



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Trabajo Académico

Conocimiento sobre la hipertensión arterial y el autocuidado en adultos
mayores hospitalizados en un hospital público de Lima – 2026

Para optar el Título de
Especialista en Cuidado Enfermero en Geriatria y Gerontología

Presentado por:

Autora: Fernandez Huayaney, Zunilda Claudia

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9133-1394>

Asesora: Mg. Rojas Ahumada, Magdalena Petronila

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2987-7749>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Fernández Huayaney Zunilda Claudia, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en cuidado enfermero en geriatría y gerontología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Conocimiento sobre la hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados en un hospital público de Lima – 2026” Asesorado por el docente: Mg. Magdalena Petronila Rojas Ahumada, DNI 0615253, ORCID 0000-0003-2987-7749 tiene un índice de similitud de (18) (dieciocho) % con código OID: oid:14912:604254634 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Firma de autor

Nombres y apellidos del Egresado
Zunilda claudia Fernandez Huayaney
DNI: 40488840



.....
Firma

Nombres y apellidos del Asesor
Mg, Magdalena Petronila Rojas Ahumada
DNI: 06152053

Lima, 02 julio de 2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

El proyecto de investigación del de Lic. Zunilda claudia Fernandez Huayaney, muestra un 18% de similitud total, con un 5% correspondiente a fuentes primarias.

Se justifica este resultado, explicando:

El porcentaje de similitud en fuentes primarias del 5 %, detectado por Turnitin, se justifica por el uso de plantillas estándar para la redacción del resumen, problemas específicos, objetivos e hipótesis y diseño metodológico, índice, anexos, matriz de consistencia, elementos esenciales para asegurar la claridad, precisión, replicabilidad y transparencia de la investigación Estas prácticas son comunes y recomendadas en investigaciones académicas. Se han tomado medidas para mitigar este problema, asegurando que el contenido original del trabajo se destaque a pesar de la similitud en las secciones mencionadas.

Atentamente
Mg. Magdalena Petronila Rojas Ahumada
Asesora

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi hijo Piero, quien es mi motivación, mi orgullo, mi fuerza para seguir adelante y nunca rendirme, él a demostrado la perseverancia de cumplir su metas y objetivos.

A mis padres Mario y Claudia, que son mi héroe, por el apoyo incondicional, hacia sus hijos y nietos

A mi esposo por su comprensión atención en toda mi carrera profesional.

AGRADECIMIENTO

A nuestras queridas docentes de la especialidad, por su dedicación, atención y cuidado hacia los adultos mayores.**su** compromiso y apoyo han sido fundamental para nosotros.

Gracias por su invaluable labor

Asesora: Mg. Rojas Ahumada Magdalena Petronila

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2987-7749>

JURADO

Presidente : Dr. Molina Torres, Jose Gregorio
Secretario : Mg. Pretell Aguilar, Rosa María
Vocal : Dr. Arevalo Marcos, Rodolfo Amado

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	viii
Abstract	ix
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1

1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación de la investigación	5
1.4.1. Teórica	5
1.4.2. Metodológica	5
1.4.3. Práctica	6
1.5. Delimitación de la investigación	6
1.5.1. Temporal	6
1.5.2. Espacial	6
1.5.3. Población o unidad de análisis	7
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Formulación de hipótesis	17
2.3.1. Hipótesis general	17
2.3.2. Hipótesis específicas	17
3. METODOLOGÍA	18
3.1. Método de la investigación	18
3.2. Enfoque de la investigación	18
3.3. Tipo de investigación	18
3.4. Diseño de la investigación	19
3.5. Población, muestra y muestreo	19
3.6. Variables y operacionalización	21
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	23
3.7.1. Técnica	23
3.7.2. Descripción de instrumentos	23
3.7.3. Validación	25
3.7.4. Confiabilidad	26
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	27

3.9. Aspectos éticos	28
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	29
4.1. Cronograma de actividades	29
4.2. Presupuesto	30
5. REFERENCIAS	31
ANEXOS	37
Anexo 1: Matriz de consistencia	38
Anexo 2: Instrumentos	40
Anexo 3: Consentimiento informado	46
Anexo 4: Informe de originalidad	51

Resumen

Introducción: En la población adulta mayor, la hipertensión arterial representa una problemática de salud mundial de gran magnitud dada a su elevada incidencia, y las complicaciones asociadas. A falta de un control adecuado de la hipertensión en adultos mayores no solo intensifica la carga de morbilidad y letalidad, asimismo representa un desafío para los sistemas sanitarios. El reciente informe establece como **Objetivo:** Determinar la relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados en un hospital público de Lima – 2026. **Metodología:** Su desarrollo tendrá un enfoque cuantitativo, nivel aplicado, correlacional, siguiendo un diseño no experimental cuyo método corresponde al hipotético deductivo; la muestra estará conformada por 108 pacientes geriátricos hospitalizados, utilizando la técnica de encuesta en la recolección de datos, así como cuestionarios validados y confiables para ambas variables. El análisis estadístico se efectuará con el software SPSS v.27, que permitirán obtener resultados que respondan a los objetivos planteados y realizar la contrastación de hipótesis para determinar la relación existente según su significancia de 0.05.

Palabras clave: Conocimiento, hipertensión arterial, adulto mayor, autocuidado.

Abstract

Introduction: In the elderly population, arterial hypertension represents a major public health problem due to its high prevalence and associated complications. The lack of adequate control of hypertension in older adults not only increases the burden of morbidity and mortality but also represents a challenge for health systems. The **objective** of this study is to determine the relationship between knowledge about arterial hypertension and self-care in older adults hospitalized in a public hospital in Lima - 2025. **Methodology:** Its development will have a quantitative approach, applied level, correlational, following a non-experimental design whose method corresponds to the hypothetical deductive; where a sample of 108 hospitalized geriatric patients will be considered, using the survey technique in data collection, as well as validated questionnaires for both variables. Data processing will be carried out through the statistical package SPSS v.27, which will allow obtaining results that respond to the objectives set and performing the hypothesis contrast to determine the existing relationship according to its significance of 0.05.

Keywords: Knowledge, high blood pressure, older adults, self-care.

,

- **EL PROBLEMA**

○ **Planteamiento del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó en 2023 que aproximadamente 1,280 millones de personas en el mundo padecen hipertensión, evidenciando una tendencia al alza en su prevalencia. Sin embargo, solo el 42% de estos individuos han sido diagnosticados y reciben tratamiento, y únicamente el 20% logra un control adecuado de la enfermedad. La hipertensión arterial (HTA) constituye una de las razones primordiales de muerte prematura a nivel global, ya que se trata de una patología no transmisible que predispone a enfermedades cardiovasculares, responsables de aproximadamente 17.9 millones de fallecimientos anuales (1).

Por otro lado, la HTA en adultos mayores se ha transformado en un dilema de salud pública en constante crecimiento, impulsado por el aumento de la esperanza de vida tanto en países desarrollados como en desarrollo. De acuerdo al informe mundial de la OMS, en el 2050 la población adulta mayor duplicará su proporción alcanzando 22%, por encima del comportamiento demográfico de las últimas décadas (2).

A pesar de su alta prevalencia, el conocimiento sobre la enfermedad sigue siendo deficiente en esta población. Un estudio realizado en Indonesia en 2022 evidenció que el 94,8% de los encuestados tenía un conocimiento limitado sobre la HTA. Asimismo, las prácticas de autocuidado presentaron deficiencias significativas, con un 64% de incumplimiento en la medicación, un 88,5% en la dieta y un 82,5% en el control de peso, factores que contribuyen al incremento de enfermedades cardiovasculares en los adultos mayores (3).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) identificó a la hipertensión como el factor fundamental de riesgo para el desarrollo de patologías cardiovasculares, las cuales provocan alrededor 1.6 millones de muertes anuales en la región

de las Américas. De estas, cerca de 500,000 corresponden a personas menores de 70 años, lo que las clasifica como decesos precoces y evitables. Asimismo, hasta 2023, la prevalencia de hipertensión en adultos en la región oscilaba entre el 20% y el 40%, afectando a aproximadamente 250 millones de personas (4).

Además, una publicación del 2023 destacó datos epidemiológicos que revelan que las mujeres constituyen el 55% de la población mundial con edad ≥ 65 años y el 62% de aquellos con edad ≥ 80 años. Esta distribución demográfica adquiere relevancia clínica particular cuando se analiza en el contexto de las manifestaciones hipertensivas. La evidencia científica documenta diferencias significativas entre géneros en la progresión de la hipertensión arterial durante el envejecimiento. Las mujeres exhiben incrementos más pronunciados en la presión arterial sistólica y mayor prevalencia hipertensiva en comparación con los hombres conforme avanza la edad. Paradójicamente, se observa una disminución más acentuada en las tasas de control hipertensivo en la población femenina (5).

En América Latina, diversos estudios han documentado estrategias eficaces para el control de la hipertensión. En Cuba una publicación del 2024 evidenció que el 89.1% de personas afectadas con HTA corresponden a los adultos mayores (6). Además, en Brasil, una investigación longitudinal publicada en el 2022 demostró que el monitoreo continuo y la promoción de estilos de vida aseguraron un mejor autocuidado del paciente hipertenso, donde enfermería ejerce el liderazgo promocional y preventivo en la población geriátrica (7).

Asimismo, en Ecuador, en 2022 destacó que la población afectada con HTA posee conductas de autocuidado inadecuadas, lo que reduce su disposición a adoptar medidas preventivas frente a complicaciones. como el estido de vida estacionario, inactividad física, la malnutrición, el incumplimiento terapéutico y el déficit de controles médicos favorecen

la aparición de complicaciones graves, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad principalmente en adultos mayores (8).

En el contexto peruano, el Ministerio de Salud (MINSA) reportó en 2022 que, en todo el país, la prevalencia de hipertensión aumentó supera el 20%, lo que revela la presencia de 5.5 millones de peruanos que padecen esta enfermedad y representa una problemática de salud pública, debido a su asociación con otras patologías (9). Al respecto, una publicación del 2023 destacó que la región costera es la más afectada, siendo las regiones del margen costero desde Tumbes a Lima los de mayor prevalencia, seguido de los departamentos amazónicos como Loreto y Madre de Dios (10).

Una publicación del 2023 realizado en Lima reveló que el alrededor del 44% de pacientes hipertensos geriátricos no poseen la capacidad para realizar su autocuidado, lo que repercute en las conductas asumidas para sobrellevar la enfermedad y su calidad de vida. A partir de estos hallazgos, se hace imprescindible la implementación de estrategias de tamizaje, seguimiento y monitoreo, orientadas por políticas de promoción de estilos de vida saludables como parte del autocuidado y prevención de complicaciones (11).

Dentro de la problemática observada en el hospital María Auxiliadora se ha incrementado el número de pacientes adultos mayores que presentan hipertensión arterial, los motivos de hospitalización recae principalmente en un mal manejo de parte de estos pacientes quienes suelen contar con escaso apoyo familiar, las características propias de su etapa limitan la comprensión de su enfermedad proporcionada en el nivel primario de atención de salud, de tal manera que conductas como la alimentación no cumplen los requerimientos nutricionales y restricciones de otros dañinos; la escasa actividad física, así como el deterioro de la salud mental y social suelen afectar su bienestar, se desarrollan complicaciones que terminan en hospitalizaciones.

- **Formulación del problema**

- **Problema general**

¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados en un hospital público de Lima 2026?

- **Problemas específicos**

PE1: ¿Cuál es la relación entre la dimensión generalidades y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados?

PE2: ¿Cuál es la relación entre dimensión factores de riesgo y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados?

PE3: ¿Cuál es la relación entre dimensión medidas de control y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados ¿

PE4: ¿Cuál es la relación entre dimensión tratamiento y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados?

Objetivos de la investigación

- **Objetivo general**

Determinar la relación entre el conocimiento sobre hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados en un hospital público de Lima – 2026.

