



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**

Tesis

Conocimiento y prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en familiares
de pacientes geriátricos del Hospital Militar de Arequipa, 2025

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Presentado por:

Autora: Coronado Vela, Jacqueline Janet

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1385-1505>

Asesora: Mg. Barrios Cabello, Lucimar Josefina

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8303-097X>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01	FECHA: 01/07/2026
		REVISIÓN: 01	

Yo, **Jacqueline Janet Coronado Vela** egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Enfermería** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Conocimiento y prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en familiares de pacientes geriátricos del Hospital Militar de Arequipa, 2025.” Asesorado por el docente: Lucimar Josefina Barrios Cabello DNI CE: 003135336 ORCID 0009-0009-8303-097x tiene un índice de similitud de **18 (dieciocho)** % con código OID: 14912:594761504 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 1

Jacqueline Janet Coronado Vela

DNI: ...30495646

.....
Firma de autor 2

Nombres y apellidos del Egresado

DNI:.....



.....
Firma

Lucimar Josefina Barrios Cabello

CE: 003135336

Lima, 01 de julio de 2026

Dedicatoria

Deseo consagrar este trabajo a gente muy cercana y especiales para mí, como mi esposo e hijos, quienes me han apoyado incondicionalmente mientras buscaba cumplir esta aspiración.

Agradecimiento

Antes que nada, quiero mirar al cielo y dar gracias a Dios, porque en todo momento y circunstancias sentí su compañía a mi lado.

También deseo agradecer a mi querida Universidad, mi alma mater, que tanto me ayudo a pulir mis habilidades.

Y por supuesto, mi gratitud inmensa a mis docentes que compartieron conmigo sus vivencias y sus conocimientos adquiridos en la práctica.

Índice

Portada	¡Error! Marcador no definido.
Posportada	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	xii
CAPÍTULO I: 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	4
1.4.1. Teórica	4
1.4.2. Metodológica	5
1.4.3. Práctica	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1. Conocimiento sobre hipertensión arterial.....	12
2.2.2. Prácticas de prevención de hipertensión arterial	23

2.3.	Formulación de hipótesis.....	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA		33
3.1.	Método de la investigación.....	33
3.2.	Enfoque de la investigación.....	33
3.3.	Tipo de investigación	33
3.4.	Diseño de la investigación.....	34
3.5.	Población, muestra y muestreo	34
3.5.1.	Población	34
3.5.2.	Muestra	35
3.5.3.	Muestreo	35
3.6.	Variables y operacionalización.....	37
3.7.	Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	38
3.7.1.	Técnica.....	38
3.7.2.	Descripción de instrumentos	38
3.7.3.	Validación.....	39
3.7.4.	Confiabilidad	40
3.8.	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	40
3.9.	Aspectos éticos	41
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....		42
4.1.	Resultados.....	42
4.1.1.	Características de la muestra	42
4.1.2.	Resultados descriptivos según objetivos	44
4.2.	Discusión de resultados	48
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		52
5.1.	Conclusiones.....	52
5.2.	Recomendaciones	53
REFERENCIAS		54

ANEXOS	65
Anexo 1: Matriz de consistencia	65
Anexo 2: Instrumentos	66
Anexo 3: Formato de consentimiento informado	69
Anexo 4: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos.....	71
Anexo 5: Informe del asesor de Turnitin.....	72

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Operacionalización de variables.....</i>	37
Tabla 2. <i>Edad del adulto mayor</i>	42
Tabla 3. <i>Sexo del adulto mayor</i>	43
Tabla 4. <i>Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en familiares de pacientes geriátricos</i>	44
Tabla 5. <i>Niveles de conocimiento sobre hipertensión arterial según sus dimensiones en familiares de pacientes geriátricos</i>	45
Tabla 6. <i>Nivel de prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en familiares de pacientes geriátricos</i>	46
Tabla 7. <i>Niveles de prácticas preventivas sobre hipertensión arterial según sus dimensiones en familiares de pacientes geriátricos.....</i>	47

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Esquema del diseño</i>	34
Figura 2. <i>Edad del adulto mayor</i>	42
Figura 3. <i>Sexo del adulto mayor</i>	43
Figura 4. <i>Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en familiares de pacientes geriátricos</i>	44
Figura 5. <i>Niveles de conocimiento sobre hipertensión arterial según sus dimensiones en familiares de pacientes geriátricos</i>	45
Figura 6. <i>Nivel de prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en familiares de pacientes geriátricos</i>	46
Figura 7. <i>Niveles de prácticas preventivas sobre hipertensión arterial según sus dimensiones en familiares de pacientes geriátricos</i>	47

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo describir los niveles de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas preventivas en familiares de pacientes geriátricos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa, 2025. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, con diseño no experimental y corte transversal. La población estuvo conformada por 140 familiares, con una muestra de 103 participantes, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado. Los resultados evidenciaron que el 54.4% de los familiares presentó un nivel medio de conocimiento sobre hipertensión arterial y el 61.2% un nivel medianamente adecuado de prácticas preventivas. Se concluye que, si bien los familiares poseen un nivel intermedio de conocimiento sobre la enfermedad, este no se traduce plenamente en prácticas preventivas adecuadas, lo que evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de educación en salud orientadas a mejorar la prevención y el control de la hipertensión arterial.

Palabras claves: Hipertensión arterial, conocimiento, prevención, geriatría.

Abstract

This research aimed to describe the levels of knowledge about hypertension and preventive practices among family members of geriatric patients treated at the Military Hospital of Arequipa in 2025. The study was conducted using a quantitative, descriptive, non-experimental, cross-sectional design. The population consisted of 140 family members, with a sample of 103 participants, who completed a structured questionnaire. The results showed that 54.4% of the family members had a medium level of knowledge about hypertension and 61.2% had a moderately adequate level of preventive practices. It is concluded that, although family members possess an intermediate level of knowledge about the disease, this does not fully translate into adequate preventive practices, highlighting the need to strengthen health education strategies aimed at improving the prevention and control of hypertension.

Keywords: Hypertension, knowledge, prevention, geriatrics.

Introducción

En la actualidad, el cumplimiento de los estándares asociados a un estilo de vida saludable se ha vuelto cada vez más complejo, debido a diversos factores sociales, culturales y conductuales que influyen negativamente en los hábitos de la población, y esta situación ha generado un incremento sostenido de enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la hipertensión arterial (HTA), patología caracterizada por la elevación persistente de la presión arterial y que, asociada a otros signos y síntomas constituye un importante problema de salud pública.

Por lo expuesto, surge la necesidad de profundizar en el estudio de esta problemática, en tal sentido, la presente investigación se estructura en cinco acápites, el primero aborda el planteamiento del problema, en el cual se formulan las preguntas de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos, así como la justificación del estudio y las limitaciones identificadas durante su desarrollo.

El segundo acápite comprende la revisión de los antecedentes de investigaciones relacionadas con el tema, el sustento teórico de las variables en estudio y la formulación de las hipótesis correspondientes. El tercer acápite detalla la metodología empleada, incluyendo el tipo y diseño de investigación, la población y muestra del estudio, la técnica de muestreo utilizada, la operacionalización de las variables, el instrumento de recolección de datos, los aspectos éticos considerados y el programa estadístico empleado para el procesamiento de la información.

En el cuarto acápite se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos, así como la discusión de los hallazgos, contrastándolos con los resultados de investigaciones previas. Finalmente, el quinto acápite expone las conclusiones y recomendaciones, orientadas tanto a las instituciones de salud como a futuras investigaciones relacionadas con la temática abordada.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud define a la HTA como la presencia de una presión arterial sistólica igual o mayor a 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg (1). En los últimos años, esta patología ha mostrado un incremento sostenido; para el año 2022, se estimó que aproximadamente el 22% de la población mundial presentaba hipertensión arterial (2). En América Latina, la prevalencia alcanza el 32,3 %, siendo más frecuente en áreas urbanas (68 %) en comparación con las zonas rurales (32 %) (3). Asimismo, durante el año 2023 se reportó que alrededor de 1 280 millones de adultos entre 30 y 79 años viven con esta enfermedad, de los cuales el 46 % desconoce su condición, lo que refleja una importante limitación en el diagnóstico oportuno (4).

En el contexto peruano, según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2023, aproximadamente el 13 % de las personas mayores de 15 años presenta hipertensión arterial (5). Dicho reporte evidencia una mayor prevalencia en la región costa (19,9%), en comparación con la selva (10,7%), además, se observa que la enfermedad afecta con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres, y que su prevalencia es superior en el área urbana (18,3 %) respecto al área rural (12,5 %) (6). A nivel departamental, los mayores porcentajes de personas con hipertensión arterial se registran en Callao (23,5 %), Lima (23,1 %), Lima Metropolitana (22,4 %), Piura (18,2 %) y Arequipa (18,0 %) (7).

En la región Arequipa, la Gerencia Regional de Análisis de Salud reporta que la hipertensión arterial constituye la segunda causa de mortalidad en adultos de 30 a 59 años, con un 6,3 %, presentando predominio en el sexo femenino (8). Esta situación refleja la persistencia de hábitos alimenticios inadecuados y la insuficiente actividad física en la

población, factores que incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, metabólicas y renales, ya que se estima que solo uno de cada cinco pacientes hipertensos mantiene un adecuado control de la enfermedad; además, la falta de interés y conciencia por parte de los familiares puede desencadenar consecuencias graves, tales como infarto de miocardio, cardiomegalia e insuficiencia cardíaca, pudiendo conducir incluso a la muerte del adulto mayor bajo su cuidado (9).

En este contexto, resulta fundamental disponer de información actualizada y accesible, que permita analizar la magnitud del problema y orientar acciones preventivas oportunas, lo que exige sensibilizar a los familiares responsables del cuidado del adulto mayor, enfatizando la adopción de hábitos de vida saludables para prevenir la hipertensión arterial, enfermedad conocida por los profesionales de la salud como “el asesino silencioso”. Puesto que, durante el año 2023, el 8,0% de las personas diagnosticadas con hipertensión arterial en este distrito fue identificado mediante evaluación médica, con el apoyo del personal de enfermería durante el proceso de triaje, considerando que el diagnóstico se establece a partir de la medición adecuada de la presión arterial basal (10).

A partir de la problemática descrita, surge la necesidad de evaluar el conocimiento sobre la hipertensión arterial y las prácticas de prevención en los familiares de adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III DE, ya que en dicho establecimiento se ha evidenciado una limitada conciencia e interés por parte de los familiares, quienes suelen subestimar el carácter crónico de la enfermedad y la importancia de su diagnóstico temprano y control oportuno, por ello, se considera necesario promover la concientización comunitaria con el apoyo del personal de salud responsable de la estrategia, fortaleciendo progresivamente el vínculo entre la familia y los servicios de salud, en beneficio del bienestar y la calidad de vida del paciente.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los niveles de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas preventivas que presentan los familiares de pacientes geriátricos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa, 2025?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejercito de Arequipa, 2025?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial según sus dimensiones que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejercito de Arequipa, 2025?
- ¿Cuál es el nivel de prácticas preventivas que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejercito de Arequipa, 2025?
- ¿Cuál es el nivel de prácticas preventivas según sus dimensiones que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejercito de Arequipa, 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Describir los niveles de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas preventivas en familiares de pacientes geriátricos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejército de Arequipa, 2025.
- Describir el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial según sus dimensiones que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejército de Arequipa, 2025.
- Precisar el nivel de prácticas preventivas sobre hipertensión arterial que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejército de Arequipa, 2025.
- Describir el nivel de prácticas preventivas según sus dimensiones que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejército de Arequipa, 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La presente investigación se justificó teóricamente al sustentarse en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, el cual permitió comprender cómo el conocimiento y las percepciones influyen en la adopción de conductas orientadas al cuidado de la salud,

es así que, el estudio analizó el conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas preventivas desarrolladas por los familiares de pacientes adultos mayores, considerando que el entorno familiar cumple un papel importante en la prevención y control de enfermedades crónicas, en ese sentido, la investigación aportó al campo de la enfermería al generar evidencia sobre el nivel de información que poseen los familiares y las acciones preventivas que realizan en el cuidado del adulto mayor, contribuyendo a fortalecer el sustento teórico relacionado con la promoción de la salud y la prevención de complicaciones asociadas a la hipertensión arterial.

