |
| 16. ¿La presión alta puede provocar cambios cognitivos?   | SI | NO |
| 17. ¿La presión alta puede provocar daño en el riñón?     | SI | NO |

## DIETA

|                                                                                      |           |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 18. ¿El comer frutas y/o verduras ayudan a disminuir la presión alta?                | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 19. ¿Disminuir el consumo de sal en las comidas ayudará a controlar la presión alta? | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 20. ¿La disminución del consumo de café ayudara a controlar la presión arterial?     | <b>SI</b> | <b>NO</b> |

## TRATAMIENTO

|                                                                                                       |           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 21. ¿Para controlar la presión alta se tiene que tomar todos los días los medicamentos?               | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 22. ¿Usted toma pastillas que no lo indicó el medico?                                                 | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 23. ¿Se puede aumentar la dosis de los medicamentos si le sube la presión, sin consultar a su médico? | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 24. ¿La presión alta se puede tratar con productos naturales?                                         | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 25. ¿Se puede dejar el tratamiento cuando la presión se normaliza?                                    | <b>SI</b> | <b>NO</b> |

### Anexo 3. Formato de Instrumentos de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE CHOTA  
Escuela Profesional de Enfermería

*“Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud del distrito de Chota, 2026”*

#### **Escala tipo lickert sobre prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial**

(Elaborado por: Tafur C, Vásquez L, Nonaka M, 2017)

#### **I. Instrucciones**

Esta escala es anónima. Es decir, nadie podrá identificar sus respuestas, las cuales serán tratadas con la más absoluta confidencialidad y reserva. Contiene una serie de preguntas cada una de las cuales tienen diversas categorías de respuesta: Siempre (2), a veces (1) y nunca (0) todas las preguntas tienen direccionalidad positiva. Le solicitamos que nos dé su respuesta a cada una de las preguntas y nos proporcione una respuesta sincera y honesta.

#### **II. Contenido**

| ÍTEMS                                                                       | Siempre        | A veces        | Nunca        |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|--------------|
| <b>ALIMENTACIÓN</b>                                                         | <b>2</b>       | <b>1</b>       | <b>0</b>     |
| 1. ¿Acostumbra a consumir alimentos que contengan frutas y verduras         |                |                |              |
| 2. ¿Acostumbra a consumir alimentos que contenga gran contenido de grasa?   |                |                |              |
| 3. ¿Con qué frecuencia consume frituras?                                    |                |                |              |
| 4. ¿Con qué frecuencia consume café, té?                                    |                |                |              |
| 5. ¿Usted ingiere sus alimentos con gran contenido de sal?                  |                |                |              |
| <b>EJERCICIO FÍSICO</b>                                                     | <b>Siempre</b> | <b>A veces</b> | <b>Nunca</b> |
| 6. ¿Realiza actividad física al menos 30 minutos diarios durante la semana? |                |                |              |
| 7. ¿Con qué frecuencia realiza caminatas, de 4 a 5 veces por semana?        |                |                |              |

|                                                                                              |                |                |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|--------------|
| 8. ¿Acostumbra a realizar trabajos en su hogar, que implique esfuerzo físico durante el día? |                |                |              |
| 9. ¿Realiza control de su peso habitualmente?                                                |                |                |              |
| <b>HÁBITOS NOCIVOS</b>                                                                       | <b>Siempre</b> | <b>A veces</b> | <b>Nunca</b> |
| 10. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?                                         |                |                |              |
| 11. ¿Con qué frecuencia acostumbra a fumar cigarrillos durante el día?                       |                |                |              |
| 12. ¿Con qué frecuencia acostumbra a tomar café?                                             |                |                |              |
| <b>SEGUIMIENTO Y CONTROL</b>                                                                 | <b>Siempre</b> | <b>A veces</b> | <b>Nunca</b> |
| 13. ¿Cuántas veces a la semana se controla la presión arterial?                              |                |                |              |
| 14. ¿Toma sus pastillas para la presión alta todos los días?                                 |                |                |              |
| 15. ¿Toma sus pastillas para la presión alta sólo cuando se siente mal?                      |                |                |              |
| 16. ¿Asiste a sus controles médicos puntualmente?                                            |                |                |              |
| <b>TENSIÓN Y ESTRÉS</b>                                                                      | <b>Siempre</b> | <b>A veces</b> | <b>Nunca</b> |
| 17. ¿Con qué frecuencia se presenta discusiones desagradables en la familia?                 |                |                |              |
| 18. ¿Con qué frecuencia se fomenta la risa en su hogar?                                      |                |                |              |