- **Objetivos específicos**

OE1: Identificar la relación que existente entre la dimensión generalidades y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados.

OE2: Identificar la relación que existe entre la dimensión factores de riesgo y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados

OE3: Establecer la relación que existe entre la dimensión medidas de control y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados.

OE4: Identificar la relación que existe entre la dimensión tratamiento y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados.

- **Justificación de la investigación**

- Teórica

Este trabajo se sustenta por el uso del método científico, enmarcado en la “Teoría del cuidado humanizado de Watson”, la cual se centra en el cuidado holístico del sujeto de estudio, el paciente adulto mayor. Asimismo, la investigación aporta nuevos conocimientos sobre la relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión y las prácticas de autocuidado en la población geriátrica. Si bien existen estudios previos que analizan la hipertensión arterial en población general y su impacto en la salud pública, la evidencia sobre cómo el conocimiento de la enfermedad influye en la adherencia al autocuidado en adultos mayores hospitalizados sigue siendo limitada. Este estudio busca llenar este vacío al proporcionar un análisis integral que relacione el grado de conocimiento de los pacientes con sus prácticas de autocuidado, lo que permitirá generar una base teórica que contribuya al desarrollo de estrategias educativas y de intervención en esta población vulnerable.

- Metodológica

Metodológicamente, esta investigación se sustenta en un diseño que permitirá analizar de manera objetiva y estructurada la relación entre el conocimiento sobre

hipertensión y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados, como se sabe el estudio desarrollará sus fases con un enfoque cuantitativo, siguiendo un nivel correlacional cuyo método hipotético deductivo permitirá establecer la existente correlación. Asimismo, la aplicación de instrumentos validados garantizará la fiabilidad y validez de los datos obtenidos, lo que permitirá generar resultados robustos y extrapolables a contextos similares. Además, el estudio contribuirá al desarrollo de metodologías de evaluación en el ámbito hospitalario, proporcionando herramientas para futuras investigaciones y promoviendo el abordaje de esta problemática desde una perspectiva científica y sistemática.

- **Práctica**

Desde una perspectiva aplicada, esta investigación es de gran relevancia, ya que sus hallazgos permitirán diagnosticar el nivel de cognición sobre hipertensión en los adultos mayores hospitalizados y su impacto en el autocuidado, un aspecto clave para prevenir complicaciones y mejorar el estilo de vida. La información obtenida servirá como base para el diseño e implementación de programas educativos y estrategias de intervención en el ámbito hospitalario, orientadas a fortalecer la autonomía y la adherencia a medidas terapéuticas y de autocuidado en esta población. En el campo de la enfermería, esta investigación facilitará la toma de decisiones basadas en evidencia, permitiendo optimizar el rol del profesional sanitario en la educación y acompañamiento de los pacientes hipertensos, con el fin de mejorar su pronóstico y reducir el riesgo de reingresos hospitalarios.

- **Delimitaciones de la investigación**

- **Temporal**

El periodo abarcará noviembre 2025 – febrero 2026.

- **Espacial**

La investigación se realizará en el Hospital María Auxiliadora, servicio de Medicina y Especialidades, ubicada en la Av. Miguel Iglesias 968 en el distrito de Miraflores, Lima-Perú.

- Población o unidad de análisis

El estudio se enfocará en la población de pacientes geriátricos internados en el Hospital María Auxiliadora.

- MARCO TEÓRICO

- **Antecedentes**

- **Internacionales**

Sari et al. (12) en el 2024, en Indonesia, publicaron un estudio, cuyo objetivo fue analizar la relación entre el conocimiento sobre hipertensión y las conductas de autocuidado en pacientes atendidos en un centro de atención primaria. La investigación fue de tipo descriptivo-correlacional, basada en una muestra intencional de 115 participantes, se utilizó el *Hypertension Self-Care Profile* para evaluar el autocuidado y el *Knowledge on Hypertension* para medir el conocimiento. Los resultados indicaron que el 53% de los pacientes mostraban disposición positiva hacia el autocuidado y el 53.9% tenía conocimiento adecuado sobre la enfermedad; sin embargo, no se encontró una correlación significativa entre ambas variables ($p = 0.099$, $r = 0.155$). Estos hallazgos sugieren que, aunque los pacientes puedan poseer un nivel adecuado de conocimiento sobre la hipertensión, esto no necesariamente se traduce en una mejor adherencia a las conductas de autocuidado.

Mejía y Ojeda (13), en el 2023, publicaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento sobre hipertensión y las prácticas de autocuidado en Cantón Ecuador, se trató de un estudio cuantitativo de diseño cuasiexperimental cuya muestra incluyó 25

adultos mayores, donde se realizó la administración de cuestionarios antes y después de una intervención educativa. En la primera fase de la intervención, el 52% de los participantes presentaba un nivel bajo de conocimiento y el 72% realizaba prácticas inadecuadas de autocuidado. Posteriormente, el nivel de conocimiento mejoró a un nivel medio en el 56% de los casos, mientras que las prácticas de autocuidado adecuadas aumentaron al 52%. Los hallazgos evidenciaron una conexión estadísticamente relevante entre el conocimiento y los hábitos de autocuidado, indicando que una mayor educación sobre la enfermedad se asocia con una mejor adherencia a medidas de autocuidado.

Gusty et al (14), en el 2022, publicaron una investigación con la finalidad de determinar la asociación entre el conocimiento y autocuidado en pacientes hipertensos de edad avanzada en una comunidad de Indonesia, fue un estudio correlacional de diseño no experimental, incluyó la muestra de 383 participantes geriátricos, a quienes se les aplicó cuestionarios de conocimiento y escala para el autocuidado. Los resultados mostraron que el 66% de los pacientes son mujeres, cuentan con educación deficiente en un 88% y no laboran, además de padecer la enfermedad entre 1 y 5 años, mostraron conocimiento deficiente en el 94.8%; no siguen de forma estricta su dieta, ejercicio físico, ni medicación como parte de su autocuidado, incidiendo adecuadamente la limitación de consumo de cigarrillos en el 78.6%. Se concluyó que la existencia de relación entre ambas variables estudiadas ($p: 0,000$; OR: 14.99)

Turki et al. (15), en el 2024, publicaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la asociación entre el conocimiento con la adherencia a la medicación, control de la presión arterial, el autocuidado y autoeficacia en pacientes hipertensos de Túnez, fue un estudio transversal de enfoque cuantitativo correlacional, con una muestra de 750 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial; se utilizó un cuestionario como instrumento para el recojo de información de los pacientes; dentro de los hallazgos principales se identificó que

solo el 11.5% conocía sobre su enfermedad, las prácticas de autocuidado fueron deficientes en el 83.9%; la adherencia farmacológica fue baja en el 83.2%, el 73% tiene presión descontrolada; concluyendo que, la baja adherencia se asoció con la cantidad de medicación, efectos adversos, autoeficacia ($p<0.0001$)

Maldonado et al. (16), en el 2022, realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento respecto al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores en México. Estudio descriptivo no experimental realizado en 110 participantes, se aplicó un cuestionario de conocimiento, el cual fue validado. Los hallazgos más significativos revelaron que la mayoría de los adultos mayores, principalmente las mujeres desconocen respecto a la enfermedad, alcanzando el 75%, concluyendo que los adultos mayores tienen conocimiento deficiente respecto a la HTA y requieren de una guía constante a lo largo de su tratamiento antihipertensivo.

Nacionales

Ordoñez (17), en el 2024, publicó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el conocimiento sobre hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores del centro de Salud San Martín en Lambayeque; estudio correlacional no experimental, con una muestra representativa de 90 participantes, se utilizó cuestionarios para recoger la información de cada variable; los resultados mostraron que el conocimiento de la HTA fue alto en el 85.6%, asimismo, el autocuidado alcanzó niveles óptimos en un mínimo porcentaje, las deficiencias fueron mayores, en conductas de cuidado físico como nutrición, actividades físicas no superaron el 40%, concluyendo que tanto el conocimiento como el autocuidado se relacionan significativamente ($r=,374$; $p<0.01$).

Rojas y Fuentes (18), en el 2023, publicaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre el conocimiento sobre factores de riesgo de la hipertensión y la adherencia

terapéutica como parte del autocuidado en pacientes hipertensos del programa del adulto mayor en Lima, estudio correlacional, de diseño no experimental y corte transversal, donde se incluyó una muestra de 181 adultos mayores, a quienes se les aplicaron dos cuestionarios validados. Los resultados revelaron que el 45.9% mostró conocimientos bajos en torno a la enfermedad, en tanto que el autocuidado fue regular en la adherencia terapéutica, concluyendo que ambas variables se relacionan significativamente obteniendo un valor de $p < 0.05$.

Vargas (19), en el 2023, sustentó su tesis cuyo objetivo fue analizar la relación entre el conocimiento sobre autocuidado y las prácticas de autocuidado en adultos mayores hipertensos en el hospital Regional de Ica. La investigación fue de enfoque cuantitativo y transversal, incluyó a 95 pacientes y empleó entrevistas estructuradas para evaluar ambas variables. Los datos evidenciaron una alta correlación entre el conocimiento y distintas dimensiones del autocuidado, como la alimentación adecuada ($Rho = 0.814$), la actividad física ($Rho = 0.819$), la adherencia al tratamiento antihipertensivo ($Rho = 0.813$) y la evitación de hábitos nocivos ($Rho = 0.79$). La correlación general entre el conocimiento sobre autocuidado y las prácticas de autocuidado fue significativa ($Rho = 0.658$), lo que sugirió que un mayor conocimiento favorece mejores prácticas de autocuidado.

Becerra (20), en Lima 2021, en el estudio elaborado donde determino el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial con una muestra de 66 adultos mayores evaluados con una escala Likert. Los hallazgos indicaron que la prevalencia del alto nivel de conocimiento fue del 6.0%, mientras para el nivel medio alcanzo 81.7%, y un nivel bajo se señaló con el 12.3%, de los encuestados

.

Cano (21), en Puno, en 2021, llevó a cabo una investigación para establecer el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado entre pacientes adultos con hipertensión arterial en el Hospital Carlos Cornejo Roseello Vizcardo de Azángaro. Este estudio adoptó un enfoque cuantitativo y se centró en 195 pacientes diagnosticados con hipertensión. Se utilizó un cuestionario para evaluar los niveles de conocimiento y las prácticas de autocuidado. Los resultados revelaron un promedio de conocimiento del 64,1%, donde el 34,4% de los pacientes poseía un nivel más alto de comprensión. En términos de autocuidado, el 54,4% de los pacientes cumplía con las pautas adecuadas, mientras que el 45,6% mostraba un autocuidado deficiente. En conclusión, aunque los ancianos están al tanto de su condición, enfrentan dificultades para implementar un autocuidado adecuado.

- **Bases teóricas**

- **Conocimiento sobre hipertensión arterial**

- **Conceptualización**

Conocimiento:

El conocimiento se entiende como un proceso dinámico y progresivo que surge de la construcción de experiencias, la formulación de explicaciones y la respuesta a desafíos que inicialmente pueden parecer simples, pero que se complejizan al ser humanizados e interactuar con la realidad objetiva. Este vínculo entre el sujeto y el objeto del conocimiento impulsa la búsqueda de respuestas a través de la observación, la experiencia personal y la exploración empírica.

Desde una perspectiva epistemológica, el conocimiento se convierte en objeto de estudio, ya que la epistemología es la disciplina que analiza el desarrollo del conocimiento en el ámbito científico, considerando su construcción individual o colectiva dentro de un

contexto histórico y discursivo. Así, la epistemología se enfoca en comprender tanto el conocimiento que da lugar a la ciencia como la ciencia que produce conocimiento (20).

Es importante diferenciarla de la gnoseología, que estudia el conocimiento en un sentido más amplio y no exclusivamente el conocimiento científico, el cual es el campo específico de la epistemología. En este sentido, los diversos ámbitos del conocimiento encuentran en la epistemología un punto de intersección que permite reflexionar sobre su construcción teórica (21).