1.4.2. Metodológica

La investigación se justificó metodológicamente al emplear un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo que permitió analizar los niveles de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas preventivas en familiares de pacientes adultos mayores; para la recolección de datos se utilizó como instrumentos dos cuestionarios estructurados sobre conocimiento y prácticas preventivas de hipertensión arterial, instrumentos elaborados y validados previamente por León (11) cuya validez fue determinada mediante juicio de expertos utilizando el coeficiente V de Aiken y su confiabilidad evaluada a través del alfa de Cronbach, lo que permitió obtener información confiable y pertinente para el análisis de las variables de estudio.

1.4.3. Práctica

La investigación se justificó desde el punto de vista práctico porque permitió identificar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas preventivas que desarrollan los familiares de pacientes adultos mayores, asimismo, los resultados obtenidos proporcionaron información importante para el personal de salud, especialmente para el profesional de enfermería, al evidenciar aspectos que requieren fortalecimiento en la

educación sanitaria dirigida a los familiares responsables del cuidado del adulto mayor; de esta manera, los resultados del estudio podrán servir como referencia para el diseño de estrategias educativas orientadas a la promoción de hábitos saludables y a la prevención de complicaciones asociadas a la hipertensión arterial, contribuyendo al mejor cuidado y control de esta enfermedad en la población geriátrica.

1.5. Limitaciones de la investigación

Durante el desarrollo de la investigación se presentaron algunas limitaciones relacionadas principalmente con la disponibilidad de tiempo de los familiares de los pacientes adultos mayores para participar en la aplicación de los cuestionarios, debido a las actividades de acompañamiento y cuidado que realizaban durante la atención hospitalaria.

Asimismo, se evidenció en algunos casos cierta dificultad para comprender determinadas preguntas del instrumento, lo cual requirió brindar orientaciones adicionales para asegurar la adecuada comprensión de los ítems, otra limitación estuvo relacionada con el acceso a los participantes dentro del establecimiento de salud, considerando las normas institucionales y los tiempos de atención de los servicios.

No obstante, estas situaciones fueron superadas mediante la coordinación previa con el personal de salud del hospital y la explicación clara del propósito de la investigación a los participantes, lo que permitió completar el proceso de recolección de datos de manera satisfactoria.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional

Maluwa et al. (12) en el 2025, en África, realizaron un estudio cuyo objetivo fue “determinar los factores asociados al conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la hipertensión entre cuidadores en Neno, una zona rural de Malawi”, la investigación tuvo un enfoque cuantitativo con diseño transversal, en la que participaron cuidadores de pacientes adultos pertenecientes a comunidades rurales, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado orientado a evaluar el nivel de conocimiento, las actitudes frente a la enfermedad y las prácticas relacionadas con su prevención y control, es así que los resultados evidenciaron que una proporción importante de participantes presentó conocimientos limitados sobre la hipertensión y prácticas preventivas insuficientes, por lo tanto, concluyeron que es necesario fortalecer las estrategias educativas y de promoción de la salud dirigidas a cuidadores y familiares para mejorar la prevención y el control de la hipertensión arterial.

Espeche et al. (13) en el 2024, en Argentina, realizaron un cuyo objetivo fue “determinar la prevalencia, el conocimiento y el control de la hipertensión arterial en barrios vulnerables”, la investigación fue de enfoque cuantitativo, con diseño transversal, y analizó a 989 participantes residentes en contextos de alta vulnerabilidad social, siendo que los resultados evidenciaron una prevalencia global de hipertensión arterial de 48,2%; además, entre las personas hipertensas, 44% desconocía su diagnóstico y solo 17,2% presentaba control adecuado de la enfermedad, entonces, concluyeron que en los barrios vulnerables la hipertensión arterial presenta una prevalencia elevada y niveles insuficientes de

conocimiento y control, lo que evidencia la necesidad de intervenciones dirigidas a mejorar la detección oportuna y el manejo integral de esta patología.

Recalde et al. (14) en el 2023, en Paraguay, realizaron un estudio cuyo objetivo fue “determinar el grado de adherencia al tratamiento y el nivel de conocimientos en pacientes con hipertensión arterial en un área urbana de Asunción”, la investigación fue de enfoque cuantitativo, con diseño observacional, descriptivo y transversal, en una muestra de 425 adultos con diagnóstico de hipertensión arterial, para la recolección de datos se emplearon entrevistas estructuradas, utilizando el cuestionario de Morisky Green para evaluar la adherencia al tratamiento y el cuestionario de Batalla para medir el conocimiento sobre la enfermedad; es así que los resultados evidenciaron un bajo cumplimiento terapéutico y limitados conocimientos sobre la hipertensión; entonces, concluyeron que tanto la adherencia al tratamiento como el nivel de conocimiento en los pacientes evaluados no fueron adecuados.

Montes et al. (15), en el 2022, en México, realizaron un estudio cuyo objetivo fue “identificar el nivel de conocimientos que poseen adultos de una comunidad rural de Nayarit sobre hipertensión arterial y la prevención de sus complicaciones”, la investigación fue de enfoque cuantitativo con diseño descriptivo y transversal, aplicada a 64 adultos que acudían a un centro de salud rural, utilizando un cuestionario estructurado para evaluar conocimientos sobre la enfermedad, factores de riesgo, dieta, ejercicio y tratamiento, es así que los resultados evidenciaron que, aunque la totalidad de los participantes reconocía el concepto de hipertensión arterial, se observaron deficiencias en el conocimiento de los factores de riesgo y en el manejo farmacológico de la enfermedad, por lo tanto, concluyeron que existe un nivel de conocimiento principalmente regular sobre la hipertensión arterial,

por lo que se recomienda fortalecer las estrategias educativas orientadas a la prevención y control de esta patología en la población.

Olguin et al. (16) en el 2022, en México, desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue “identificar el nivel de conocimientos del adulto mayor que vive con hipertensión”, el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo aplicado y diseño descriptivo, realizado en un centro de salud del municipio de Mixquiahuala, Hidalgo, México, a una población conformada por 110 adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial, a quienes se les aplicó un instrumento de conocimientos generales sobre el tratamiento hipertensivo y una ficha de datos sociodemográficos, previo consentimiento informado, es así que los resultados evidenciaron que el 71,81 % de los participantes presentó un nivel bajo de conocimiento sobre el tratamiento de la hipertensión arterial, mientras que el 28,18 % alcanzó un nivel medio, en tal sentido, concluyeron que el nivel de conocimiento sobre el tratamiento hipertensivo en los adultos mayores fue predominantemente bajo, lo que puede influir negativamente en el control adecuado de la enfermedad y favorecer la aparición de complicaciones.

2.1.2. A nivel nacional

Cedillo y Ramírez (17) en el 2024, en Tumbes, realizaron una investigación cuyo objetivo fue “determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas sobre la prevención de hipertensión arterial en adultos mayores que asisten al Centro de Salud Pampa Grande, Tumbes, 2024”, siendo que la investigación presentó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, con diseño no experimental y corte transversal, la muestra estuvo conformada por 40 adultos mayores, a quienes se aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas relacionadas con la hipertensión arterial, es así que los resultados mostraron que el 65% de los participantes presentó un nivel medio de

conocimiento, el 20% un nivel alto y el 15% un nivel bajo; asimismo, el 80% evidenció prácticas poco adecuadas respecto a la prevención de la enfermedad, entonces, concluyeron que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en los adultos mayores evaluados.

Maza y Majuan (18) en el 2024, en Lima, realizaron un estudio en Lima, cuyo objetivo fue “determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en pacientes que acuden a un establecimiento de salud público”, la investigación presentó un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, descriptivo-correlacional y de corte transversal, la población y muestra estuvieron conformadas por 119 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, a quienes se les aplicó un cuestionario para evaluar los niveles de conocimiento y las prácticas preventivas relacionadas con la enfermedad, los resultados evidenciaron que el 61,3% presentó un nivel de conocimiento regular, el 26,1% un nivel bueno y el 12,6% un nivel deficiente; asimismo, el 49,6% mostró prácticas preventivas regulares, el 30,3% prácticas adecuadas y el 20,2% prácticas inadecuadas, asimismo, concluyeron que existe una relación significativa entre el conocimiento y las prácticas preventivas en los pacientes evaluados.

Villegas et al. (19) en el 2023, en Huancayo realizaron un estudio cuyo objetivo fue “determinar el nivel de conocimientos sobre prevención de hipertensión arterial en adultos mayores del centro poblado La Florida del Perené, Chanchamayo, 2023”, la investigación tuvo un enfoque cuantitativo con diseño descriptivo, no experimental y de corte transversal, aplicada a una población censal de 70 adultos mayores mediante un cuestionario estructurado, es así que los resultados evidenciaron que el 72,9% de los participantes presentó un nivel bajo de conocimiento sobre prevención de la hipertensión arterial, el 20% un nivel medio y solo el 7,1% un nivel alto, por lo tanto, concluyeron que existe un

predominio de conocimiento bajo respecto a las medidas preventivas de la hipertensión arterial, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias educativas orientadas a la promoción de la salud en la población adulta mayor

Farro (20) en el 2023, en Pimentel, realizó un estudio cuyo objetivo fue “determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre hipertensión arterial en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud José Olaya”, siendo que la investigación presentó un enfoque cuantitativo, de tipo básica, con diseño no experimental, correlacional y de corte transversal, además, la muestra estuvo conformada por 140 mujeres adultas con diagnóstico de hipertensión arterial, a quienes se aplicó un cuestionario estructurado para evaluar el nivel de conocimientos y las prácticas relacionadas con la enfermedad, es así que los resultados evidenciaron que el 49,3% presentó un nivel medio de conocimiento, el 32,1% un nivel bajo y el 18,6% un nivel alto; respecto a las prácticas preventivas, el 44,3% evidenció un nivel regular, el 32,9% un nivel malo y el 22,9% un nivel bueno, asimismo, concluyó que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre hipertensión arterial en las mujeres adultas evaluadas.

Cárdenas y Mendoza (21) en el 2023, en Ayacucho realizaron un estudio cuyo objetivo fue “determinar el nivel de conocimiento y su relación con las prácticas en la prevención de la hipertensión arterial en comerciantes adultos del mercado central de Huanta”, la investigación presentó un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, con diseño no experimental y de corte transversal, la población estuvo conformada por 200 comerciantes adultos, a quienes se aplicó un test de conocimientos y una escala tipo Likert para evaluar las prácticas preventivas relacionadas con la hipertensión arterial, es así que los resultados evidenciaron que el 73,5% de los participantes presentó un nivel de conocimiento deficiente y el 14,5% un nivel regular; asimismo, el 88% mostró prácticas inadecuadas respecto a la

prevención de la hipertensión arterial, por lo tanto, concluyeron que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en los comerciantes evaluados.