## **Anexo 4. Concordancia entre jueces**

### **VALIDEZ POR JUECES CONCORDANCIA ENTRE JUECES**

#### **Cuestionario de conocimientos sobre hipertensión arterial**

##### **Adecuación**

| <b>N° ítem</b> | <b>Juez 1</b> | <b>Juez 2</b> | <b>Juez 3</b> | <b>Juez 4</b> | <b>Juez 5</b> | <b>Suma</b> | <b>V de Aiken</b> |
|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------|-------------------|
| Ítem 1         | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 2         | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 3         | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 4         | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 5         | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 6         | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 7         | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 8         | 0             | 1             | 1             | 1             | 1             | 4           | 0,800             |
| Ítem 9         | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 10        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 11        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 12        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 13        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 14        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 15        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 16        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 17        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 18        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 19        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 20        | 0             | 1             | 1             | 1             | 1             | 4           | 0,800             |
| Ítem 21        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 22        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 23        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 24        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |
| Ítem 25        | 1             | 1             | 1             | 1             | 1             | 5           | 1,000             |

\*  $V > 0,75$  [Adecuado].

## Suficiencia

| Nº ítem | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | Juez 5 | Suma | V de Aiken |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------|------------|
| Ítem 1  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 2  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 3  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 4  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 5  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 6  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 7  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 8  | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 9  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 10 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 11 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 12 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 13 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 14 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 15 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 16 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 17 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 18 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 19 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 20 | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 21 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 22 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 23 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 24 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 25 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |

\*  $V > 0,75$  [Adecuado].

## Pertinencia

| Nº ítem | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | Juez 5 | Suma | V de Aiken |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------|------------|
| Ítem 1  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 2  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 3  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 4  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 5  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 6  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 7  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 8  | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 9  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 10 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 11 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 12 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 13 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 14 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 15 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 16 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 17 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 18 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 19 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 20 | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 21 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 22 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 23 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 24 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 25 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |

\*  $V > 0,75$  [Adecuado].

## Relevancia

| Nº ítem | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | Juez 5 | Suma | V de Aiken |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------|------------|
| Ítem 1  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 2  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 3  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 4  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 5  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 6  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 7  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 8  | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 9  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 10 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 11 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 12 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 13 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 14 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 15 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 16 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 17 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 18 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 19 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 20 | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 21 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 22 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 23 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 24 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 25 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |

\*  $V > 0,75$  [Adecuado].

## Claridad

| Nº ítem | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | Juez 5 | Suma | V de Aiken |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------|------------|
| Ítem 1  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 2  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 3  | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 4  | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 5  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 6  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 7  | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 8  | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 9  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 10 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 11 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 12 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 13 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 14 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 15 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 16 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 17 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 18 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 19 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 20 | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 21 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 22 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 23 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 24 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 25 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |

\*  $V > 0,75$  [Adecuado].

**VALIDEZ POR JUECES**  
**CONCORDANCIA ENTRE JUECES**

**Escala sobre prácticas de autocuidado en hipertensión arterial**

**Adecuación**

| Nº ítem | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | Juez 5 | Suma | V de Aiken |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------|------------|
| Ítem 1  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 2  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 3  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 4  | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 5  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 6  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 7  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 8  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 9  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 10 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 11 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 12 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 13 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 14 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 15 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 16 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 17 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 18 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |

\*  $V > 0,75$  [Adecuado].

## Suficiencia

| Nº ítem | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | Juez 5 | Suma | V de Aiken |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------|------------|
| Ítem 1  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 2  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 3  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 4  | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 5  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 6  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 7  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 8  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 9  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 10 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 11 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 12 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 13 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 14 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 15 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 16 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 17 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 18 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |

\*  $V > 0,75$  [Adecuado].

## Pertinencia

| Nº ítem | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | Juez 5 | Suma | V de Aiken |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------|------------|
| Ítem 1  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 2  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 3  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 4  | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 5  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 6  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 7  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 8  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 9  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 10 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 11 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 12 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 13 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 14 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 15 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 16 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 17 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 18 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |

\*  $V > 0,75$  [Adecuado].

## Relevancia

| Nº ítem | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | Juez 5 | Suma | V de Aiken |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------|------------|
| Ítem 1  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 2  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 3  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 4  | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 5  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 6  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 7  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 8  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 9  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 10 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 11 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 12 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 13 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 14 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 15 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 16 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 17 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 18 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |

\*  $V > 0,75$  [Adecuado].

## Claridad

| Nº ítem | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | Juez 5 | Suma | V de Aiken |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------|------------|
| Ítem 1  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 2  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 3  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 4  | 0      | 1      | 1      | 1      | 1      | 4    | 0,800      |
| Ítem 5  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 6  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 7  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 8  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 9  | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 10 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 11 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 12 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 13 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 14 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 15 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 16 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 17 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |
| Ítem 18 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      | 5    | 1,000      |

\*  $V > 0,75$  [Adecuado].