En el contexto de salud, se plantea la necesidad de integrar la gestión del conocimiento como una estrategia clave para garantizar su transmisión y permanencia en el sector, fortaleciendo así la toma de decisiones y la eficiencia en la atención sanitaria. Esto significa que la integración de cada una de las intervenciones requiere un conocimiento previo, tanto de parte del personal como la búsqueda del conocimiento de la población en todos los niveles (22).

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad de larga duración y progresión generalmente lenta es más frecuente a nivel universal, con mayor prevalencia en la población adulta mayor; persiste durante toda la vida y, si no se controla adecuadamente, puede provocar daños a múltiples órganos, discapacidad e incluso la muerte. Su impacto abarca múltiples sistemas del organismo, lo que puede derivar en diversas manifestaciones clínicas cuando no se controla de manera adecuada. Su manejo se basa en lineamientos y estrategias institucionales que permiten comprender mejor la enfermedad y sus opciones terapéuticas (23).

Por otro lado, Kim (24) afirmó que se trata de una enfermedad crónica por el ascenso persistente de la presión arterial, que con frecuencia evoluciona de forma asintomática

durante años, lo que facilita que pase inadvertida y sin tratamiento oportuno. Esta condición constituye uno de los principales factores de riesgo de patologías cardiovasculares, renales y neurológicas, representa una carga relevante para los sistemas de salud a nivel mundial. Su manejo adecuado es esencial para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas.

Para Dewi y Ahmad (25), la hipertensión arterial constituye una patología prevalente en la población geriátrica, estableciéndose como un factor de riesgo significativo para el incremento de la morbilidad y mortalidad de origen cardiovascular. El crecimiento demográfico de la cohorte de edad avanzada intensifica la necesidad imperativa de implementar estrategias de control eficaces para el manejo de la presión arterial elevada.

Los cambios relacionados con el envejecimiento que contribuyen al aumento de la presión arterial están asociados tanto a modificaciones fisiológicas del organismo como a factores del estilo de vida de cada persona contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial.

Hipertensión arterial en adultos mayores

En los adultos mayores, la hipertensión presenta particularidades clínicas y fisiológicas que requieren un abordaje diferenciado. La evidencia científica muestra que esta población no solo tiene mayor prevalencia de la enfermedad, sino también un mayor riesgo de desarrollar complicaciones como insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, enfermedad renal crónica, accidente cerebrovascular, deterioro cognitivo y demencia. Asimismo, la hipertensión puede exacerbar otras afecciones propias del envejecimiento, como la pérdida de visión, afectando de manera negativa la funcionalidad y la calidad de vida (26).

- **Dimensiones del conocimiento sobre hipertensión**

Generalidades

La hipertensión se define como la elevación excesiva de la presión sanguínea en los vasos sanguíneos, estableciéndose en valores iguales o superiores a 140/90 mmHg. Es una afección frecuente que puede tener un desenlace severo si no es tratada oportunamente. En muchos casos, no presenta síntomas evidentes, una singular manera de diagnosticarla es por medio de la medida de la presión arterial (27).

La presión arterial se mide a través de dos valores: la presión sistólica, que representa la fuerza con la que el corazón impulsa la sangre a través de las arterias, y la presión diastólica, que refleja la presión en los vasos sanguíneos cuando el corazón se encuentra en reposo entre latidos. Para diagnosticar hipertensión, se deben registrar mediciones al menos dos ocasiones distintas, es necesario tanto la presión sistólica como la diastólica sean iguales o superiores a los siguientes valores: 140 mmHg y 90 mmHg, (28).

Las guías existentes en torno al tratamiento de la hipertensión en adultos mayores recalcan en Europa una medición mayor a las americanas, donde valores iguales o superiores de 130/80mmHg ya evidencian una subida de la presión arterial. Se destaca que, cuando se trata de adultos mayores hospitalizados se debe tomar en cuenta las comorbilidades, su característica de fragilidad y riesgos propios de la salud geriátrica (28).

Desde un punto de vista fisiopatológico, la hipertensión resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales, con una influencia hereditaria del 30% al 50%. Su aparición está relacionada con el equilibrio entre el gasto cardíaco y las resistencias vasculares periféricas, el cual puede verse alterado por disfunciones en los sistemas renal, hormonal, cardiovascular y neurológico. Entre los mecanismos principales que contribuyen a su desarrollo se encuentran la disminución de la excreción renal de sodio, la activación de la endotelina 1 con efecto vasoconstrictor, el deterioro de la función endotelial debido a especies reactivas de oxígeno y una hiperactividad del sistema nervioso simpático (29).

Factores de riesgo

Diversos factores pueden influir en el desarrollo de la hipertensión arterial, entre ellos el envejecimiento, la predisposición genética, la adiposidad y la ausencia de actividad física. Asimismo, el consumo elevado de sal y la ingesta excesiva de alcohol pueden aumentar significativamente el riesgo de padecer esta condición. Aunque la adopción de hábitos saludables, como mejorar la alimentación, evitar el tabaco y realizar ejercicio regularmente, contribuye a controlar la presión arterial, en algunos casos es necesario la administración de medicamentos (30).

En tal sentido, los factores de riesgo asociados a la hipertensión pueden dividirse en dos categorías: modificables y no modificables. Dentro de los primeros se encuentran una alimentación poco saludable, caracterizada por consumo excesivo de sal, grasas sólidas y trans, junto con una ingesta escasa de frutas y verduras; el sedentarismo; el consumo de tabaco y alcohol; el sobrepeso y la obesidad; y la exposición a contaminantes ambientales. En contraste, los factores no modificables incluyen antecedentes familiares de hipertensión, la edad avanzada, especialmente a partir de los 65 años, y la presencia de enfermedades como diabetes o afecciones renales (31).

De igual forma, se ha identificado que condiciones como la obesidad y enfermedades inflamatorias crónicas, entre ellas la artritis reumatoide, incrementan el riesgo de padecer hipertensión. Asimismo, el consumo de ciertos fármacos, como inhibidores de la calcineurina y anticuerpos monoclonales antiangiogénicos, puede favorecer su aparición al afectar la producción de óxido nítrico y la función renal, especialmente en personas mayores de 60 años, aunque este efecto puede revertirse al suspender el tratamiento. Dado que la hipertensión es el resultado de múltiples mecanismos, su manejo óptimo requiere un enfoque terapéutico integral que combine diversas estrategias y medicamentos (32).

En muchos casos, la hipertensión no produce síntomas evidentes, lo cual genera que muchas personas desconozcan su condición. Sin embargo, cuando la presión arterial alcanza niveles muy elevados, pueden presentarse señales de alerta como dolor de cabeza intenso, visión borrosa, molestias en el pecho, mareos, dificultad para respirar, náuseas, ansiedad, pitidos en los oídos e incluso hemorragias nasales. Un cuadro de crisis hipertensiva, donde la presión arterial supere los 180/120 mmHg, requiere atención médica inmediata para evitar complicaciones graves (33).

Control de la enfermedad

La hipertensión arterial en el adulto mayor no solo se ha constituido en un desafío para la salud pública, su implicancia va más allá de abordar un paciente ambulatorio, también importa el aspecto clínico, principalmente por la gran influencia e interacción entre el proceso de envejecimiento, comorbilidades y la fragilidad característica en este curso de vida. La literatura destaca que el proceso de envejecer conlleva a una rigidez arterial, disminuyendo la compliance vascular tanto como alteraciones en la regulación neurohumoral, favoreciendo la hipertensión sistólica aislada, aumentando la variabilidad de la PA (35).

En tal sentido, el control de la enfermedad en los adultos mayores va más allá de disminuir o conservar valores óptimos, sino limitar la posibilidad de desarrollar complicaciones como hipotensión ortostática, caídas y deterioro cognitivo. Las guías europeas de HTA del 2024 señalan que, los pacientes geriátricos requieren un manejo individualizado, tomando en cuenta el estado funcional, la fragilidad y la tolerancia al tratamiento, que prioricen implicancias cardiovasculares que no impacten negativamente en su calidad de vida (36).

Si la hipertensión no se maneja adecuadamente, puede derivar en problemas cardiovasculares graves. La presión arterial elevada puede endurecer las arterias, restringiendo el flujo sanguíneo y reduciendo el oxígeno que llega al corazón. Esto puede provocar angina de pecho, infartos de miocardio o insuficiencia cardíaca, además de aumentar el riesgo de arritmias que podrían llevar a una muerte súbita. También se incrementa el peligro de sufrir un accidente cerebrovascular debido al impedimento o quiebre de vasos sanguíneos en el cerebro, así como daño renal que puede evolucionar hasta una insuficiencia renal crónica (37).

A pesar de su gravedad, la hipertensión es una enfermedad que puede prevenirse y controlarse mediante una combinación de hábitos saludables, controles médicos regulares y, en caso necesario, tratamiento farmacológico. Adoptar medidas preventivas y seguir las recomendaciones médicas puede marcar una gran diferencia en el bienestar de la salud y minorar significativamente el peligro de recaída (38).

La determinación de la presión arterial objetivo en adultos mayores es un tema en constante debate. Estudios recientes han sugerido que un control más intensivo puede otorgar beneficios cardiovasculares adicionales; no obstante, en pacientes frágiles o con múltiples comorbilidades, esta estrategia podría aumentar el riesgo de eventos adversos como caídas, daño renal agudo y deterioro cognitivo. Por esta razón, el manejo de la hipertensión en esta etapa vital debe ser individualizado, considerando el estado funcional, la presencia de enfermedades concomitantes y las metas de cuidado específicas de cada paciente (38).

Cumplimiento del tratamiento

El tratamiento de la hipertensión implica en primer lugar mejorar el estilo de vida, tales como seguir una dieta hiposódica, conservar un peso saludable, hacer ejercicio de forma constante y eliminar el consumo de tabaco. No obstante, cuando estas medidas no son

suficientes, es necesario recurrir a fármacos que ayuden a reducir la presión arterial a niveles óptimos. En personas con enfermedades cardiovasculares, diabetes, insuficiencia renal o un alto riesgo de afecciones cardíacas, la finalidad es mantener la presión arterial por debajo de 130/80 mmHg, mientras que en la mayoría de la población se recomienda que no supere los 140/90 mmHg (39).

El tratamiento de la hipertensión arterial se basa en diversas familias farmacológicas con acciones y beneficios específicos. Los bloqueadores del sistema renina-angiotensina (IECA y ARA II) reducen la albuminuria, favorecen la regresión de la hipertrofia ventricular y disminuyen el riesgo de fibrilación auricular. Sus efectos adversos incluyen tos (más frecuente con IECA) y un leve aumento de creatinina (40).

Los antagonistas de los canales de calcio son eficaces y no requieren monitorización de laboratorio. Actúan produciendo vasodilatación periférica, con resultados comparables a IECA y diuréticos, y ofrecen mayor protección frente a eventos cerebrovasculares. Sus reacciones adversas más comunes son edema en extremidades, hiperplasia gingival y alteraciones de la conducción cardíaca; estas propiedades hacen prioritario su uso en adultos mayores (41).

Los diuréticos tiazídicos son la base terapéutica por su eficacia en la prevención de insuficiencia cardíaca y su efecto potenciador con otros fármacos. Aunque existe debate sobre cuál es el más efectivo, su uso frecuente se debe a su utilidad clínica. Entre sus efectos secundarios destacan alteraciones electrolíticas, intolerancia a la glucosa, bajas de presión; sin embargo, es una de las líneas de uso en los adultos mayores (42).

Los betabloqueadores disminuyen la incidencia de insuficiencia cardíaca y eventos vasculares, siendo especialmente útiles en pacientes post-infarto, con angina crónica o embarazadas. Sus principales limitaciones son el broncoespasmo y la lentitud en la

conducción cardíaca, su uso en adultos mayores requiere control de creatinina y electrolitos (42).