2.2. Bases teóricas

En este apartado se presentan los fundamentos conceptuales y teóricos que sustentan las variables de estudio, permitiendo comprender el conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas preventivas relacionadas con esta enfermedad en familiares de pacientes geriátricos.

2.2.1. Conocimiento sobre hipertensión arterial

El conocimiento puede definirse como el proceso mediante el cual el ser humano adquiere y organiza información a partir de la experiencia, la observación y el aprendizaje, lo que le permite comprender la realidad y orientar su comportamiento frente a diferentes situaciones (22) (23). Desde la perspectiva filosófica, el conocimiento se genera a partir de la relación entre el sujeto que conoce y el objeto conocido, relación que posibilita la interpretación de los fenómenos y la construcción de explicaciones acerca del mundo que rodea al individuo (22).

Desde el enfoque del desarrollo cognitivo, el conocimiento no se adquiere de manera pasiva, sino que se construye progresivamente a través de la interacción entre la persona y su entorno (24). En este proceso, los individuos incorporan nueva información y la integran con conocimientos previamente adquiridos, generando estructuras cognitivas que facilitan la comprensión de la realidad y la adaptación a distintas circunstancias (25). En consecuencia, el conocimiento implica no solo la acumulación de información, sino también la capacidad de interpretarla y aplicarla en la vida cotidiana (24).

En el ámbito de la salud, el conocimiento constituye un componente fundamental para la adopción de conductas orientadas a la prevención de enfermedades y la promoción del bienestar (26). Diversos estudios señalan que cuando las personas poseen mayor información sobre los factores de riesgo, los signos y síntomas y las medidas de control de una enfermedad, aumenta la probabilidad de que adopten prácticas favorables para el cuidado de su salud (27) (28) (29). Por ello, el conocimiento en salud es considerado un elemento esencial dentro de las estrategias de educación sanitaria y promoción de estilos de vida saludables dirigidas a la población (26).

2.2.1.1. Teorías del conocimiento

A. Teoría del conocimiento de Jean Piaget

La teoría del conocimiento de Jean Piaget se fundamenta en la idea de que el conocimiento es el resultado de un proceso activo de construcción que realiza el individuo a lo largo de su desarrollo (24). Desde esta perspectiva, el sujeto no adquiere el conocimiento de manera pasiva, sino que lo construye mediante la interacción continua con su entorno, integrando nuevas experiencias a sus estructuras cognitivas previas (30). Este proceso implica que el aprendizaje es dinámico y evolutivo, permitiendo al individuo comprender progresivamente la realidad que lo rodea (25) (31).

Piaget plantea que el desarrollo del conocimiento se produce a través de dos procesos fundamentales: la asimilación y la acomodación (24). La asimilación consiste en incorporar nueva información dentro de las estructuras cognitivas existentes, mientras que la acomodación implica modificar dichas estructuras cuando la información nueva no puede ser integrada de manera directa (2). A partir de la interacción entre ambos procesos se genera la adaptación cognitiva, lo que permite al individuo alcanzar un equilibrio en su comprensión del entorno (2).

En el ámbito de la salud, la teoría de Piaget permite comprender cómo las personas adquieren conocimientos relacionados con las enfermedades y su prevención (24). A medida que los individuos incorporan información sobre factores de riesgo, signos y medidas de control, desarrollan esquemas mentales que influyen en su comportamiento frente al cuidado de su salud (32). En este sentido, el conocimiento sobre enfermedades como la hipertensión arterial se construye progresivamente y puede favorecer la adopción de prácticas orientadas a la prevención y al control de dicha condición (33).

2.2.1.2. Evolución conceptual del conocimiento en salud

El concepto de conocimiento en salud ha evolucionado desde una visión centrada únicamente en la transmisión de información hacia un enfoque más integral orientado al desarrollo de capacidades en las personas para el cuidado de su bienestar (26). Inicialmente, la educación en salud se basaba en modelos tradicionales donde el profesional de salud actuaba como emisor de información y el paciente como receptor pasivo (34). Sin embargo, con el tiempo se ha reconocido que el conocimiento en salud implica no solo recibir información, sino comprenderla, interpretarla y aplicarla en la vida cotidiana para la toma de decisiones informadas (26).

En este contexto, la educación en salud ha adquirido un papel fundamental como estrategia para fortalecer el conocimiento de la población respecto a las enfermedades y sus formas de prevención (35). La Organización Mundial de la Salud señala que la educación sanitaria busca desarrollar habilidades cognitivas y sociales que permitan a las personas mejorar su salud y ejercer mayor control sobre los factores que la determinan (34). De esta manera, el conocimiento en salud se convierte en un proceso activo que promueve la participación del individuo en el cuidado de su propia salud y la de su entorno (36).

Asimismo, diversos estudios han evidenciado que el nivel de conocimiento en salud influye en la adopción de conductas preventivas frente a enfermedades crónicas, ya que cuando las personas comprenden los factores de riesgo, los signos y las medidas de control, es más probable que adopten prácticas orientadas a la prevención y al autocuidado (37). Por ello, el conocimiento en salud constituye un elemento clave en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención de enfermedades como la hipertensión arterial (38).

2.2.1.3. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una condición clínica crónica caracterizada por la elevación sostenida de la presión arterial, definida generalmente por valores iguales o superiores a 140 mmHg de presión sistólica y/o 90 mmHg de presión diastólica (1). Esta alteración hemodinámica refleja un aumento persistente de la resistencia vascular periférica o del gasto cardíaco, lo que genera una sobrecarga en el sistema cardiovascular y favorece el desarrollo de complicaciones a largo plazo (39).

Desde una perspectiva clínica, la hipertensión arterial es considerada una de las principales enfermedades no transmisibles debido a su alta prevalencia y su impacto en la morbilidad y mortalidad a nivel mundial (40). Diversos organismos internacionales señalan que esta condición constituye un factor de riesgo determinante para la aparición de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, lo que la convierte en un problema prioritario de salud pública (41).

Asimismo, la hipertensión arterial se caracteriza por su curso silencioso, ya que en muchos casos no presenta síntomas evidentes en sus etapas iniciales, lo que dificulta su diagnóstico oportuno (1). Esta característica ha llevado a denominarla como una “enfermedad silenciosa”, dado que puede progresar sin ser detectada hasta la aparición de complicaciones graves que comprometen la salud del individuo (37).

Desde el enfoque de la práctica clínica, el diagnóstico de la hipertensión arterial requiere la medición adecuada y repetida de la presión arterial en condiciones estandarizadas, con el fin de confirmar la persistencia de valores elevados (39). En este sentido, las guías clínicas recomiendan realizar evaluaciones periódicas, especialmente en poblaciones con factores de riesgo, para detectar la enfermedad de manera temprana y establecer intervenciones oportunas (40).

En el ámbito de la salud pública, la hipertensión arterial es considerada una enfermedad prevenible y controlable, siempre que se adopten medidas adecuadas relacionadas con el estilo de vida y el tratamiento médico (37). Por ello, el conocimiento sobre esta condición resulta fundamental para promover conductas de prevención, favorecer el diagnóstico temprano y mejorar el control de la enfermedad en la población (40).

A. Factores de riesgo

La hipertensión arterial se asocia a diversos factores de riesgo que pueden clasificarse en no modificables y modificables, los cuales influyen en su aparición y progresión (1). Entre los factores no modificables se encuentran la edad, el sexo y la predisposición genética, siendo más frecuente su desarrollo en personas de mayor edad debido a cambios fisiológicos en el sistema cardiovascular (40). Asimismo, los antecedentes familiares constituyen un elemento importante, ya que incrementan la probabilidad de presentar la enfermedad, evidenciando la influencia de factores hereditarios en su desarrollo (1).

En cuanto a los factores modificables, estos se relacionan principalmente con los estilos de vida y representan un aspecto clave en la prevención de la hipertensión arterial (39). El consumo elevado de sodio se ha asociado con el incremento de la presión arterial debido a la retención de líquidos y el aumento del volumen sanguíneo, mientras que una ingesta insuficiente de frutas y verduras limita el aporte de nutrientes esenciales para su

regulación (1). Del mismo modo, el sedentarismo y el sobrepeso contribuyen al deterioro del sistema cardiovascular, favoreciendo el aumento de la presión arterial (42).

Por otro lado, hábitos como el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo se relacionan con alteraciones en la función vascular, incrementando el riesgo de hipertensión arterial y de enfermedades cardiovasculares (41). Asimismo, el estrés crónico puede generar una activación sostenida del sistema nervioso simpático, lo que eleva la presión arterial de manera persistente (42). En este contexto, la identificación y control de los factores de riesgo modificables resulta fundamental para la prevención de la enfermedad y la promoción de estilos de vida saludables en la población (1).

B. Tratamiento y control

El tratamiento de la hipertensión arterial tiene como objetivo principal reducir los niveles de presión arterial y prevenir la aparición de complicaciones cardiovasculares, renales y cerebrovasculares (43). Para ello, las guías clínicas actuales recomiendan un enfoque integral que combine intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, adaptadas a las características y necesidades de cada paciente (44). Este manejo debe ser continuo y supervisado por el personal de salud, considerando la naturaleza crónica de la enfermedad y la importancia de mantener un control sostenido en el tiempo (43).

Las intervenciones no farmacológicas constituyen la base del tratamiento y están orientadas a la modificación de estilos de vida (45). Entre las principales medidas se encuentran la reducción del consumo de sodio, la adopción de una alimentación equilibrada rica en frutas y verduras, la práctica regular de actividad física, el control del peso corporal y la disminución del consumo de alcohol (44). Estas acciones no solo contribuyen a disminuir los niveles de presión arterial, sino que también favorecen la prevención de otras enfermedades crónicas asociadas (46).

Por su parte, el tratamiento farmacológico es indicado cuando las medidas no farmacológicas resultan insuficientes o cuando el paciente presenta un riesgo cardiovascular elevado (44). El uso de medicamentos antihipertensivos debe ser individualizado y acompañado de un adecuado seguimiento clínico para garantizar su eficacia (43). En este sentido, el control de la hipertensión arterial implica no solo la adherencia al tratamiento, sino también la participación activa del paciente y su entorno familiar en el monitoreo de la enfermedad, lo que permite mejorar los resultados en salud y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo (46).

En relación con el tratamiento farmacológico, los medicamentos antihipertensivos más utilizados incluyen los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), los bloqueadores de los canales de calcio, los diuréticos y los betabloqueadores, los cuales actúan mediante diferentes mecanismos para reducir la presión arterial (44) (47). La elección del fármaco depende de las características clínicas del paciente, la presencia de comorbilidades y el nivel de riesgo cardiovascular, por lo que su indicación debe ser individualizada y supervisada por el profesional de salud (43). Asimismo, en muchos casos se requiere el uso combinado de dos o más medicamentos para lograr un control adecuado de la presión arterial, lo que resalta la importancia de la adherencia al tratamiento para garantizar su eficacia y prevenir complicaciones a largo plazo (46).