## **Anexo 5: Análisis de fiabilidad**

### **Cuestionario de conocimiento sobre hipertensión arterial**

#### **Global**

| <b>KR-20</b> | <b>IC 95%</b> | <b>Nº de elementos</b> | <b>n</b> |
|--------------|---------------|------------------------|----------|
| 0,806*       | 0,659 – 0,910 | 25                     | 20       |

\* Buena fiabilidad ( $KR-20 \geq 0,80$ ).

#### **Análisis de fiabilidad**

##### **Escala sobre prácticas de autocuidado en hipertensión arterial**

| <b>Alfa de Cronbach</b> | <b>IC 95%</b> | <b>Nº de elementos</b> | <b>n</b> |
|-------------------------|---------------|------------------------|----------|
| 0,814*                  | 0,671 – 0,914 | 18                     | 20       |

\* Buena fiabilidad ( $\alpha \geq 0,80$ ).

**Características sociodemográficas y clínicas según nivel de conocimiento sobre HTA**

| <b>Característica</b>       | <b>Categoría</b> | <b>Adecuado n (%)</b> | <b>Inadecuado n (%)</b> | <b>Total, n (%)</b> |
|-----------------------------|------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|
| <b>Grupo etario</b>         | Adulto           | 5 (62,5)              | 3 (37,5)                | 8 (100,0)           |
|                             | Adulto mayor     | 21 (50,0)             | 21 (50,0)               | 42 (100,0)          |
| <b>Sexo</b>                 | Femenino         | 18 (52,9)             | 16 (47,1)               | 34 (100,0)          |
|                             | Masculino        | 8 (50,0)              | 8 (50,0)                | 16 (100,0)          |
| <b>Procedencia</b>          | Rural            | 25 (51,0)             | 24 (49,0)               | 49 (100,0)          |
|                             | Urbana           | 1 (100,0)             | 0 (0,0)                 | 1 (100,0)           |
| <b>Estado civil</b>         | Conviviente      | 14 (51,9)             | 13 (48,1)               | 27 (100,0)          |
|                             | Casado           | 11 (55,0)             | 9 (45,0)                | 20 (100,0)          |
|                             | Viudo            | 1 (50,0)              | 1 (50,0)                | 2 (100,0)           |
|                             | Soltero          | 0 (0,0)               | 1 (100,0)               | 1 (100,0)           |
| <b>Tiempo de enfermedad</b> | 1 a 10 años      | 3 (60,0)              | 2 (40,0)                | 5 (100,0)           |
|                             | 11 a 20 años     | 6 (60,0)              | 4 (40,0)                | 10 (100,0)          |
|                             | 21 a 30 años     | 10 (50,0)             | 10 (50,0)               | 20 (100,0)          |
|                             | 31 a más años    | 7 (46,7)              | 8 (53,3)                | 15 (100,0)          |
| <b>Total</b>                |                  | <b>26 (52,0)</b>      | <b>24 (48,0)</b>        | <b>50 (100,0)</b>   |

### Características sociodemográficas y clínicas según prácticas de autocuidado

| Característica              | Categoría     | Adecuadas n (%) | Inadecuadas n (%) | Total, n (%)      |
|-----------------------------|---------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| <b>Grupo etario</b>         | Adulto        | 1 (12,5)        | 7 (87,5)          | 8 (100,0)         |
|                             | Adulto mayor  | 3 (7,1)         | 39 (92,9)         | 42 (100,0)        |
| <b>Sexo</b>                 | Femenino      | 3 (8,8)         | 31 (91,2)         | 34 (100,0)        |
|                             | Masculino     | 1 (6,3)         | 15 (93,8)         | 16 (100,0)        |
| <b>Procedencia</b>          | Rural         | 4 (8,2)         | 45 (91,8)         | 49 (100,0)        |
|                             | Urbana        | 0 (0,0)         | 1 (100,0)         | 1 (100,0)         |
| <b>Estado civil</b>         | Conviviente   | 2 (7,4)         | 25 (92,6)         | 27 (100,0)        |
|                             | Casado        | 2 (10,0)        | 18 (90,0)         | 20 (100,0)        |
|                             | Viudo         | 0 (0,0)         | 2 (100,0)         | 2 (100,0)         |
|                             | Soltero       | 0 (0,0)         | 1 (100,0)         | 1 (100,0)         |
| <b>Tiempo de enfermedad</b> | 1 a 10 años   | 1 (20,0)        | 4 (80,0)          | 5 (100,0)         |
|                             | 11 a 20 años  | 1 (10,0)        | 9 (90,0)          | 10 (100,0)        |
|                             | 21 a 30 años  | 1 (5,0)         | 19 (95,0)         | 20 (100,0)        |
|                             | 31 a más años | 1 (6,7)         | 14 (93,3)         | 15 (100,0)        |
|                             |               |                 |                   |                   |
| <b>Total</b>                |               | <b>4 (8,0)</b>  | <b>46 (92,0)</b>  | <b>50 (100,0)</b> |