Otros medicamentos como los antagonistas de la aldosterona resultan eficaces en hipertensión resistente, siendo la espironolactona más efectiva, aunque con efectos sexuales adversos, mientras que los bloqueadores alfa son útiles en casos de hiperplasia prostática o enfermedad renal crónica. Los vasodilatadores directos, como la hidralazina, tienen un uso específico en hipertensión grave durante el embarazo o la preeclampsia (43).

- **Teoría de enfermería**

La propuesta de Jean Watson se rige como un marco filosófico y ético que orienta la práctica enfermera hacia un cuidado integral, más allá de la mera ejecución técnica. Reconocer el valor de las teorías del cuidado implica entender que la enfermería se fundamenta en las relaciones interpersonales, en las cuales se construyen experiencias de orden social, emocional y espiritual entre profesionales y pacientes. Desde esta mirada, el cuidado no se limita a un conjunto de acciones, sino que se convierte en un ideal moral y en una vocación que enlaza el ser de la enfermera con la humanidad (44).

Watson concibió el cuidado como una experiencia transpersonal, en la que se entrelazan cuerpo, mente y espíritu, tanto del profesional como de la persona atendida. Este proceso trasciende lo técnico y abre un espacio para compartir sentimientos, emociones e historias de vida, generando una conciencia unitaria de “cuidado-curación”. A través de su evolución, la teoría ha transitado por tres paradigmas: el primero, basado en valores humanistas y altruistas; el segundo, con el desarrollo del Proceso de Cáritas Clínica, que resalta la conciencia auténtica y el vínculo transpersonal; y un tercero, que amplía esta visión hacia una ciencia del cuidado unitario, reconociendo el amor y la espiritualidad como ejes

de la experiencia de curar y ser curado. En este sentido, la teoría de Watson subraya que el cuidado auténtico transforma tanto a quien lo brinda como a quien lo recibe, configurando un acto de profunda empatía, presencia y conexión humana (44).

La enfermería, bajo este enfoque, no se limita a aplicar fármacos o técnicas, sino que establece una relación transpersonal con el paciente, creando un espacio de confianza que favorece la adherencia terapéutica, y la comprensión de la enfermedad. El cuidado transpersonal que propone Watson tiene gran relevancia para la geriatría, considerando que los pacientes mayores con hipertensión suelen enfrentar temores y desafíos que afectan su salud física y mental. Aspectos básicos como la empatía, la presencia auténtica y el diálogo, le permiten a la enfermera apoyar al adulto mayor en el acompañamiento de su enfermedad, promoviendo un autocuidado consciente y considerando sus capacidades. Asimismo, la integración de cuerpo, mente y espíritu, como sustentos teóricos, fortalece el bienestar global del paciente, mejora su calidad de vida y le permite enfrentar el proceso de salud-enfermedad con mayor resiliencia (45).

▪ **Autocuidado**

“El autocuidado es la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener el bienestar y enfrentar las enfermedades o discapacidades, con o sin el apoyo de un profesional de la salud” (46).

El autocuidado se entiende como un concepto integral que abarca distintas dimensiones de la vida diaria, tales como la higiene personal, la alimentación saludable, el estilo de vida como el ejercicio físico, recreación, las condiciones del entorno, los factores socioeconómicos y la automedicación responsable. Se trata, por tanto, de un proceso mediante el cual las personas adoptan conductas y toman decisiones que repercuten directamente en su estado de salud y bienestar (46).

Esta definición subraya que el autocuidado no se limita al manejo de la enfermedad, sino que engloba todas aquellas prácticas que una persona puede realizar para conservar la salud y prevenir complicaciones. Es especialmente relevante en adultos mayores, donde el autocuidado implica desde hábitos cotidianos básicos como alimentación e higiene, hasta la capacidad de gestionar adecuadamente la medicación o las consultas médicas, teniendo en cuenta las condiciones sociales y económicas que influyen en su vida (47).

El envejecimiento constituye una fase natural e inevitable del ciclo vital humano. A medida que las personas alcanzan edades avanzadas, el autocuidado adquiere un rol determinante como el mantenimiento del bienestar y el aumento de la satisfacción vital. Este concepto trasciende la idea de mera supervivencia, pues implica asumir una actitud activa y consciente frente a la salud y el bienestar, orientada a promover una vida plena, autónoma y con propósito (48).

Dimensiones del autocuidado:

Alimentación

La alimentación saludable constituye uno de los pilares más relevantes del autocuidado en el adulto mayor hipertenso, al formar parte de las medidas no farmacológicas destinadas a mejorar el control de la presión arterial. Diversos patrones dietéticos, entre ellos la dieta DASH (Enfoques alimenticios para detener la hipertensión) y la dieta mediterránea, han demostrado beneficios clínicos significativos, ya que promueven un mayor consumo

de frutas, hortalizas, granos integrales, fuentes de proteínas magras y lácteos con poca materia grasa, mientras reducen la ingesta de sodio, grasas saturadas y azúcares refinados. Estas estrategias alimentarias contribuyen al descenso de la presión arterial mediante mecanismos como la mejora de la función endotelial, la regulación del balance de sodio y la reducción del estrés oxidativo (49).

Además, se ha evidenciado que nutrientes específicos como el potasio, el magnesio, el calcio y la fibra dietética desempeñan un papel antihipertensivo directo, favoreciendo la vasodilatación y el equilibrio metabólico. Sin embargo, la eficacia real de estas recomendaciones puede verse limitada por barreras relacionadas con la adherencia, las condiciones socioeconómicas o las costumbres culturales de cada paciente. Aun así, la evidencia científica respalda firmemente la nutrición como estrategia esencial, ya sea como tratamiento primario o complemento del manejo farmacológico. Por ello, fomentar prácticas dietéticas saludables no solo favorece el control de la presión arterial, sino que también potencia la independencia y el bienestar del paciente geriátrico (50).

El sobrepeso y la obesidad representan factores determinantes en el desarrollo de hipertensión, ya que un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 kg/m² incrementa el riesgo en un 50%. Para mitigar este impacto, se recomienda la pérdida de peso mediante un enfoque multidisciplinario que incluya cambios en la alimentación, actividad física regular, apoyo motivacional e, incluso, intervenciones bariátricas en casos seleccionados. Los objetivos deben orientarse a alcanzar un IMC entre 20 y 25 kg/m² y una circunferencia de cintura inferior a 94 cm en hombres y 80 cm en mujeres (51).

Actividad física

La actividad física comprende el movimiento corporal, la motricidad y la acción motriz del cuerpo que implique gasto energético, mientras que el ejercicio se entiende como una forma planificada y estructurada de actividad con el fin de salvaguardar o mejorar la condición física (52).

Las intervenciones no farmacológicas dirigidas al control de la hipertensión incluyen la adopción de conductas saludables que transformen el estilo de vida, entre ellas la incorporación de la actividad física. Numerosos ensayos clínicos han evidenciado que el

ejercicio contribuye de manera significativa a la disminución de la presión arterial, tanto en la población general como en adultos con mayor riesgo de hipertensión. En este sentido, el ejercicio aeróbico dinámico, que involucra a grandes grupos musculares y requiere un suministro sostenido de oxígeno durante períodos prolongados, ha mostrado ser especialmente eficaz, generando descensos promedio de 2 a 4 mmHg en individuos normotensos y de 5 a 8 mmHg en personas hipertensas (53).

De igual forma, el ejercicio isométrico o estático, caracterizado por contracciones musculares mantenidas sin modificar la longitud del músculo, ha demostrado tener efectos antihipertensivos significativos, convirtiéndose en una opción prometedora para adultos mayores, ya que también favorece la rehabilitación y mejora funcional. Aunque aún se requiere mayor investigación sobre la combinación de modalidades dinámicas y estáticas, la evidencia disponible señala que la práctica regular de actividad física, complementada con ejercicios de estiramiento activos y pasivos para preservar la flexibilidad, constituye una estrategia eficaz y sostenible para la prevención y el control de la hipertensión en la vejez (54).

Se establece como meta realizar al menos 150 minutos de ejercicio moderado o 75 minutos de actividad vigorosa por semana, además de reducir el tiempo en reposo prolongado, sustituyéndolo por cualquier tipo de movimiento corporal. Asimismo, se enfatiza la necesidad de practicar ejercicios de fortalecimiento muscular al menos dos veces por semana, con el fin de preservar la funcionalidad. En consonancia, las guías conjuntas de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Hipertensión recomiendan acumular unos 30 minutos diarios de actividad moderada entre cinco y siete días a la semana, complementados con ejercicios de resistencia de dos a tres veces por semana, consolidando un consenso internacional respecto a la “dosis mínima” de actividad para la salud cardiovascular (55).

Para complementar el tratamiento de la hipertensión, se requiere asumir hábitos saludables en la alimentación, como aumentar el consumo de frutas y verduras, reducir el tiempo de inactividad y practicar ejercicio con regularidad, principalmente caminatas en los adultos mayores. La actividad aeróbica, como caminar, correr o nadar, es particularmente beneficiosa y se sugiere realizar al menos 60 minutos semanales de actividad moderada o 30 minutos de actividad intensa, combinados con ejercicios que fortalezcan los músculos al menos dos veces por semana (56).

Tratamiento farmacológico

El cumplimiento del tratamiento farmacológico es un componente esencial del autocuidado en la hipertensión, aunque con frecuencia se subestima su relevancia clínica. La falta de adherencia representa un factor de riesgo modificable y complejo, que encierra tres fases: el inicio de la medicación, la correcta implementación de la pauta y la persistencia a lo largo del tiempo. En enfermedades crónicas como la hipertensión, la adherencia tiende a disminuir progresivamente, especialmente en pacientes de diagnóstico reciente, con múltiples fármacos prescritos, comorbilidades psiquiátricas o escasa cobertura sanitaria (57).

La no adherencia puede ser intencional, es decir, decisiones conscientes del paciente, o no intencional, evidenciada por olvidos, desconocimiento o dificultades de acceso; y se vincula directamente con peores resultados de salud: mayor riesgo de eventos cardiovasculares, progresión de enfermedad renal y aumento de la mortalidad global. Además, implica costos sanitarios más altos debido a hospitalizaciones evitables, uso innecesario de recursos diagnósticos y, en algunos casos, intensificación injustificada del tratamiento (58).

Hábitos nocivos

El autocontrol en la hipertensión no solo implica la autorregulación de la presión arterial, sino también la incorporación de conocimientos, habilidades para la resolución de problemas y el uso de redes de apoyo que favorecen la adopción de estilos de vida saludables. Este proceso abarca mantener un peso corporal adecuado, realizar ajustes en la dieta, incorporar actividad física regular y evitar conductas perjudiciales como el consumo excesivo de sal, tabaco o alcohol (59).

El apoyo social proporcionado por la familia, el equipo de salud y la comunidad resulta clave para sostener la adherencia y facilitar los cambios conductuales, especialmente en personas que enfrentan mayores barreras para modificar sus hábitos. En cuanto al alcohol, las directrices internacionales aconsejan restringir su consumo a un máximo de dos bebidas diarias en hombres y una en mujeres, dado que la ingesta excesiva se ha vinculado a mayor riesgo de hipertensión, aunque con evidencias menos claras en mujeres. Asimismo, el tabaquismo eleva la presión arterial debido a que la nicotina impulsa al sistema nervioso simpático, desencadenando la liberación de catecolaminas y vasopresina, lo que contribuye al incremento tensional (60).

Manejo del estrés

El estrés y la salud mental constituyen factores estrechamente vinculados al control de la hipertensión en la vejez. La combinación del envejecimiento, la presencia de presión arterial elevada y los trastornos emocionales incrementa la vulnerabilidad del adulto mayor, deteriorando su calidad de vida, reduciendo la adherencia terapéutica y aumentando el riesgo de mortalidad. Se ha demostrado que la depresión mayor altera la regulación del sistema nervioso simpático y del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, lo que favorece complicaciones cardiovasculares como arritmias, infarto de miocardio o eventos

cerebrovasculares. Estos efectos se explican por mecanismos como la disfunción endotelial, la hipertrofia ventricular, la vasoconstricción coronaria y la inflamación sistémica (61).