C. Importancia del conocimiento en la prevención.

El conocimiento en salud desempeña un papel fundamental en la prevención de enfermedades crónicas, ya que permite a las personas comprender los factores de riesgo, reconocer conductas perjudiciales y adoptar decisiones orientadas al cuidado de su bienestar (26). En el caso de la hipertensión arterial, disponer de información adecuada sobre la

enfermedad facilita la identificación de hábitos nocivos y promueve la adopción de estilos de vida saludables, contribuyendo a reducir su incidencia en la población (48).

Diversas investigaciones han evidenciado que un mayor nivel de conocimiento se asocia con mejores prácticas de prevención y control de la hipertensión arterial (15). Cuando las personas comprenden la importancia de la alimentación saludable, la actividad física y el control periódico de la presión arterial, es más probable que incorporen estas conductas en su vida diaria (49). Asimismo, el conocimiento permite reconocer la necesidad del cumplimiento del tratamiento y del seguimiento médico, lo que favorece un mejor control de la enfermedad y disminuye el riesgo de complicaciones (37).

En este contexto, la educación en salud se constituye como una estrategia esencial para fortalecer el conocimiento de la población y promover conductas preventivas frente a la hipertensión arterial (26). La participación del personal de salud, especialmente de enfermería, es importante en la transmisión de información clara y accesible, orientada a generar cambios sostenibles en los hábitos de las personas (37). Por ello, fortalecer el conocimiento en los familiares de pacientes geriátricos no solo contribuye a mejorar el autocuidado del paciente, sino que también favorece la prevención de la enfermedad en el entorno familiar (15).

2.2.1.4. Dimensiones del conocimiento sobre hipertensión arterial

A. Generalidades de la HTA

Las generalidades de la hipertensión arterial comprenden el conjunto de conocimientos básicos relacionados con su definición, valores normales de presión arterial, características y naturaleza de la enfermedad (1). En términos clínicos, la hipertensión arterial se define como la elevación sostenida de la presión arterial por encima de los valores considerados normales, lo que implica un riesgo significativo para la salud cardiovascular

(44). Asimismo, conocer los niveles adecuados de presión arterial permite identificar de manera oportuna posibles alteraciones y facilita el diagnóstico precoz de la enfermedad (39).

Desde una perspectiva epidemiológica, la hipertensión arterial es considerada una enfermedad crónica no transmisible de alta prevalencia a nivel mundial, constituyendo uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares (40). Esta condición se caracteriza por su curso progresivo y, en muchos casos, asintomático, lo que dificulta su detección temprana y favorece la aparición de complicaciones si no es controlada adecuadamente (50). Por ello, el conocimiento de estas características resulta fundamental para comprender la importancia de su prevención y control (51).

En el ámbito de la salud, el conocimiento de las generalidades de la hipertensión arterial permite a las personas reconocer la relevancia de la enfermedad y adoptar conductas orientadas a su prevención (41). Comprender que se trata de una enfermedad crónica, silenciosa y potencialmente grave contribuye a generar mayor conciencia sobre la necesidad de realizar controles periódicos y mantener hábitos saludables (52). En este sentido, fortalecer los conocimientos básicos sobre la hipertensión arterial constituye un primer paso para promover el autocuidado y la prevención en la población (1).

B. Factores de riesgo

El conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial constituye un componente esencial para la prevención de esta enfermedad, ya que permite identificar las condiciones y conductas que incrementan la probabilidad de su desarrollo (37). Entre los principales factores se encuentran aquellos de tipo no modificable, como la edad, el sexo y la predisposición genética, así como los factores modificables, entre los que destacan la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el consumo excesivo de sal, el tabaquismo y el

consumo de alcohol (39). Reconocer esta clasificación facilita una mejor comprensión del origen de la enfermedad y orienta la adopción de medidas preventivas adecuadas (43).

Desde el enfoque de salud pública, los factores de riesgo modificables adquieren especial relevancia debido a que pueden ser intervenidos mediante cambios en el estilo de vida (40). Diversos estudios han demostrado que una dieta rica en sodio, el bajo consumo de frutas y verduras, la inactividad física y el sobrepeso se asocian significativamente con el incremento de la presión arterial (53) (54). En este sentido, el conocimiento de estos factores permite a las personas identificar conductas perjudiciales y adoptar hábitos saludables que contribuyan a reducir el riesgo de desarrollar hipertensión arterial (40).

Asimismo, comprender los factores de riesgo favorece la toma de decisiones informadas respecto al cuidado de la salud, especialmente en el entorno familiar de pacientes con esta patología (14). Cuando los familiares poseen información adecuada sobre las causas y factores asociados a la hipertensión arterial, es más probable que promuevan estilos de vida saludables tanto en el paciente como en su propio entorno (39). Por ello, fortalecer el conocimiento sobre los factores de riesgo no solo contribuye a la prevención de la enfermedad, sino que también favorece el control y la reducción de complicaciones a largo plazo (6).

C. Cumplimiento del tratamiento

Se refiere al grado en que el paciente sigue las indicaciones médicas relacionadas con el uso de medicamentos, los controles periódicos y las recomendaciones sobre el estilo de vida (55). Este aspecto constituye un componente esencial dentro del manejo de la enfermedad, ya que el conocimiento adecuado sobre la importancia del tratamiento favorece la adherencia terapéutica y contribuye al control de la presión arterial (44). En este sentido,

comprender la finalidad del tratamiento permite a las personas asumir un rol activo en el cuidado de su salud (55).

Asimismo, se ha evidenciado que el desconocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento se asocia con una baja adherencia terapéutica, lo que incrementa el riesgo de complicaciones cardiovasculares (46). La falta de información sobre la necesidad del uso continuo de los medicamentos, incluso en ausencia de síntomas, puede llevar a la interrupción del tratamiento y a un control inadecuado de la presión arterial (44).

En tal sentido, no solo implica la ingesta adecuada de medicamentos, sino también la adopción de hábitos saludables como parte integral del manejo de la hipertensión arterial (43). La combinación de tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida ha demostrado ser más eficaz en el control de la enfermedad y en la prevención de eventos adversos (56). En este contexto, fortalecer el conocimiento en los familiares de pacientes geriátricos permite promover conductas de apoyo que favorezcan la adherencia al tratamiento y el bienestar del paciente (55).

D. Control de la hipertensión arterial

El control de la hipertensión arterial hace referencia al conjunto de acciones orientadas a mantener los niveles de presión arterial dentro de rangos normales, con el fin de prevenir complicaciones asociadas a esta enfermedad (1). Este proceso incluye el monitoreo periódico de la presión arterial, el seguimiento de las indicaciones médicas y la adopción de estilos de vida saludables (44).

Diversos estudios han señalado que el control adecuado de la presión arterial reduce significativamente el riesgo de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y daño a órganos blanco (57). No obstante, el control efectivo de la hipertensión arterial

depende en gran medida del nivel de conocimiento que poseen los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad y sus implicancias (44). La falta de información puede limitar la realización de controles periódicos y dificultar el seguimiento adecuado del tratamiento (40).

Asimismo, el conocimiento sobre el control de la hipertensión arterial favorece la adopción de conductas orientadas al autocuidado y al monitoreo constante de la salud (58). La práctica de controles regulares de la presión arterial, ya sea en establecimientos de salud o en el hogar, permite detectar variaciones y tomar decisiones oportunas para evitar complicaciones (59).

2.2.2. Prácticas de prevención de hipertensión arterial

Las prácticas preventivas en salud se comprenden como el conjunto de acciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades y promover el bienestar integral de las personas (60). Estas prácticas forman parte de las estrategias de promoción de la salud, al involucrar decisiones y comportamientos que favorecen el mantenimiento de un estado saludable (61). En complemento, Nutbeam (26) sostiene que dichas acciones se encuentran influenciadas por el nivel de alfabetización en salud, el cual determina la capacidad del individuo para acceder, comprender y aplicar información relacionada con el cuidado de su salud.

Desde el enfoque conductual, las prácticas de salud pueden entenderse como comportamientos observables que reflejan la adopción de estilos de vida saludables en la vida cotidiana, es así que estas conductas incluyen acciones como la alimentación equilibrada, la actividad física regular y la evitación de hábitos nocivos, las cuales contribuyen directamente a la prevención de enfermedades crónicas (62). Asimismo, Rosenstock (63) a través del modelo de creencias en salud, plantea que la adopción de

conductas preventivas depende de la percepción de riesgo, los beneficios esperados y las barreras que el individuo identifica frente a dichas acciones.

Por otro lado, Pender et al. (64) enfatizan que las prácticas preventivas forman parte de un proceso activo de promoción de la salud, en el cual la persona asume un rol protagónico en el cuidado de su bienestar, en este sentido, las conductas preventivas no solo implican evitar la enfermedad, sino también fortalecer hábitos que contribuyan al mantenimiento de la salud a largo plazo. En el contexto de la hipertensión arterial, estas prácticas adquieren especial relevancia, ya que su adecuada adopción permite reducir los factores de riesgo y prevenir el desarrollo de complicaciones asociadas a esta patología (60).

2.2.2.1. Teorías relacionadas con las prácticas de salud

A. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem

Plantea que las personas tienen la capacidad y la responsabilidad de cuidar de sí mismas con el propósito de mantener la salud, prevenir enfermedades y recuperar el bienestar cuando este se ve afectado, es decir que, según este enfoque, el autocuidado comprende un conjunto de acciones deliberadas que el individuo realiza de manera consciente para conservar su vida, salud y desarrollo (65). En este sentido, el autocuidado se constituye como un elemento fundamental dentro de la práctica de enfermería, ya que orienta la intervención hacia el fortalecimiento de la autonomía del individuo en el cuidado de su salud (66).

Orem (65) establece que el autocuidado está condicionado por diversos factores, tales como la edad, el estado de salud, los conocimientos, las experiencias y el entorno sociocultural del individuo. Asimismo, introduce el concepto de déficit de autocuidado, el cual se presenta cuando la persona no tiene la capacidad suficiente para satisfacer sus propias necesidades de cuidado, requiriendo la intervención del profesional de enfermería, es decir

que, el rol de enfermería consiste en apoyar, educar y guiar al individuo para que logre desarrollar habilidades que le permitan asumir el control de su salud (66).

En relación con la hipertensión arterial, la teoría del autocuidado permite comprender la importancia de las prácticas preventivas como parte del cuidado continuo de la salud (1). Acciones como mantener una alimentación saludable, realizar actividad física, controlar la presión arterial y evitar hábitos nocivos forman parte de las conductas de autocuidado que contribuyen a la prevención y control de esta enfermedad (67). De esta manera, fortalecer el conocimiento en los familiares de pacientes geriátricos favorece el desarrollo de prácticas de autocuidado que impactan positivamente en la salud del paciente y en su entorno familiar (65).

B. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender

Se centra en la comprensión de los factores que influyen en la adopción de conductas saludables, destacando el rol activo del individuo en el cuidado de su bienestar, y plantea que las personas no solo buscan evitar la enfermedad, sino también alcanzar un estado óptimo de salud mediante la adopción de comportamientos positivos (64). En este sentido, la promoción de la salud se concibe como un proceso dinámico que involucra la interacción entre características individuales, experiencias previas y factores cognitivos que influyen en la conducta (68).

Pender (64) identifica diversos componentes que intervienen en la adopción de conductas promotoras de salud, entre los que destacan las percepciones individuales de los beneficios y barreras, la autoeficacia y las influencias interpersonales y situacionales. Estos factores determinan la probabilidad de que una persona adopte o mantenga prácticas saludables en su vida cotidiana, asimismo, el modelo enfatiza que el conocimiento y las

creencias sobre la salud desempeñan un papel fundamental en la toma de decisiones, ya que orientan el comportamiento hacia acciones que favorecen el bienestar (26).

En el contexto de la hipertensión arterial, el modelo de Pender permite comprender cómo las prácticas preventivas, como la alimentación saludable, la actividad física y el control periódico de la presión arterial, están influenciadas por factores cognitivos y motivacionales (68). Cuando los individuos perciben los beneficios de estas conductas y cuentan con información adecuada, es más probable que adopten hábitos saludables y mantengan conductas de autocuidado (26). De esta manera, el modelo de promoción de la salud resulta un marco teórico relevante para orientar intervenciones educativas dirigidas a familiares de pacientes geriátricos, favoreciendo la prevención y el control de la hipertensión arterial (64).

2.2.2.2. Prevención de la hipertensión arterial

Se basa en la adopción de medidas orientadas a reducir la exposición a factores de riesgo y promover estilos de vida saludables en la población (69). Puesto que esta enfermedad puede prevenirse en gran medida mediante intervenciones dirigidas a modificar conductas relacionadas con la alimentación, la actividad física y el control del peso corporal (70). En este sentido, la prevención constituye una estrategia fundamental para disminuir la incidencia de la hipertensión arterial y sus complicaciones asociadas (58).

Los estilos de vida saludables desempeñan un papel determinante en la prevención de la hipertensión arterial, ya que influyen directamente en el control de los niveles de presión arterial, y entre las principales recomendaciones se encuentran la reducción del consumo de sodio, el incremento de la ingesta de frutas y verduras, la práctica regular de actividad física y la limitación del consumo de alcohol (45). Estas acciones contribuyen a

mejorar la salud cardiovascular y a reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas (58).

Por otro lado, el control de los factores de riesgo implica la identificación oportuna de condiciones que pueden favorecer el desarrollo de la hipertensión arterial, así como la implementación de medidas para su manejo, tales como; el monitoreo periódico de la presión arterial, el control del peso y la adopción de hábitos saludables son estrategias clave para prevenir la enfermedad (39). En este contexto, las intervenciones educativas dirigidas a la población, especialmente a los familiares de pacientes, resultan esenciales para fortalecer las prácticas preventivas y promover el autocuidado en salud (69).

2.2.2.3. Dimensiones de las prácticas preventivas

A. Alimentación

Constituye uno de los principales componentes de las prácticas preventivas en la hipertensión arterial, debido a su influencia directa en los niveles de presión arterial (1). Una dieta equilibrada, caracterizada por el consumo adecuado de frutas, verduras, cereales integrales y alimentos bajos en grasa, contribuye significativamente al mantenimiento de la salud cardiovascular (45). En este sentido, la adopción de hábitos alimentarios saludables permite reducir el riesgo de desarrollar hipertensión arterial y otras enfermedades crónicas asociadas (1).

Asimismo, ha quedado demostrado que el consumo elevado de sodio se encuentra estrechamente relacionado con el incremento de la presión arterial, debido a su efecto en la retención de líquidos y el aumento del volumen sanguíneo (71) (72). Por el contrario, una alimentación rica en potasio, calcio y magnesio, nutrientes presentes en frutas y verduras, favorece la regulación de la presión arterial (45). Por ello, organismos internacionales

recomiendan reducir la ingesta de sal y promover dietas saludables como la dieta DASH, la cual ha demostrado ser efectiva en la prevención y control de la hipertensión arterial (73).

Asimismo, la educación en salud juega un papel fundamental en la adopción de prácticas alimentarias saludables, ya que permite a las personas comprender la importancia de una adecuada nutrición en la prevención de enfermedades (26). En el caso de los familiares de pacientes geriátricos, el conocimiento sobre alimentación saludable puede influir en la preparación de alimentos y en la promoción de hábitos adecuados dentro del entorno familiar (67). De esta manera, fortalecer las prácticas alimentarias contribuye no solo a la prevención de la hipertensión arterial, sino también al mantenimiento del bienestar general (1).

B. Actividad física

Constituye una de las prácticas preventivas más relevantes en el control y prevención de la hipertensión arterial, debido a sus efectos beneficiosos sobre el sistema cardiovascular (74). La realización regular de ejercicio contribuye a mejorar la circulación sanguínea, fortalecer el corazón y reducir los niveles de presión arterial, lo que disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (58).

Diversas investigaciones han demostrado que la práctica constante de actividad física aeróbica, como caminar, trotar o realizar ejercicios de intensidad moderada, favorece la disminución de la presión arterial tanto en personas sanas como en pacientes hipertensos (75). Asimismo, el ejercicio contribuye al control del peso corporal, mejora la sensibilidad a la insulina y reduce el estrés, factores que se encuentran asociados al desarrollo de la hipertensión arterial (58). Por ello, organismos internacionales recomiendan realizar al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana para obtener beneficios en la salud (74).

Por otro lado, el nivel de conocimiento sobre los beneficios de la actividad física influye en la adopción de esta práctica en la vida cotidiana (26). Cuando las personas comprenden la importancia del ejercicio en la prevención de enfermedades, es más probable que incorporen esta conducta dentro de sus hábitos diarios (36). En el caso de los familiares de pacientes geriátricos, promover la actividad física no solo favorece su propio bienestar, sino que también contribuye al cuidado integral del paciente, fortaleciendo así las prácticas preventivas en el entorno familiar (74).

C. Hábitos nocivos

Constituyen conductas que afectan negativamente la salud y se encuentran estrechamente relacionados con el desarrollo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (1). Entre los principales hábitos perjudiciales destacan el consumo de tabaco y alcohol, los cuales generan alteraciones en el sistema cardiovascular y favorecen el incremento de la presión arterial (76).

El tabaquismo ha sido ampliamente reconocido como un factor de riesgo que contribuye al endurecimiento de las arterias y al deterioro de la función vascular, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares (77). Por otro lado, el consumo excesivo de alcohol se asocia con un aumento sostenido de la presión arterial, especialmente cuando su ingesta supera los niveles recomendados (76). Estas conductas no solo elevan el riesgo de enfermedad, sino que también dificultan el control de la presión arterial en personas diagnosticadas (77).

Asimismo, el nivel de conocimiento sobre los efectos negativos de estos hábitos influye en la decisión de las personas para modificarlos o evitarlos, ya que cuando los individuos comprenden las consecuencias del consumo de tabaco y alcohol, es más probable que adopten conductas orientadas a su reducción o eliminación (26). En el caso de los

familiares de pacientes geriátricos, promover estilos de vida libres de hábitos nocivos contribuye no solo a la prevención de la hipertensión arterial, sino también al fortalecimiento del entorno saludable del paciente (1).

D. Control de la presión arterial

Constituye una práctica preventiva fundamental en la reducción del riesgo de hipertensión arterial y sus complicaciones (1). Este proceso implica la medición periódica de la presión arterial con el fin de identificar variaciones y detectar de manera oportuna posibles alteraciones en los valores normales (78).

Asimismo, se ha evidenciado que el control regular de la presión arterial contribuye significativamente a la disminución de eventos cardiovasculares, especialmente cuando se realiza de manera sistemática y bajo supervisión del personal de salud (58). Asimismo, la automedición de la presión arterial en el hogar se ha consolidado como una estrategia efectiva para mejorar el seguimiento de la enfermedad y favorecer la adherencia a las recomendaciones médicas (78).

Por otro lado, el conocimiento sobre la importancia del control de la presión arterial influye en la adopción de esta práctica en la vida cotidiana, puesto que, cuando las personas comprenden la necesidad de realizar controles periódicos, es más probable que acudan a establecimientos de salud o utilicen dispositivos de medición en el hogar (79). En el caso de los familiares de pacientes geriátricos, el control de la presión arterial adquiere mayor relevancia, ya que permite brindar un adecuado seguimiento al paciente y contribuir a la prevención de complicaciones derivadas de la hipertensión arterial (1).

E. Tensión y estrés

Constituye un factor psicosocial que influye de manera significativa en la salud cardiovascular, siendo considerado un elemento que puede contribuir al incremento de la presión arterial (80). Cuando una persona se encuentra expuesta a situaciones de estrés de forma prolongada, se activa el sistema nervioso simpático, generando la liberación de hormonas como la adrenalina y el cortisol, lo que provoca un aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial (81).

Cabe indicar que, el estrés crónico se asocia con un mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares, asimismo, las personas que no cuentan con estrategias adecuadas para manejar el estrés tienden a adoptar conductas poco saludables, como el consumo de alimentos no equilibrados, el sedentarismo o el uso de sustancias nocivas, lo que agrava el riesgo de enfermedad (82). Por ello, la incorporación de técnicas de manejo del estrés, como la relajación, la actividad física y el apoyo social, contribuye a mejorar la salud y a reducir los niveles de presión arterial (81).

Por otro lado, el conocimiento sobre los efectos del estrés en la salud influye en la adopción de conductas orientadas a su control, ya que, cuando las personas comprenden la relación entre el estrés y la hipertensión arterial, es más probable que implementen estrategias para manejarlo adecuadamente (26). En el caso de los familiares de pacientes geriátricos, el control del estrés no solo favorece su propio bienestar, sino que también permite brindar un entorno emocional más estable al paciente, contribuyendo así a la prevención y control de la enfermedad (80).

2.3. Formulación de hipótesis

El presente estudio es de tipo descriptivo, por lo que no se plantean hipótesis, debido a que no se busca establecer relaciones entre variables, sino describir los niveles de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas preventivas en la población de estudio.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El presente estudio se sustentó en el método científico, el cual permitió desarrollar el proceso investigativo de manera sistemática y objetiva, mediante la recolección y análisis de datos para la generación de conocimiento, asimismo, se adoptó un nivel descriptivo, orientado a caracterizar los niveles de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas preventivas en la población de estudio, sin establecer relaciones entre variables. Según Hernández et al. (83) el método científico en investigaciones cuantitativas sigue una secuencia lógica de recolección, análisis e interpretación de datos, mientras que el nivel descriptivo se centra en especificar las características de un fenómeno.

3.2. Enfoque de la investigación

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, orientado a la recolección y análisis de datos numéricos para describir las variables en la población de estudio. Según Bernal (84) este enfoque permite analizar fenómenos de manera objetiva mediante el uso de técnicas estadísticas.

3.3. Tipo de investigación

El estudio fue de tipo básica, ya que estuvo orientado a generar conocimiento teórico sobre los niveles de conocimiento respecto a la hipertensión arterial y las prácticas preventivas en la población de estudio, sin buscar la aplicación inmediata de los resultados. Según Tamayo y Tamayo (85), la investigación básica tiene como finalidad ampliar el conocimiento teórico sobre un fenómeno determinado.

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue no experimental, de corte transversal y descriptivo. No experimental, ya que no se manipuló ninguna de las variables de estudio, sino que estas fueron observadas en su contexto natural, asimismo, fue de corte transversal, debido a que la recolección de datos se realizó en un único momento en el tiempo y el nivel de la investigación fue descriptivo, puesto que se orientó a describir los niveles de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas preventivas en la población de estudio, es así que según Hernández et al. (83), los diseños no experimentales se caracterizan por observar los fenómenos tal como ocurren en la realidad sin intervención del investigador.