Frente a esta realidad, las guías internacionales recomiendan modificaciones conductuales y de estilo de vida como parte integral del tratamiento de la hipertensión. En este contexto, el manejo del estrés adquiere un papel clave, pues niveles elevados de tensión emocional se han asociado de forma consistente con la hipertensión y la enfermedad cardiovascular. Técnicas como la respiración consciente, la atención plena, el yoga, el tai chi y la biorretroalimentación ofrecen alternativas accesibles y con evidencia preliminar de beneficios en la reducción de la presión arterial. Incorporar estas prácticas dentro del autocuidado permite a los adultos mayores afrontar mejor los desafíos emocionales, mejorar la adherencia y contribuir al control global de su enfermedad (62).

Control médico

La OMS identifica cinco categorías de factores que influyen en la adherencia: relacionados con el paciente, el tratamiento, la enfermedad, el sistema de salud y el entorno socioeconómico. La detección de la falta de cumplimiento resulta difícil, ya que los métodos más accesibles carecen de fiabilidad y los más precisos suelen ser costosos. No obstante, la evidencia demuestra que un enfoque centrado en el paciente, la comunicación empática, el apoyo multidisciplinario y la participación activa del adulto mayor en su cuidado, mediante la automonitorización de la presión arterial pueden mejorar significativamente la adherencia. Así, el autocuidado farmacológico no solo es fundamental para controlar la presión arterial, sino también para prevenir complicaciones, reducir hospitalizaciones y optimizar la calidad de vida en la vejez (63).

El control médico regular es una parte esencial del autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión, ya que un seguimiento adecuado permite reducir de manera

significativa la incidencia de complicaciones cardiovasculares. Se ha demostrado que un manejo oportuno de la presión arterial puede disminuir entre un 20–25 % los casos de cardiopatía isquémica y entre un 35–40 % las enfermedades cerebrovasculares. Sin embargo, este beneficio depende de la calidad y continuidad de la atención, así como del acceso a los servicios de salud (64).

- **Teoría de enfermería**

La teoría de enfermería busca describir fenómenos propios del cuidado, explicar sus interrelaciones y orientar intervenciones. Entre las más influyentes se encuentra la teoría del déficit de autocuidado propuesta por Dorothea Orem, ampliamente utilizada en diversos contextos clínicos, incluido el manejo de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión. Esta teoría parte del supuesto de que toda persona posee, en distintos niveles, la capacidad de cuidarse a sí misma y a otros bajo su responsabilidad. Sin embargo, factores intrínsecos (como la edad) y extrínsecos (como la enfermedad o la pérdida de un familiar) pueden limitar esta capacidad y generar necesidades de apoyo (65).

El modelo de autocuidado de Orem, desarrollado en los años cincuenta, se constituye por tres teorías interconectadas: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistemas de enfermería. El déficit de autocuidado se entiende como el desajuste entre la capacidad de autocuidado y las demandas que este requiere. Dicho déficit activa la necesidad de un sistema de enfermería, que puede ser totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de apoyo-educación, según el grado de dependencia del paciente. Desde esta perspectiva, la enfermería se legitima como disciplina cuando la persona no puede mantener un cuidado autónomo y efectivo (66).

En la práctica, la teoría del déficit de autocuidado se convierte en el núcleo del modelo general de Orem, ya que orienta cuándo y cómo debe intervenir el profesional de

enfermería. Sus aportes son múltiples: delimita los términos aplicables al cuidado, establece un lenguaje propio, guía la práctica clínica, la investigación y la formación, y promueve un razonamiento estandarizado en enfermeras y estudiantes. Si bien presenta limitaciones, esta teoría sigue siendo un referente esencial, pues enfatiza el respeto por la independencia de voluntad y capacidad de decisión. del adulto mayor, así como la potenciación de sus capacidades y la corresponsabilidad en el proceso de salud-enfermedad (66).

○ **FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

▪ **Hipótesis general**

H1: Existe relación significativa entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados. En un hospital público de Lima – 2026.

H0: No existe relación significativa entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados en un hospital público de Lima – 2026.

Hipótesis Específicas

HE1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión generalidades y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados.

HE2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión factores de riesgo y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados.

HE3: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión control de la enfermedad y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados.

HE4: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión del tratamiento y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados.

- **METODOLOGÍA**

○ **Método de la investigación**

El estudio se basa en el método hipotético deductivo, que consiste en formular una hipótesis basada en datos y evidencia recopilada. A partir de esta hipótesis, se realizan deducciones lógicas que permiten generar predicciones específicas las cuales son sometidas a pruebas o verificación. Este enfoque busca validar o refutar la hipótesis inicial mediante la observación y la recolección de datos empíricos, lo que contribuyendo así el entendimiento y avance del conocimiento en el campo de estudio (67).

○ **Enfoque de la investigación**

Este estudio elige un enfoque cuantitativo, como lo muestra Hernández, et al. (68). Este enfoque implica la medición y cuantificación de la variable de interés, lo que accede conseguir resultados expresados de manera numérica y representarlos mediante tablas y gráficos. La investigación se concentra en seleccionar datos cuantitativos que puedan ser examinados estadísticamente para identificar patrones, tendencias o relaciones entre variables, lo que contribuye a una comprensión más correcta y precisa del fenómeno investigado.

○ **Tipo de investigación**

Es de tipo aplicada; se fundamenta en los aportes de la investigación básica o pura, pues toma como referencia las teorías y descubrimientos existentes para dar solución a problemas prácticos. A diferencia de la investigación teórica, este enfoque busca responder a situaciones concretas que afectan la vida real, transformando los hallazgos en acciones que puedan implementarse en diversos contextos. Por ello, es comúnmente utilizada en áreas como la medicina, la ingeniería y sociales. Es prospectivo porque, de acuerdo al tiempo establecido para la práctica del estudio la ejecución se hace en un tiempo determinado

considerando el presente y futuro; asimismo, el estudio tendrá corte transversal, especializado en recolectar la información en un único momento del tiempo, es decir, constituyen una "fotografía" de la realidad estudiada. Esto los convierte en un diseño útil para describir, explorar o establecer relaciones entre variables en una etapa puntual, pero sin realizar seguimiento o evaluación a lo largo del tiempo (69).

- **Diseño de la investigación**

El diseño no experimental, se identifica por seguir un plan estructurado que orienta los pasos, estrategias y procedimientos de una investigación. A diferencia de los enfoques experimentales, este tipo de diseño no implica la manipulación de variables ni la aplicación de estímulos controlados. En su lugar, las variables se observan tal como ocurren en el contexto natural, sin alterar las condiciones del entorno ni intervenir en los fenómenos que se estudian (70).

En el caso específico del diseño correlacional, el interés del investigador se centra en identificar si existe una relación entre dos variables, y en qué grado se asocian, sin establecer cuál de ellas actúa como causa y cuál como efecto. Es decir, las variables no se clasifican como independientes o dependientes, sino que se colocan en un mismo nivel de análisis. Esto significa que el orden en que se analicen no altera los resultados, ya que el propósito fundamental es determinar la fuerza y dirección de la relación. (70).

- **Población, muestra y muestreo**

La población hace referencia al conjunto total de sujetos u objetos que poseen una característica común y que son de interés para el estudio; si esta se conoce se le denomina población finita (71). En el estudio la población estará conformada por los pacientes adultos mayores hospitalizados cuyo promedio mensual corresponde a una cifra registrada de 150 hospitalizados en medicina y especialidades.

La muestra se determinará a partir de la población mediante un muestreo probabilístico para poblaciones finitas, garantizando la representabilidad y la validez estadísticamente de los resultados

Muestreo:

Según Arias (71) la demostración constituye el procedimiento o técnica utilizada para seleccionar la muestra. Al aplicar esta técnica se obtiene un estadígrafo, es decir, un valor numérico derivado de cálculos estadísticos que representa a la población a través de los datos obtenidos en la muestra. Existen diversos tipos de muestreo, entre los cuales destaca el muestreo probabilístico, que se caracteriza porque cada unidad o sujeto de la población tiene una semejante probabilidad de ser elegido.

En el estudio el muestreo será probabilístico, puesto que se busca adquirir resultados característicos de la población y autorizar a la generalización de los hallazgos, ya que señala una probabilidad conocida de selección a cada elemento, considerando el error estándar y el nivel de confianza realista. El muestreo será probabilístico aleatorio simple aplicando la fórmula para poblaciones finitas tal como sigue:

Muestreo probabilístico estratificado

$$n = \frac{z^2 \cdot x \cdot N \cdot X \cdot p \cdot x \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot X \cdot p \cdot x \cdot q}$$

Dónde:

n: tamaño de muestra

N: tamaño de la población: 150

Z²: 95% de confianza = 1,96

P: 0.5 = 5%

q: (1 -p) 50% = 0.5

d^2 : error relativo del 5% = 0.05

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2 \times 150 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 (150 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 150 \times 0.5 \times 0.5}{0.0025^* (149) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{144}{0.3725 + 0.9604}$$

$$n = \frac{144}{1.3329}$$

$$n = 108.04$$

n= 108 pacientes adultos mayores

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos con diagnóstico de hipertensión arterial
- Pacientes adultos mayores hospitalizados en áreas asistenciales
- Pacientes adultos mayores con buen sensorio

Criterios de exclusión

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado
- Pacientes complicados en áreas críticas

○ Variables

Variable 1: Conocimiento sobre hipertensión arterial

Variable 2: Autocuidado

Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Conocimiento sobre hipertensión arterial	Proceso dinámico y progresivo que surge de la acumulación de experiencias, la formulación de explicaciones y la respuesta respecto a la hipertensión arterial manifestada por la elevación de la presión sanguínea en las paredes arteriales (27).	Es un proceso de aprendizaje respecto a la hipertensión arterial que poseen los pacientes adultos mayores hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial identificado a través de un cuestionario.	Generalidades	Concepto de la hipertensión arterial Medidas Manifestaciones clínicas	Ordinal	Buena
			Factores de riesgo	Patrón alimentaria Antecedentes familiares Actividad física		[31 a 40]
			Medidas de control	Estilos de vida saludables Cumplimiento terapéutico		Regular [11 a 30]
			Tratamiento	Farmacológico Consulta médica Medida de la PA		Deficiente [0 a 10]

Autocuidado	“El autocuidado es la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener el bienestar y enfrentar las enfermedades o discapacidades, con o sin el apoyo de un profesional de la salud” (46).	Es la capacidad de realizar actividades propias de la satisfacción de necesidades que tienen los pacientes adultos mayor hospitalizado con hipertensión arterial, identificado a través de un cuestionario.	Alimentación	Tipo de alimentación	Ordinal	Adecuado [28 a 54] Inadecuado [0 - 27]
				Selección de alimentos saludables		
			Actividad física	Tipo de actividad física	Ordinal	
				Frecuencia		
			Tratamiento farmacológico	Tiempo dedicado	Ordinal	
				Cumplimiento de la medicación		
			Hábitos nocivos	Consumo de cigarrillos	Ordinal	
				Consumo de alcohol		
Manejo del estrés	Técnicas de afrontamiento del estrés	Ordinal				
Control médico	Asistencia al control médico	Ordinal				
	Control en el programa					

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Para el estudio se tomará la técnica de encuesta para ambas variables incluidas. Según Medina (72) la encuesta es un método sistemático de recolección de información, diseñado para obtener datos que permitan responder preguntas o dar solución a un problema de investigación. Se trata de una de las técnicas más empleadas en ciencias sociales, salud y educación, ya que posibilita recopilar información de un número amplio de personas en un periodo relativamente corto.