Figura 1. *Esquema del diseño*

RG → O1

Dónde:

RG = Grupo (familiares)

O1 = Observación (encuesta)

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población estuvo conformada por 140 familiares de pacientes geriátricos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa durante el año 2025, quienes constituyeron el universo de estudio por presentar las características necesarias para el desarrollo de la investigación. Según Arias (86), la población es el conjunto total de elementos o individuos que poseen características comunes y sobre los cuales se pretende obtener información para el estudio.

3.5.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 103 familiares de pacientes geriátricos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa durante el año 2025, para su determinación se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5%. Según Arias, la muestra es un subconjunto representativo de la población seleccionado para obtener la información necesaria del estudio (86).

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(140)}{(140)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(140)}{(140)(0.0025) + (3.8416)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{134.456}{0.35 + 0.9604}$$

$$n = \frac{134.456}{1.3104}$$

$$n = 102.60$$

Dónde:

n es el tamaño de la muestra.

Z es el nivel de confianza (95%, es decir 1.96)

p es la variabilidad positiva; (0.5)

q es la variabilidad negativa; (0.5)

N es el tamaño de la población.

E^2 es la precisión o el error permisible; (0.05^2)

3.5.3. Muestreo

El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia, ya que los participantes fueron seleccionados de acuerdo con criterios de inclusión y exclusión previamente

establecidos, considerando la accesibilidad y disponibilidad de los familiares de pacientes geriátricos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa durante el periodo de estudio. Este tipo de muestreo permite seleccionar a los sujetos que cumplen con las características requeridas para la investigación y según Otzen y Manterola, el muestreo por conveniencia se basa en la selección de los individuos más accesibles para el investigador (87).

3.5.3.1.Criterios de inclusión

- Familiares de pacientes geriátricos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa durante el año 2025.
- Personas mayores de 18 años.
- Familiares que mantengan contacto directo o participación en el cuidado del paciente adulto mayor.
- Participantes que aceptaron voluntariamente formar parte del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

3.5.3.2.Criterios de exclusión

- Familiares que no se encontraron disponibles al momento de la recolección de datos.
- Personas que presentaron dificultades para comprender o responder el cuestionario.
- Participantes que no completaron adecuadamente el instrumento de recolección de datos.

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
V1: Conocimiento sobre hipertensión arterial	Es un proceso cognitivo mediante el cual el individuo adquiere y organiza información a partir del aprendizaje y la experiencia; aplicado a la salud, comprende la información sobre la hipertensión arterial, sus factores de riesgo, tratamiento y control (24).	Se medirá mediante un cuestionario estructurado de 20 ítems con respuestas dicotómicas (correcto/incorrecto), distribuido en cuatro dimensiones.	Generalidades	Concepto, Valores normales Duración, Prevención	Ordinal	Stanones Nivel alto (>17 ptos) Nivel medio (13-17) Nivel bajo (<13 ptos)
			Factores de riesgo	Sedentarismo, Diabetes y colesterol Sobrepeso, Antecedentes familiares		
			Cumplimiento del tratamiento	Adherencia al tratamiento Automedicación, Cumplimiento de horarios, Apoyo familiar		
			Control de la HTA	Control periódico Reconocimiento de síntomas Eliminación de hábitos nocivos Seguimiento del tratamiento		
V2: Prácticas de prevención de hipertensión arterial	Son conductas de salud adoptadas por el individuo orientadas a mantener el bienestar y prevenir enfermedades mediante estilos de vida saludables (64).	Se medirá mediante un cuestionario estructurado de 20 ítems con escala tipo Likert, distribuidos en cinco dimensiones.	Alimentación	Consumo de sodio, Consumo de frutas y verduras, Consumo de grasas, Consumo de café	Ordinal	Stanones Adecuado (>47 ptos) Medianamente adecuado (41-46) Inadecuado (<40)
			Actividad física	Ejercicio físico regular, Control del peso, Práctica deportiva		
			Hábitos nocivos	Consumo de alcohol, Consumo de tabaco, Consumo de bebidas azucaradas		
			Control	Control de la presión arterial Cumplimiento del tratamiento Asistencia a controles médicos		
			Tensión y estrés	Manejo del estrés, Estado emocional, Actividades recreativas		

3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica utilizada en la investigación fue la encuesta, la cual permitió recolectar información de manera directa a través de los participantes sobre las variables de estudio. Según Hernández et al. (83) la encuesta es una técnica de recolección de datos que se aplica mediante cuestionarios estructurados con el fin de obtener información de una población determinada.

3.7.2. Descripción de instrumentos

El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado elaborado y validado por León (11) conformado por dos secciones: la primera orientada a medir el conocimiento sobre hipertensión arterial y la segunda a evaluar las prácticas de prevención, el cuestionario de conocimiento estuvo constituido por 20 ítems con respuestas dicotómicas (correcto/incorrecto), distribuidos en cuatro dimensiones: generalidades, factores de riesgo, cumplimiento del tratamiento y control de la hipertensión arterial. Por su parte, el cuestionario de prácticas preventivas estuvo conformado por 20 ítems con escala tipo Likert, distribuidos en cinco dimensiones: alimentación, actividad física, hábitos nocivos, control y tensión-estrés, y ambos instrumentos permitieron evaluar los niveles de las variables de estudio en la población investigada.

Para la valoración del conocimiento sobre hipertensión arterial se empleó la escala de Stanones propuesta por León (11) considerando un puntaje total de 0 a 20 puntos, clasificándose en nivel alto (mayor a 17 puntos), nivel medio (de 13 a 17 puntos) y nivel bajo (menor de 13 puntos). Asimismo, la evaluación por dimensiones se realizó de la siguiente manera: en la dimensión generalidades, factores de riesgo y cumplimiento del

tratamiento, se consideró nivel alto (más de 4 puntos), nivel medio (de 3 a 4 puntos) y nivel bajo (menor de 3 puntos); mientras que en la dimensión control de la hipertensión arterial, el nivel alto correspondió a más de 4 puntos, nivel medio de 2 a 4 puntos y nivel bajo menor de 2 puntos.

Para la valoración de las prácticas de prevención de la hipertensión arterial se empleó la escala de Stanones, considerando un puntaje total de 20 a 60 puntos, clasificándose en nivel adecuado (mayor a 47 puntos), medianamente adecuado (de 41 a 47 puntos) e inadecuado (menor de 41 puntos). Asimismo, la evaluación por dimensiones se realizó de la siguiente manera: en las dimensiones alimentación, hábitos nocivos, control y tensión-estrés, se consideró nivel adecuado (más de 10 puntos), medianamente adecuado (de 8 a 10 puntos) e inadecuado (menor de 8 puntos); mientras que en la dimensión actividad física, el nivel adecuado correspondió a más de 10 puntos, medianamente adecuado de 6 a 10 puntos e inadecuado menor de 6 puntos.

Asimismo, los ítems fueron clasificados en positivos y negativos según la naturaleza de la conducta evaluada, en los ítems positivos, relacionados con prácticas saludables, se asignaron puntajes de 3 a la respuesta “Siempre”, 2 a “A veces” y 1 a “Nunca” y en los ítems negativos, asociados a conductas de riesgo, se aplicó una recodificación inversa, asignando 1 a “Siempre”, 2 a “A veces” y 3 a “Nunca”, con el propósito de mantener la direccionalidad de la escala, de modo que un mayor puntaje refleje mejores prácticas preventivas.

3.7.3. Validación

La validez del instrumento fue determinada por León (11) mediante juicio de expertos, siendo evaluado por cinco profesionales con experiencia en el área de salud, quienes analizaron la claridad, coherencia y pertinencia de los ítems en relación con las variables de estudio, para ello, se empleó el coeficiente V de Aiken, obteniéndose un valor

superior al mínimo aceptable (93.7%), lo que evidenció una adecuada validez de contenido del instrumento. Según Ecurra (88) el coeficiente V de Aiken permite cuantificar el grado de acuerdo entre jueces respecto a la relevancia de los ítems, garantizando la validez del instrumento.

3.7.4. Confiabilidad

León (11) determinó la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach, a partir de una prueba piloto aplicada a cinco participantes con características similares a la población de estudio, obteniéndose un valor de 0.67, que indicó un nivel de consistencia interna aceptable, es así que este resultado evidencia que el instrumento presenta estabilidad y precisión en la medición de las variables. Según Cronbach (89) el coeficiente alfa permite estimar la consistencia interna de un instrumento, evaluando el grado en que los ítems están relacionados entre sí.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos se realizó mediante la codificación, digitación y tabulación de la información obtenida a través de los cuestionarios aplicados, utilizando el programa Microsoft Excel y el software estadístico SPSS versión 25, asimismo, para el análisis de los datos se empleó la estadística descriptiva, a través de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), lo que permitió organizar, resumir e interpretar la información de las variables conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de prevención. Los resultados fueron presentados mediante tablas y gráficos para facilitar su comprensión. Según Hernández et al. (83) la estadística descriptiva permite describir y analizar las características de una población a partir de la organización y resumen de los datos recolectados.

3.9.Aspectos éticos

La investigación se desarrolló respetando los principios éticos fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, garantizando la protección de los derechos de los participantes, para ello, se solicitó el consentimiento informado a los familiares de pacientes geriátricos, asegurando su participación voluntaria, confidencialidad de la información y anonimato en el manejo de los datos, asimismo, se contó con la autorización de la institución donde se llevó a cabo el estudio, cumpliendo con las normas éticas establecidas en la Declaración de Helsinki y el reglamento de ética de la universidad.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Características de la muestra

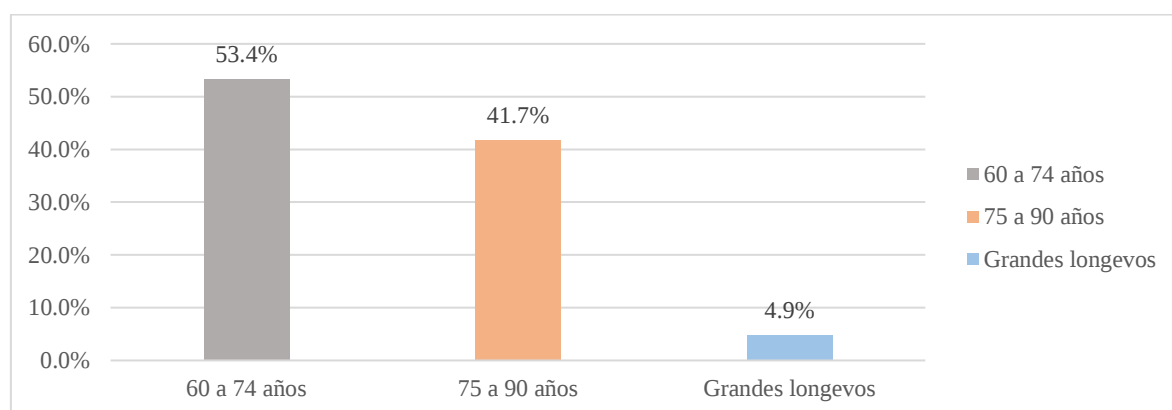
Tabla 2

Edad del adulto mayor

Ítems	f	%
60 a 74 años	55	53.4
75 a 90 años	43	41.7
Grandes longevos	5	4.9

Figura 2

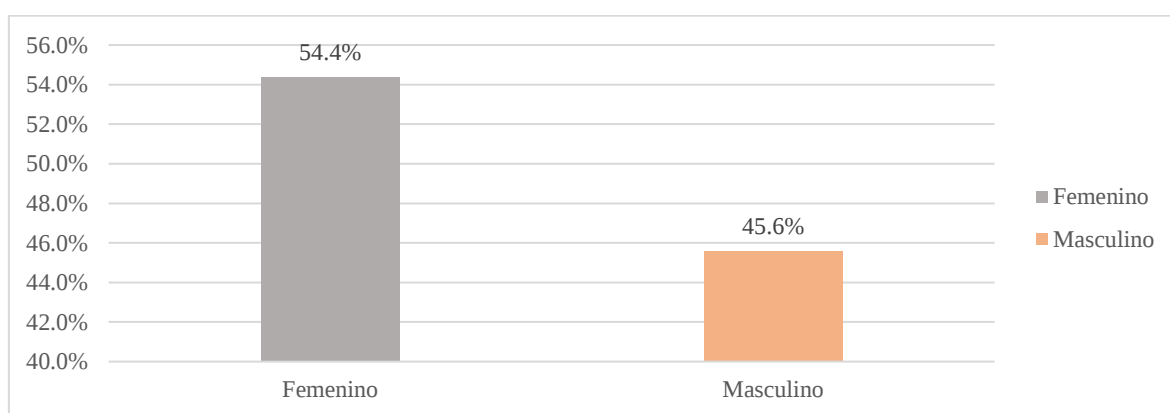
Edad del adulto mayor



En la Tabla y Figura 2 se observa que los familiares de los pacientes geriátricos tienen a su cargo principalmente adultos mayores entre 60 y 74 años, representando el 53.4%, seguido del grupo de 75 a 90 años con 41.7% y un 4.9% de grandes longevos. Estos resultados indican que la población de estudio está conformada mayoritariamente por adultos mayores en etapas iniciales de la vejez.

Tabla 3*Sexo del adulto mayor*

Ítems	f	%
Femenino	56	54.4
Masculino	47	45.6

Figura 3*Sexo del adulto mayor*

En la Tabla y Figura 3 se observa que los familiares de los pacientes geriátricos tienen a su cargo en mayor proporción adultos mayores de sexo femenino, representando el 54.4%, mientras que el 45.6% corresponde al sexo masculino. Estos resultados indican que predomina el cuidado de adultos mayores del sexo femenino en la población estudiada.

4.1.2. Resultados descriptivos según objetivos

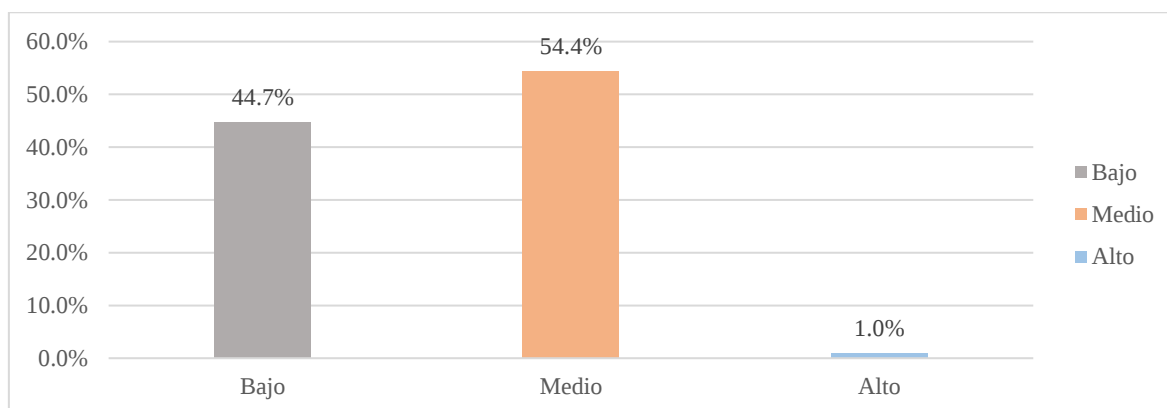
Tabla 4

Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en familiares de pacientes geriátricos

Niveles	fr	%
Bajo	46	44.7
Medio	56	54.4
Alto	1	1.0
Total	103	100

Figura 4

Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en familiares de pacientes geriátricos



En la Tabla y Figura 4 se observa que el 54.4% de los familiares de pacientes geriátricos presenta un nivel medio de conocimiento sobre hipertensión arterial, seguido del 44.7% con nivel bajo y solo el 1.0% con nivel alto. Estos resultados indican que, si bien predomina un nivel intermedio de conocimiento en la población estudiada, existe un porcentaje considerable de familiares con bajo conocimiento, lo que podría limitar la adecuada comprensión y manejo de esta enfermedad.

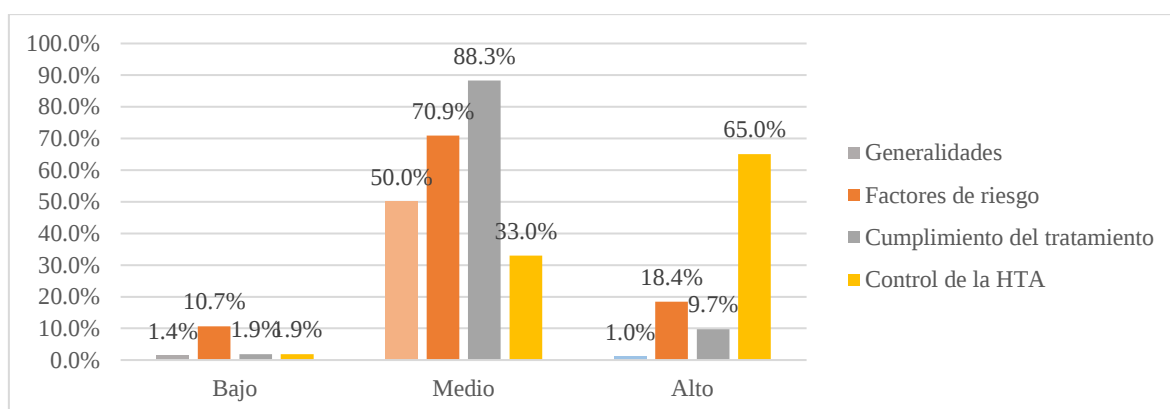
Tabla 5

Niveles de conocimiento sobre hipertensión arterial según sus dimensiones en familiares de pacientes geriátricos

Niveles	Generalidades		Factores de riesgo		Cumplimiento del tratamiento		Control de la HTA	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Bajo	6	5.8	11	10.7	2	1.9	2	1.9
Medio	51	49.5	73	70.9	91	88.3	34	33.0
Alto	46	44.7	19	18.4	10	9.7	67	65.0
Total	103	100	103	100	103	100	103	100

Figura 5

Niveles de conocimiento sobre hipertensión arterial según sus dimensiones en familiares de pacientes geriátricos



En la Tabla 5 se observa que, en la dimensión generalidades, el 49.5% de los familiares presenta un nivel medio de conocimiento, en la dimensión factores de riesgo, predomina el nivel medio con 70.9%, en cuanto al cumplimiento del tratamiento, el 88.3% presenta un nivel medio, evidenciando escaso dominio en esta dimensión, por otro lado, en la dimensión control de la hipertensión arterial, el 65.0% alcanza un nivel alto, siendo la dimensión con mejor desempeño. En conjunto, estos resultados muestran que el conocimiento de los familiares es predominantemente intermedio en la mayoría de dimensiones, con fortalezas en el control de la enfermedad y limitaciones en el cumplimiento del tratamiento.

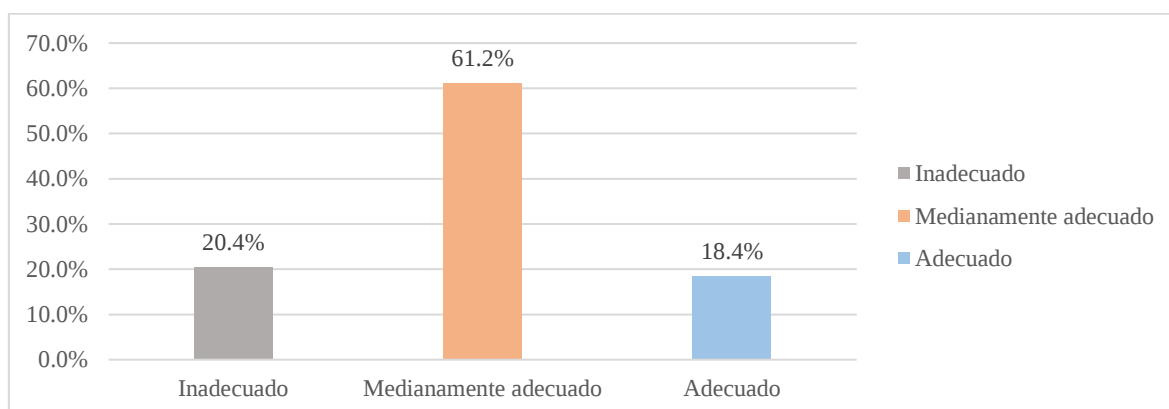
Tabla 6

Nivel de prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en familiares de pacientes geriátricos

Niveles	fr	%
Inadecuado	21	20.4
Medianamente adecuado	63	61.2
Adecuado	19	18.4
Total	103	100

Figura 6

Nivel de prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en familiares de pacientes geriátricos



En la Tabla y Figura 6 se observa que el 61.2% de los familiares de pacientes geriátricos presenta un nivel medianamente adecuado de prácticas preventivas sobre hipertensión arterial, seguido del 20.4% con nivel inadecuado y el 18.4% con nivel adecuado. Estos resultados indican que, si bien predomina un nivel intermedio de prácticas preventivas en la población estudiada, aún existe un porcentaje importante de familiares que no realiza adecuadamente conductas orientadas a la prevención de la hipertensión arterial.

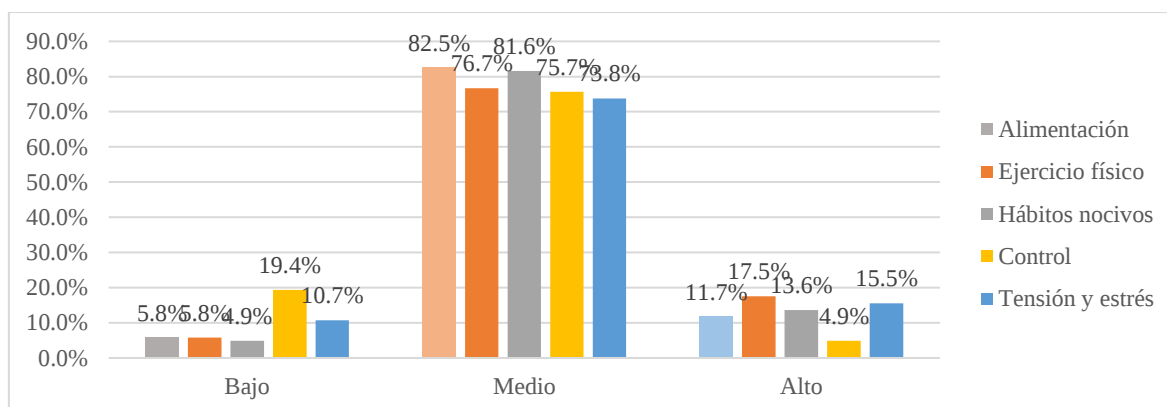
Tabla 7

Niveles de prácticas preventivas sobre hipertensión arterial según sus dimensiones en familiares de pacientes geriátricos

Niveles	Alimentación		Ejercicio físico		Hábitos nocivos		Control		Tensión y estrés	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Inadecuado	6	5.8	6	5.8	5	4.9	20	19.4	11	10.7
Medianamente adecuado	85	82.5	79	76.7	84	81.6	78	75.7	76	73.8
Adecuado	12	11.7	18	17.5	14	13.6	5	4.9	16	15.5
Total	103	100	103	100	103	100	103	100	103	100

Figura 7

Niveles de prácticas preventivas sobre hipertensión arterial según sus dimensiones en familiares de pacientes geriátricos



En la Tabla y Figura 7 se observa que, en la dimensión alimentación, el 82.5% de los familiares presenta un nivel medianamente adecuado, en la dimensión ejercicio físico, predomina el nivel medianamente adecuado con 76.7%, en cuanto a los hábitos nocivos, el 81.6% presenta un nivel medianamente adecuado, asimismo, en la dimensión control, el 75.7% se ubica en el nivel medianamente adecuado, finalmente, en la dimensión tensión y estrés, el 73.8% presenta un nivel medianamente adecuado. En conjunto, estos resultados evidencian que las prácticas preventivas de los familiares se sitúan predominantemente en un nivel intermedio en todas sus dimensiones, con menores niveles de desempeño en el control de la enfermedad.