3.7.2. Descripción de instrumentos

El instrumento de investigación se entiende como la herramienta específica mediante la cual se recogen y organizan los datos durante el estudio. Estos pueden adoptar múltiples formas, como cuestionarios, escalas de medición, pruebas estandarizadas, guías de entrevistas estructuradas o fichas de cotejo. La utilidad del instrumento radica en que permite obtener in

formación precisa, confiable y válida, lo que asegura que los hallazgos puedan ser analizados con rigor científico (72).

Los instrumentos corresponden a cuestionarios, detallados a continuación:

La variable Conocimiento sobre hipertensión se consideró un cuestionario elaborado por Alejos y Maco quienes en el año 2017 utilizaron su instrumento en su tesis de especialidad (73). El cuestionario consta de 20 preguntas, otorgándose 2 puntos para las respuestas correctas y cero a las incorrectas; las cuales abordan 4 dimensiones, estructurado de la siguiente manera.

D1: Generalidades de la hipertensión arterial, incluye 4 ítems

D2: Factores de riesgo, consta de 3 ítems

D3: Medidas de control de la hipertensión arterial, consta de 5 ítems

D4: Tratamiento de la hipertensión arterial, consta de 8 ítems.

La medición de la variable se dará considerando los siguientes valores finales y puntajes siguientes:

Alto [28 a 40] Medio [14 a 27] Bajo [0 a 13]

Para la variable autocuidado se considerará un cuestionario, el cual, fue elaborado por Javier y Santos , quien consideró su uso en si investigación del 2022; dicho instrumento está estructurado en 6 dimensiones las cuales son: alimentación, actividad física, tratamiento farmacológico, hábitos nocivos, manejo del estrés y control médico; cada una de ellas incluye 3 ítems en cada dimensión, sumando 18 ítems, diseñadas en escala tipo Likert en 4 valores de 0 a 3, considerando siempre un puntaje correspondiente de 3; casi siempre 2, algunas veces 1 y nunca 0 (74).

Los valores finales de medición que se tomarán en cuenta serán:

Autocuidado adecuado [28 - 54]

Inadecuado [0 - 27]

Además, para cada dimensión los puntajes serán de: Inadecuado [0 a 5] y adecuado [6-9]

3.7.3. Validación

El cuestionario de conocimientos sobre hipertensión fue validado por jueces expertos procesado mediante prueba binomial con un valor de p: 0,17; y una validez de criterio p: 0,011 Y una validez aceptable obtenida por el valor V de Aiken de 0.85.

La validez de contenido del cuestionario de autocuidado se estableció a través de la técnica de juicio de expertos. Para este propósito, se consultó a siete especialistas en metodología de investigación y profesionales de la salud con experiencia en cuidado del adulto mayor y en hipertensión arterial. A estos expertos se les proporcionó el instrumento junto con su correspondiente tabla de especificaciones, así como el problema y los objetivos del estudio. Los resultados se evaluaron utilizando el coeficiente R de Finn, el cual indicó una concordancia "muy de acuerdo". Posteriormente, los datos fueron organizados en una tabla de concordancia mediante la prueba binomial, permitiendo así validar el instrumento con un valor de $p < 0.05$, lo que confirma su aplicabilidad en la población de estudio.

3.7.4. Confiabilidad

En la primera variable, la confiabilidad se demostró mediante una prueba piloto incluyendo pacientes de características similares a la muestra procediendo a determinar la confiabilidad del instrumento mediante el estadístico Alfa de Cronbach obteniendo alto nivel ($\alpha = ,85$)

La confiabilidad del cuestionario de autocuidado fue evaluada a través de una prueba piloto realizada con un grupo representativo de pacientes que presentaban características similares a las de la muestra. Este procedimiento permitió evaluar tanto la consistencia interna como la estabilidad del instrumento antes de su aplicación final. Los datos generados durante esta prueba fueron analizados utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de $\alpha = 0.82$, lo que indica un nivel aceptable de consistencia interna.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

La información recolectada será registrada y organizada en una base de datos digital empleando el programa Microsoft Excel 2019, lo que permitirá su adecuada clasificación y sistematización. Posteriormente, los datos serán exportados al paquete estadístico SPSS versión 26, mediante el cual se procederá a realizar el procesamiento estadístico

correspondiente. A través de este software se elaborarán tablas, gráficos y distribuciones porcentuales, herramientas que facilitarán la descripción, el análisis comparativo y la interpretación de las variables en estudio.

Para la contrastación de hipótesis se aplicará el coeficiente de correlación de Speaman, siempre y cuando se confirme previamente la normalidad de los datos. Esta prueba estadística es idónea para escalas ordinales y permite determinar la magnitud y dirección de la relación entre variables cuantitativas, constituyéndose en una técnica robusta para evaluar el nivel de asociación existente entre los factores analizados.

3.9. Aspectos éticos

Será En la investigación se respetarán las disposiciones establecidas por el Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, así como los principios bioéticos del Informe Belmont: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Autonomía: Se garantizará el respeto a los derechos y la libre decisión de los familiares de pacientes geriátricos hospitalizados por hipertensión arterial . La participación será completamente voluntaria y estará respaldada por un consentimiento informado, el cual incluirá información clara y detallada sobre los objetivos del estudio, los procedimientos a realizar, los posibles beneficios y riesgos, además de las medidas de confidencialidad implementadas. Los participantes podrán retirarse en cualquier momento sin que ello genere consecuencias adversas. La identidad de los involucrados será protegida mediante la codificación de datos, evitando la exposición de información sensible a terceros.

Beneficencia: El propósito central del estudio es contribuir a la mejora de la calidad del cuidado de enfermería y fortalecer la seguridad del paciente adulto mayor hospitalizado. Se implementarán medidas de prevención para minimizar riesgos físicos, emocionales o psicológicos. Además, los hallazgos del estudio podrán servir de insumo para diseñar

[illegible]

	Mascarillas	100	20.00
	Mandilones	5	50.00
SERVICIOS	SERVICIOS		
	Internet	500.00	
	Telefonía	100.00	
	Viáticos	500.00	
Total		4020.00	
Imprevistos		400.00	
TOTAL		S/. 4420.00	
RECURSOS FINANCIEROS	El proyecto será autofinanciado		

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. Washington: Centro de prensa OMS; 2023 [citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Organización Mundial de la Salud. Ageing and health [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra: Centro de prensa de OMS; 2023 [citado 3 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión [Internet]. Washington: Centro de prensa OPS; 2023 [citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
5. Revueltas M, Cárdenas T, Benítez M, Jiménez A, Varona P, Suárez R. Prevalencia de hipertensión arterial en ancianos según la Encuesta Nacional de Salud. Cuba. Rev haban cienc méd [Internet]. 2024 [citado 1 de febrero de 2025];23. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5144>
6. Tebar W, Mielke G, Ritti R, Silva K, Canhin D, Scarabottolo C, et al. Association of High Blood Pressure With Physical Activity, Screen-Based Sedentary Time, and Sedentary Breaks in a 2-Year Cohort of Community Dwelling Adults. Int J Public Health [Internet]. 2022 [citado 2 de febrero de 2025];67:1605139. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.3389/ijph.2022.1605139>
7. Mosquera L, Rodríguez I, Peraza C. Gestión del autocuidado en adultos mayores hipertensos del recinto Sabanilla. Polo del conocimiento [Internet]. 2023 [citado 5 de junio de 2025];8(6):1606-1625. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152547>
8. Ministerio de Salud. Hipertensión en el Perú [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [citado 6 de junio de 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>

9. Silva Correa S, Suxe Terrones N. Conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso en el centro de salud La Ramada [tesis de titulación]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2023. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/11736/Silva%20Correa%2C%20Suxintha%20-%20Suxe%20Terrones%2C%20Nancy%20Thalia.pdf?sequence=12&isAllowed=y>
10. Hernández A, Carrillo BN, Azurin V, Turpo EY, Azañedo D. Análisis espacial de la hipertensión arterial en adultos peruanos, 2022. Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2023 [citado 12 de enero de 2025];4(2):48-54. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2708-72122023000200048&lng=es
11. Chávez M, Chumbes A. Capacidad de autocuidado y calidad del adulto mayor con hipertensión arterial en el centro de salud Lauriama Barranca [tesis de titulación]. Barranca: Universidad Nacional de Barranca; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unab.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/62504195-fe82-4155-8021-51e16782f5d2/content>
12. Sari EA, Mirwanti R, Herliani YK, Pratiwi SH. Self-Care Behavior Based on Knowledge of Patients with Hypertension: A Cross-Sectional Study. Vasc Health Risk Manag [Internet]. 2025 [citado 5 de junio de 2025];21:17-24. Disponible en: <https://www.dovepress.com/self-care-behavior-based-on-knowledge-of-patients-with-hypertension-a-peer-reviewed-fulltext-article-VHRM>
13. Ojeda M. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica [tesis de grado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2023. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/28554>
14. Gusty R, Effendi N, Abdullah KL, Syafrita Y. Association between Knowledge and Self-care Adherence among Elderly Hypertensive Patient in Dwelling Community. Open Access Maced J Med Sci [Internet]. 2022 [citado 15 de agosto de 2025];10(E):206-212. Disponible en: <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/8342>
15. Turki F, Turki I, Jedidi J, Said H. Medication Adherence, Blood Pressure Control, Knowledge, Self-care and Self-efficacy among Tunisian Hypertensive Patients. Open

- Nurs J [Internet]. 2024 [citado 5 de junio de 2025];18:e18744346337256. Disponible en: <https://opennursingjournal.com/contents/volumes/V18/e18744346337256/e18744346337256.pdf>
16. Maldonado G, Olguin Y, Trejo C. Nivel de conocimientos del tratamiento hipertensivo del adulto mayor con hipertensión de un centro de salud del estado de Hidalgo, México. EST [Internet]. 2022 [citado 7 de febrero de 2025];8(Especial):64-66. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/investigium/article/view/9909>
 17. Ordonez R. Conocimiento sobre hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores del centro de salud San Martín Lambayeque [tesis de titulación]. Lambayeque: Universidad Señor de Sipán; 2024. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/13513>
 18. Rojas Y, Fuentes M. Conocimiento sobre factores de riesgo y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del programa adulto mayor del hospital II Ramón Castilla, Lima – Perú. Ciencia Latina [Internet]. 2023 [citado 18 de febrero de 2025];7(2):9693-9709. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6074>
 19. Vargas M. Relación entre los conocimientos y prácticas de autocuidado en el paciente adulto mayor hipertenso Hospital Regional Ica-MINSA [tesis de titulación]. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista; 2022. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/bbf54c90-74ff-4505-b4a0-f29a358ceaed>
 20. Cañarte J, Espinoza M, Pin A. Revisión sistemática sobre la teoría del conocimiento y la epistemología en la administración de salud [Internet]. 2021 [citado 4 de julio de 2025];14(1):116-130. Disponible en: <http://publicaciones.uci.cu>
 21. Camapun G, Assuncao M, De Souza S. Análisis epistemológico para comprender los procesos del aprendizaje. Rev iberoam Humanid Cienc Educ [Internet]. 2022 [citado 4 de julio de 2025];8(10):4063-4082. Disponible en: <https://prometeojournal.com.ar/index.php/prometeo/article/download/32/48/66>
 22. Izquierdo A, De Mora K, Hinojosa M, Cruz J. Educación y promoción de la salud desde enfermería. J Sci Res [Internet]. 2022 [citado 4 de julio de 2025];7(2):367-390. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8796181.pdf>

23. Bautista-Pérez R, Pérez-Méndez Ó, Franco M. Nuevos conceptos en la fisiopatología de la hipertensión arterial. Receptores purinérgicos. Arch Cardiol Méx [Internet]. 2024 [citado 12 de junio de 2025];94(4):488-494. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402024000400488
24. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
25. Kim K. Optimal target blood pressure in older patients with hypertension. Cardiovasc Prev Pharmacother [Internet]. 2023 [citado 4 de julio de 2025];5(2):41-48. Disponible en: <https://e-jcpp.org/journal/view.php?doi=10.36011/cpp.2023.5.e4>
26. Dewi T, Ahmad A. The Most Common Predictors of Uncontrolled Blood Pressure Among Hypertensive Elders: A Systematic Review. Int J Adv Health Sci Technol [Internet]. 2023 [citado 5 de julio de 2025];3(1). Disponible en: <https://ijahst.org/index.php/ijahst/article/view/210>
27. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2023;41(10):1874-2071. Disponible en: <https://www.acc.org/Latest-in-Cardiology/Articles/2024/02/05/11/43/2023-ESH-Hypertension-Guideline-Update>
28. McEvoy JW, McCarthy CP, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45(25):2302-2415. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11857694/>
29. Kim HL. Arterial stiffness and hypertension: a vicious cycle. Clin Hypertens. 2023;29(1):1-10. Disponible en: <https://www.e-jcpp.org/journal/view.php?doi=10.36011/cpp.2023.5.e4>
30. Dewi N, Rndin M, Nursalam P, Agustini, Wahyuni N, Putra K. Análisis de los factores de autocuidado en pacientes con hipertensión en ámbitos comunitarios [Internet]. 2024 [citado 4 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.12.01.24318276v1.full.pdf>

31. Nilsson PM. Arterial stiffness in hypertension: cause, consequence or both? *Am J Hypertens*. 2024;37(4):241-250. Disponible en: <https://academic.oup.com/ajh/article/37/4/241/7657997>
32. Townsend RR. Arterial stiffening: physiology, pathophysiology, and implications. *Annu Rev Physiol* [Internet]. 2024 [citado 4 de junio de 2025];86:45-68. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/journal/physiol>
33. Leszczak J, Baran J, Adamczyk M, et al. Obesity, body composition and hypertension in older adults: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2024;14:5112. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-51120-0>
34. Ruksakulpiwat S, Chucherd P, Tanasirirug V, et al. Medication adherence of older adults with hypertension: a systematic review. *Front Med*. 2024;11:1366245. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2024.1366245/full>
35. Choudhry NK, et al. Medication adherence and blood pressure control: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2022;79(6):e1-e14. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYP.000000000000203>
36. Gopar-Nieto R, Ezquerro-Osorio A, Chávez-Gómez NL, Manzur-Sandoval D, Raymundo-Martínez G. ¿Cómo tratar la hipertensión arterial sistémica? Estrategias de tratamiento actuales. *Arch Cardiol Méx* [Internet]. 2021 [citado 12 de junio de 2025];91(4):493-499. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402021000400493
37. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension* [Internet]. 2018 [citado 4 de junio de 2025];71(6):1269-1324. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYP.0000000000000065>
38. Egan BM, Mattix-Kramer HJ, Basile JN, Sutherland SE. Managing Hypertension in Older Adults. *Curr Hypertens Rep* [Internet]. 2024 [citado 5 de julio de 2025];26(4):157-167. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10904451/>

39. Bellows BK, Ruiz-Negrón N, Bibbins-Domingo K, King JB, Pletcher MJ, Moran AE, et al. Clinic-Based Strategies to Reach United States Million Hearts 2022 Blood Pressure Control Goals. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* [Internet]. 2020 [citado 4 de junio de 2025];12(6):e005624. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31163981/>
40. Liu H, Zuo X, Zhou Z, Mamá Y, Wang B, Shi X. Adherencia a la medicación antihipertensiva y factores relacionados entre pacientes hipertensos de edad avanzada en China: un metanálisis. *Indian J Public Health* [Internet]. 2022 [citado 6 de junio de 2025];69(1):82-90. Disponible en: https://journals.lww.com/ijph/fulltext/2025/01000/antihypertensive_medication_a_dherence_and_related.14.aspx
41. Ruksakulpiwat S, Schiltz N, Iani E, Josephson R, Adams J, Still C. Medication adherence of older adults with hypertension: A systematic review. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2024 [citado 8 de junio de 2025];18:957-975. Disponible en: <https://www.dovepress.com/article/download/92432>
42. Zhou Q, Liao D, Xu Y, Wang L, Sun X, Sun L, et al. Insight into dynamic interaction of bonito sauce-derived functional peptide Ala-Gly-Pro with serum albumin. *Food Bioscience* [Internet]. 2025 [citado 4 de junio de 2025];79(1):293-301. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.18192>
43. Burnier M. Treatment of hypertension in older patients in 2024: What's new? *Med Res Arch* [Internet]. 2025 [citado 4 de junio de 2025];12(3). Disponible en: <https://esmed.org/MRA/mra/article/view/5168>
44. Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 11va ed. Madrid: Elsevier; 2022.
45. Hoseini A, Beigzadeh A, Delzendeh M. Application of Jean Watson's Theory in nursing practice: A quasi-experimental study. *J Kerman Univ Med Sci* [Internet]. 2025 [citado 12 de junio de 2025];32:4171. Disponible en: https://jkmu.kmu.ac.ir/article_92767_86e5c88754f3ec3ebe98140f0fd28280.pdf
46. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 5 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586739/>

47. Organización Mundial de la Salud. Self care for health [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 8 de junio de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf>
48. Capuz Toalombo AP, Rojas Conde LG. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores: una revisión de la literatura. *Enferm cuid* [Internet]. 2025 [citado 17 de junio de 2025];8:4-23. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/6648>
49. Reynolds AN, Akerman A, Kumar S, Diep Pham HT, Coffey S, Mann J. Dietary fibre in hypertension and cardiovascular disease management: systematic review and meta-analyses. *BMC Med* [Internet]. 2022 [citado 5 de julio de 2025];20(1):139. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35449060/>
50. Altawili AA, Altawili M, Alwadai AM, Alahmadi AS, Alshehri AMA, Muyini BH, et al. An Exploration of Dietary Strategies for Hypertension Management: A Narrative Review. *Cureus* [Internet]. 2023 [citado 4 de junio de 2025];15(12):e50130. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10771610/>
51. Osude N, Durzao-Arvizu R, Markossian T, Liu K, Michos ED, et al. Age and sex disparities in hypertension control: The multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *Am J Prev Cardiol*. 2021;8:100230. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34430952/>
52. Hayes P, Ferrara A, Keating A, McKnight A, O'Regan A. Actividad física e hipertensión. *Rev Cardiovasc Med* [Internet]. 2022 [citado 12 de junio de 2025];23(9):302. Disponible en: <https://www.imrpress.com/journal/RCM/23/9/10.31083/j.rcm2309302/htm#b29>
53. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y sedentarismo [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 25 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
54. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* [Internet]. 2018 [citado 3 de julio de 2025];39:3021-3104. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
55. Gao W, Lv M, Huang T. Effects of different types of exercise on hypertension in middle-aged and older adults: a network meta-analysis. *Front Public Health* [Internet].

- 2023 [citado 12 de junio de 2025];11:1194124. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10549925/>
56. Nozato Y, Nohara-Shitama Y, Kubozono T. Targeting a systolic blood pressure of <130 mmHg is beneficial in adults with hypertension aged ≥ 75 years: a systematic review and meta-analysis. *Hypertens Res* [Internet]. 2025 [citado 4 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41440-025-02302-z>
 57. Hamrahian SM, Maarouf OH, Fülöp T. A Critical Review of Medication Adherence in Hypertension: Barriers and Facilitators Clinicians Should Consider. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2022 [citado 23 de julio de 2025];16:2749-2757. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9552797/>
 58. Ni W, Yuan X, Zhang J, Li P, Zhang HM, Zhang Y, et al. Factors associated with treatment and control of hypertension among elderly adults in Shenzhen, China: a large-scale cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2021 [citado 7 de junio de 2025];11(8):e044892. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8370538/>
 59. Anggraini S, Said F, Edzha A, Fitri E, Ovari F, Wahyuni F. Impact of Lifestyle Factors on Hypertension Risk Among Elderly: Physical Activity, Stress, Smoking, and Alcohol Consumption. *J Angiother* [Internet]. 2024 [citado 9 de junio de 2025];8(10):1-7. Disponible en: https://publishing.emanresearch.org/CurrentIssuePDF/EmanPublisher_1_5750angiotherapy-8109990.pdf
 60. Vallée A. Associations between smoking and alcohol consumption with blood pressure in a middle-aged population. *Tob Induc Dis* [Internet]. 2023 [citado 5 de julio de 2025];21:61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37215190/>
 61. Turana Y, Teng kawan J, Chia YC, Shin J, Chen CH, Park S, et al. Mental health problems and hypertension in the elderly: Review from the HOPE Asia Network. *J Clin Hypertens (Greenwich)* [Internet]. 2021 [citado 8 de julio de 2025];23(3):504-512. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8029564/>
 62. Webster KE, Halicka M, Bowater RJ, Parkhouse T, Stanescu D, Punniyakotty V, et al. Effectiveness of stress management and relaxation interventions for management of hypertension and prehypertension: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*

- Med [Internet]. 2025 [citado 7 de julio de 2025];4(1):e001098. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12164322/>
63. Díaz Piñera AM, Rodríguez Salvá A, León Sánchez M, Fernández González L, Seuc Jo A, Londoño Agudelo E. Manejo y control de pacientes hipertensos. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2023 [citado 17 de julio de 2025];49(2). Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/3385/1897>
64. Tang Y, Zhang Z, Liu X. Lifestyle modifications and control of cardiovascular risk factors in older adults with hypertension: from NHANES 1999–2018. BMC Geriatr [Internet]. 2025 [citado 6 de junio de 2025];25:537. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06204-0>
65. De Souza J, Soares S, Bashchiroto J, Moraes Y, Goncalves R, Alvarez A. Aplicabilidade da Teoria de Orem para coprodução do cuidado em enfermagem. Res Soc Dev [Internet]. 2023 [citado 5 de junio de 2025];12(3):e21312340585. Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/40585/33205>
66. Maruca A. Empowering Health Journey: Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory in Patient Empowerment. Res Rev J Nurs Health Sci [Internet]. 2023 [citado 5 de junio de 2025];9(4):1-3. Disponible en: <https://www.rroij.com/open-access/empowering-health-journey-dorothea-orems-selfcare-deficit-theory-in-patient-empowerment.php?aid=93402>
67. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. 5ª ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014 [citado 5 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/metodologia-de-la-investigaci%C3%83%C2%B3n_sampieri.pdf
68. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. 6ª ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2018 [citado 28 de junio de 2025]. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
69. Albornoz M, Sidel J, González J, Zambrano A, Márquez R, et al. Metodología de la investigación aplicada a las ciencias de la salud y la educación [Internet]. Lima: Mawil;

- 2023 [citado 12 de junio de 2025]. Disponible en: <https://mawil.us/wp-content/uploads/2023/08/metodologia-de-la-investigacion.pdf>
70. Hadi M, Martel C, Huayta F, Rojas R, Arias J. Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis [Internet]. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2023 [citado 24 de junio de 2025]. Disponible en: <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/book/82>
71. Arias J, Holgado J, Tafur T, Vásquez M. Metodología de la investigación: El método Arias para realizar un proyecto de tesis [Internet]. Lima: INUDI; 2022 [citado 6 de julio de 2025]. Disponible en: <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/view/22/16/32>
72. Medina M, Rojas R, Bustamante W, Loaiza R, Martel C, Castillo R. Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación [Internet]. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2023 [citado 23 de junio de 2025]. Disponible en: <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/book/90>
73. Alejos M, Maco J. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos [tesis de especialidad]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1007/Nivel_Alejos_Garcia_Mireylle.pdf?sequence=3&isAllowed=y
74. Javier I, Santos M. Efectividad del programa "Cuidar tu corazón" en el conocimiento y autocuidado del paciente hipertenso del hospital Félix Mayorca Soto-Tarma [tesis de especialidad]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1019/Efectividad_JavierNinahuaman_Ivette.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

**Título: CONOCIMIENTO SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EL AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA – 2026.**

Matriz de Consistencia:

Formulación del problema	Objetivo	Hipótesis	variables	Diseño metodológico
Problema general ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados en un hospital público de lima 2026?	Objetivo general “Determinar la relación entre el conocimiento sobre hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados en un hospital público de Lima – 2026.”	Hipótesis general H1: Existe relación significativa entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados. En un hospital público de Lima – 2026.	Variable 1: Conocimiento sobre hipertensión arterial Dimensiones: - Generalidades - Factores de riesgo - Medidas de control - Tratamiento Variable 2: Autocuidado en adultos mayores hospitalizados: - Alimentación - Actividad física - Tratamiento farmacológico. - Hábitos nocivos	Tipo de Investigación Aplicada Método, enfoque, diseño, corte y nivel de la investigación: Hipotético deductivo, cuantitativo, No experimental, corte transversal y diseño correlacional. Población y muestra: La muestra estará compuesta de 150 adultos mayores, hipertensos hospitalizados
Problemas Específicos: a.- ¿Cuál es la relación entre la dimensión generalidades y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados?	Objetivos específicos a.- Identificar la relación que existente entre la			

b. ¿Cuál es la relación entre dimensión factores de riesgo y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados?	dimensión generalidades y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados.	H0: No existe relación significativa entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados en un hospital público de Lima – 2026.	- Manejo de stress - Control medico	en un hospital público 2026
c.- ¿Cuál es la relación entre dimensión medidas de control y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados	b.-Identificar la relación que existe entre la dimensión factores de riesgo y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados	Hipótesis Específicas HE1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión generalidades y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados.		
d ¿Cuál es la relación entre dimensión tratamiento y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados?	c.- Establecer la relación que existe entre la dimensión medidas de control y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados.			

d.- Identificar la relación que existe entre la dimensión tratamiento y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados en un hospital público.	HE2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión factores de riesgo y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados.
	HE3: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión control de la enfermedad y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados.
	HE4: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión del tratamiento y

el autocuidado en adultos

mayores hospitalizados.

Instrumentos

Cuestionario sobre hipertensión arterial

I. Datos generales:

Edad.....

Sexo: F () M ()

Ocupación.....

Estado Civil: Soltero () Casado () Divorciado () Viudo ()

Nivel académico:

Primaria Incompleta ()

Primaria Completa ()

Secundaria Incompleta ()

Secundaria Completa ()

Técnico Superior ()

Universitario ()

Tiempo de enfermedad.....

II. Datos específicos:**Marque con un aspa (x) la respuesta que usted mejor considere.**

1) Considera Ud. que la hipertensión arterial es:

a) Una enfermedad que eleva la presión arterial sobre los niveles normales

y que afecta principalmente el corazón.

b) Una enfermedad siempre curable.

c) Una enfermedad que solo daña el estómago.

d) Una enfermedad que daña la concentración.

2) Una persona se considera con hipertensión arterial si tiene la presión por encima

de:

a) 110/65 mmHg

b) 140/90 mmHg

c) 119/80 mmHg

d) 100/70 mmHg

3) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a) La hipertensión arterial es desencadenada por una intoxicación

alimentaria.

- b) La hipertensión arterial tiene siempre síntomas.
- c) La hipertensión arterial es un problema sólo de hombres.
- d) La hipertensión arterial es prevenible.

4) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

- a) La hipertensión arterial sólo afecta a los ancianos.
- b) La hipertensión arterial es una enfermedad que se contagia.
- c) La hipertensión arterial mal controlada puede conducir a la muerte.
- d) La hipertensión arterial es una enfermedad psiquiátrica.

5) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones aumenta el riesgo de hipertensión arterial?

- a) Levantar pesas.
- b) Tomar más de 2 tazas de café al mes.
- c) Subir de peso en exceso.
- d) Fumar un cigarrillo ocasionalmente.

6) ¿Cuáles considera Ud. son factores que influyen para padecer de hipertensión arterial?

- a) El tener ambos padres con diabetes o hipertensión arterial.
- b) El acné.
- c) La gastritis.
- d) La neumonía.

7) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a) El sedentarismo es un factor de riesgo para padecer de hipertensión arterial.
- b) El consumo de sal de mar ayuda a controlar la hipertensión.
- c) El colesterol alto es factor de riesgo para complicación de la hipertensión arterial.
- d) La obesidad es un factor de riesgo para padecer hipertensión arterial.

8) ¿Cuál de los siguientes productos cree Ud. que se debe evitar para controlar la hipertensión arterial?

- a) Evitar el alcohol, vegetales y verduras.
- b) Evitar el café y dieta baja en sal.
- c) Evitar el café, alcohol, dieta excesiva en sal y el estrés.
- d) Evitar el azúcar, el aceite y la sal.

9) ¿Cuál de los siguientes cambios en su dieta ayuda a regular la presión arterial?

- a) Mantener los alimentos picantes.
- b) Beber un vaso diario de vino tinto después de los alimentos.
- c) Comer más frutas, verduras, granos integrales y productos lácteos bajos en grasa.
- d) Beber té de hierbas y café.

10) Para controlar la hipertensión arterial se debe considera lo siguiente, en el consumo de alimentos, excepto:

- a) Disminuir la ingesta de sal en alimentos.
- b) Disminuir regularmente el café.
- c) Consumir pescado al menos tres veces por semana.
- d) Consumir alimentos altos en grasa como frituras y con alta cantidad de sal.

11) ¿Qué tiempo es recomendable realizar caminatas diariamente cuando se sufre de hipertensión arterial?

- a) Al menos 30 minutos.
- b) Al menos 60 minutos.
- c) De 10 a 20 minutos.
- d) De 1 a 2 horas.

12) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el ejercicio y la presión arterial es falsa?

- a) Hacer una caminata durante 30 minutos todos los días ayuda a controlar la presión arterial.
- b) Hacer ejercicio es bueno para las personas con hipertensión arterial
- c) Las personas que están de pie la mayor parte del día controlan mejor su presión arterial.
- d) Practicar ejercicios de relajación ayuda a controlar el estrés y la presión arterial.

13) ¿Cuándo considera Ud. que los medicamentos para la hipertensión arterial deben ser consumidos?

- a) Solo cuando la presión arterial esta alta.
- b) Cuando tengo mareos.
- c) Cuando siento dolor de cabeza.
- d) Todos los días, según el horario indicado por el médico.

14) ¿Cómo considera que deberían conservarse las medicinas para la presión arterial?

- a) Consumirlo, no importa si está abierto y vencido.
- b) Recortarlo por cada pastilla para guardarlo en la billetera.
- c) Evitar consumirlo si está abierto, evitar aplastarlo, o cargarlo en la billetera, ver la fecha de vencimiento, conocer bien el nombre de los medicamentos que consume.
- d) Guardarlo fuera de su envase y ordenarlo por colores.

15) ¿Por cuánto tiempo cree Ud. que deberá tomar sus medicinas para el control de la presión arterial?

- a) Hasta cuando la presión este controlada.
- b) Solo por 3 años.
- c) Durante toda la vida.
- d) Durante 5 años, luego el tratamiento es solo con ejercicios.

16) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la toma de medicamentos antihipertensivos es verdadera?

- a) Siempre debe tomarse con los alimentos.
- b) Se puede tomar más de dos medicinas para la presión al mismo tiempo.
- c) El medicamento para la presión arterial es más efectivo si se toma antes de acostarse.
- d) No debe tomarse si una persona bebió alcohol ese día.

17) ¿Asiste Ud. periódicamente a consulta médica?

- a) Siempre.
- b) A veces.

c) Casi nunca.

d) Nunca.

18) ¿Cuándo cree Ud. que debe ir a la consulta médica?

a) Sólo cuando comienzo a sentir algún malestar.

b) Sólo cuando necesite más medicinas.

c) Cada vez que me toca algún control médico a pesar de sentirme bien.

d) Cuando las medicinas caseras no me hacen efecto.

19) Al medir su presión arterial en casa, Ud. Debe:

a) Siempre tomar su lectura antes de tomar su medicamento para la presión arterial.

b) Tomar la presión arterial en reposo, en el mismo brazo y dos horas antes o después de las comidas.

c) Tomar la presión arterial inmediatamente después de las comidas.

d) Tomar la presión todos los días cada 3 horas y anotar el valor

20) ¿Cuál cree Ud. que son las complicaciones de la Hipertensión Arterial?

a) Apendicitis y problemas renales.

b) Infarto y problemas renales.

c) Diarreas, hemiplejias.

d) Gastritis

CUESTIONARIO DE AUTOCUIDADO

LEYENDA:

0 = NUNCA 1= ALGUNAS VECES 2= CASI SIEMPRE 4: SIEMPRE

Dimensión Dieta	0	1	2	3
Consume verduras frescas y frutas, mínimo 5 tipos diario				
Consume alimentos ricos en grasas (frituras, carnes rojas)				
Consume alimentos ricos en carbohidratos (pastas, papa, harina)				
Dimensión 2: Actividad física	0	1	2	3
Realiza caminatas diarias de 30 minutos todos los días				
Realiza ejercicios diarios				
Los ejercicios que realiza activan las cuatro extremidades				
Dimensión 3: Tratamiento farmacológico	0	1	2	3
Conoce los fármacos de su tratamiento				
Toma la dosis prescrita por el médico				
Es puntual en la toma de sus medicamentos				
Dimensión 4: Hábitos nocivos	0	1	2	3
Fuma cigarrillos				
Consume bebidas alcohólicas				
Consume otro tipo de hábitos nocivos				
Dimensión 5: Manejo del estrés	0	1	2	3
Realiza Ejercicios de relajación: Respiración, TAI CHI, otros				
Pone en práctica actividades de recreación: paseos, caminatas, otros.				
Maneja situaciones de estrés				

Dimensión 6: Control médico	0	1	2	3
Asiste mensualmente al control de medicina				
Asísteme mensualmente al control de enfermería				
Participa en las actividades realizadas en el cada control.				

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigador: Zunilda Claudia Fernández Huayaney.

Título: “Conocimiento sobre la hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados en un hospital público de lima – 2026.”

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar de este estudio desarrollado por la investigadora Zunilda Claudia Fernández Huayaney de la Universidad Privada Norbert Wiener. El objetivo de este estudio es conocimiento sobre la hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados en un hospital público de lima – 2026. Su ejecución ayudará a/permitirá conocer si existe relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores hospitalizados.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

- Leer detenidamente todo el documento y firmarlo.
- Participar voluntariamente en el estudio.
- Responder todas las preguntas formuladas en la encuesta.

La entrevista/encuesta puede demorar entre 10 a 15 minutos. Los resultados de la/los cuestionarios

se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Su participación en el estudio no pone riesgo a los adultos mayores hospitalizados que participen en el estudio, es completamente voluntaria y puede retirarse cuando lo decida.

Beneficios

Usted se beneficiará con conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual) que le puede ser de mucha utilidad en la actividad

profesional y para mejorar aún más su estilo de vida como consecuencia mejorar el conocimiento sobre la hipertensión arterial y el autocuidado en adultos mayores.

Costo e incentivos

La participación no tiene ningún costo.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de Usted.

Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derecho del paciente

Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario, podrá retirarse de éste en cualquier

momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con la investigadora al número _____ y/o al Comité que validó el presente estudio, _____, presidenta del Comité

de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, telf. 924569790. E-mail comité. etica@uwiener.edu.pe.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También, entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que

puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante:

Nombre:

DNI

Investigador:

Nombre:

DNI

18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 15%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 14%

 Fuentes de Internet
- 2%

 Publicaciones
- 15%

 Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	5%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-10-01	<1%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-10-15	<1%
4	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
5	Internet	hdl.handle.net	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-07-26	<1%
7	Trabajos entregados	uwiener on 2024-04-23	<1%
8	Trabajos entregados	uwiener on 2024-06-14	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-05-30	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-05-27	<1%
11	Trabajos entregados	uwiener on 2023-12-28	<1%