4.2. Discusión de resultados

En relación con el objetivo general, los resultados evidenciaron que los familiares de pacientes geriátricos presentan predominantemente un nivel medio de conocimiento sobre hipertensión arterial y un nivel medianamente adecuado en las prácticas preventivas, lo que refleja que, aunque existe una base informativa aceptable, esta no se traduce completamente en conductas preventivas óptimas.

Desde un enfoque interpretativo, esta situación pone en evidencia una brecha entre el conocimiento y la acción, fenómeno ampliamente descrito en el ámbito de la salud, es decir, el hecho de conocer la enfermedad no garantiza necesariamente la adopción de comportamientos saludables, lo cual podría estar influenciado por factores culturales, sociales y educativos.

En cuanto al nivel de conocimiento, se evidenció un predominio del nivel medio, acompañado de una proporción considerable de participantes con nivel bajo, lo que refleja que el conocimiento existente no es suficiente ni homogéneo en la población estudiada, además, este patrón sugiere que los familiares poseen información general sobre la hipertensión arterial, pero presentan vacíos en aspectos clave para su comprensión integral y manejo adecuado, este hallazgo coincide con lo reportado por Montes et al. (15) quienes identificaron un nivel regular de conocimiento en adultos de comunidades rurales, lo cual permite inferir que, independientemente del contexto geográfico, persisten limitaciones en la apropiación del conocimiento sobre esta enfermedad, evidenciando la necesidad de fortalecer estrategias educativas orientadas a mejorar su comprensión y aplicación práctica.

Asimismo, los resultados guardan relación con Farro (20) quien reportó un predominio del nivel medio de conocimiento en mujeres adultas con hipertensión, estas

coincidencias permiten afirmar que el conocimiento sobre esta enfermedad se mantiene en niveles intermedios en diversas realidades, sin alcanzar niveles óptimos.

Por otro lado, los hallazgos también se aproximan a lo señalado por Olguín et al. (16) quienes evidenciaron un predominio de conocimiento bajo sobre el tratamiento hipertensivo, lo que sugiere que existen debilidades específicas en el entendimiento del manejo terapéutico de la enfermedad.

En relación con las dimensiones del conocimiento, se identificó que el mayor dominio se presenta en el control de la hipertensión arterial, mientras que el cumplimiento del tratamiento mostró mayores limitaciones, este resultado evidencia que los familiares comprenden la importancia del control, pero presentan dificultades en la adherencia a las indicaciones médicas.

Este comportamiento coincide con lo reportado por Recalde et al. (14) quienes evidenciaron bajos niveles de adherencia terapéutica, en este sentido, se puede inferir que el conocimiento relacionado con el tratamiento requiere ser reforzado mediante estrategias educativas más específicas.

En cuanto a las prácticas preventivas, se encontró que predomina el nivel medianamente adecuado, lo cual indica que los familiares realizan algunas acciones preventivas, pero no de manera constante, lo que resultado refleja una adopción parcial de conductas saludables.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Cedillo y Ramírez (17) quienes evidenciaron prácticas poco adecuadas en adultos mayores, así como con Maza y Majuan (18) donde se identificaron niveles regulares de prácticas preventivas, esta convergencia de resultados permite interpretar que, a pesar de la presencia de conocimientos básicos sobre la

hipertensión arterial, estos no se traducen de manera efectiva en conductas preventivas sostenidas, en ese sentido, se evidencia una brecha entre el conocimiento y su aplicación práctica, la cual podría estar influenciada por factores como hábitos arraigados, baja percepción de riesgo o limitaciones en el acceso a información continua y orientación en salud.

Sin embargo, también se identifican discrepancias con lo reportado por Cárdenas y Mendoza (21) quienes encontraron niveles predominantemente inadecuados tanto en conocimiento como en prácticas, esta diferencia podría estar relacionada con factores contextuales como el nivel educativo o el acceso a servicios de salud.

En relación con las dimensiones de las prácticas preventivas, se evidenció que todas se ubican en un nivel medianamente adecuado, destacando debilidades en la dimensión control, esto indica que, aunque los familiares realizan acciones preventivas, estas no son sostenidas ni suficientes.

Este resultado permite interpretar que las prácticas relacionadas con el control de la enfermedad, como la asistencia a controles médicos o el seguimiento del tratamiento, requieren mayor fortalecimiento en la población estudiada.

A nivel internacional, los resultados son consistentes con Maluwa et al. (12) quienes identificaron conocimientos limitados y prácticas insuficientes en cuidadores, esto demuestra que la problemática no es exclusiva del contexto local, sino que se presenta en diferentes regiones.

De igual manera, Espeche et al. (13) evidenciaron bajos niveles de conocimiento y control en poblaciones vulnerables, lo que refuerza la necesidad de implementar estrategias de intervención dirigidas a mejorar la educación en salud.

Desde una perspectiva aplicada, los resultados del presente estudio resaltan la importancia de diseñar programas educativos dirigidos a familiares de pacientes geriátricos, con énfasis en el fortalecimiento del conocimiento sobre tratamiento y la promoción de prácticas preventivas sostenidas.

Finalmente, es importante señalar que el estudio presenta limitaciones, como el diseño descriptivo que no permite establecer relaciones causales y el uso de un instrumento autoadministrado que podría generar sesgos, no obstante, los resultados constituyen un aporte relevante para el ámbito de la salud, al evidenciar la necesidad de fortalecer la educación sanitaria en el entorno familiar para mejorar el control de la hipertensión arterial.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primera. Se describe que los familiares de pacientes geriátricos presentan predominantemente un nivel medio de conocimiento sobre hipertensión arterial (54.4%) y un nivel medianamente adecuado de prácticas preventivas (61.2%), lo que evidencia que, si bien existe una base informativa aceptable, esta no se traduce completamente en conductas preventivas óptimas.

Segunda. Se determina que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en los familiares de pacientes geriátricos es principalmente medio (54.4%) lo que refleja limitaciones en la comprensión integral de la enfermedad.

Tercera. Se describe que, según sus dimensiones, el conocimiento sobre hipertensión arterial es predominantemente medio en generalidades (49.5%), factores de riesgo (70.9%) y cumplimiento del tratamiento (88.3%), mientras que en la dimensión control de la hipertensión arterial predomina el nivel alto (65.0%), evidenciando fortalezas en el control y debilidades en el seguimiento terapéutico.

Cuarta. Se precisa que el nivel de prácticas preventivas sobre hipertensión arterial es principalmente medianamente adecuado (61.2%), lo que indica que las conductas preventivas no se realizan de manera constante ni suficiente.

Quinta. Se describe que, según sus dimensiones, las prácticas preventivas presentan un nivel medianamente adecuado en alimentación (82.5%), ejercicio físico (76.7%), hábitos nocivos (81.6%), control (75.7%) y tensión y estrés (73.8%), evidenciando que, aunque existen conductas preventivas, estas no son sostenidas ni completamente adecuadas, especialmente en la dimensión control.

5.2. Recomendaciones

Primera. Se recomienda a las autoridades del Hospital Militar de Arequipa fortalecer programas de educación en salud dirigidos a familiares de pacientes geriátricos, con énfasis en el conocimiento integral de la hipertensión arterial.

Segunda. Se sugiere implementar estrategias educativas orientadas a mejorar la comprensión del tratamiento y la adherencia terapéutica, considerando que esta dimensión presentó mayores debilidades.

Tercera. Se recomienda promover intervenciones que fomenten la adopción de prácticas preventivas sostenidas, especialmente en lo relacionado al control de la hipertensión arterial.

Cuarta. Se sugiere desarrollar campañas de promoción de estilos de vida saludables que incluyan alimentación balanceada, actividad física regular y reducción de hábitos nocivos.

Quinta. Se recomienda a futuras investigaciones profundizar en factores asociados que influyen en la relación entre conocimiento y prácticas preventivas, a fin de diseñar intervenciones más efectivas.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión arterial. [Online].; 2023. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. CENETEC. Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. [Online].; 2021. Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-076-21/ER.pdf>.
3. Hernández A, Carrillo B, Azurin V, Turpo E, Azañedo D. Análisis espacial de la hipertensión arterial en adultos peruanos, 2022. Archivos Peruanos de Cardiología Cardiovascular. 2023; 4(2): p. 48-54.
4. Piña M, Araujo G, Castillo C. Hipertensión arterial un problema de salud pública en México. Instituto Nacional de Salud Pública. 2020; 4(2).
5. Romero M, Avendaño J, Vargas R, Runzer FM. Diferencias según sexo en los factores asociados a hipertensión arterial en el Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. Anales de la Facultad de Medicina. 2020; 81(1): p. 33-39.
6. Torres RF, Quinteros MS, Pérez MR, Molina EP, Ávila FM, Molina SC, Torres AE, Ávila PA. Factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial y el riesgo cardiovascular. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2021; 16(4): p. 321-328.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. [Online]. Lima: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú; 2023. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1951/libro.pdf.
8. Gerencia Regional de Salud de Arequipa. Análisis de Salud Arequipa. [Online]. Arequipa; 2022. Available from: <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/Asis2022/ASIS%202022.pdf>.

9. Arocha JI. La OMS Detalla los Devastadores Efectos de la Hipertensión Arterial en un Primer Informe. [Online].; 2023. Available from: <https://medecs.com.ar/2023/09/29/la-oms-detalla-los-devastadores-efectos-de-la-hipertension-arterial-en-un-primer-informe/>.
10. Lujan C, Gómez GL. Vigilancia de la situación del sobrepeso, obesidad y sus determinantes en el marco del observatorio de nutrición y estudio del sobrepeso y obesidad - 2023 – Informe Técnico. [Online].; 2023. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5800474/5146110-informe-tecnico-situacion-del-sobrepeso-y-obesidad-en-marco-observatorio-2023.pdf>.
11. León, J. Conocimiento y prácticas de prevención de la hipertensión arterial en estudiantes de enfermería, Universidad Nacional Federico Villareal, 2021. Tesis de licenciatura. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal, Facultad de Medicina; 2023.
12. Maluwa C, Kapira S, Chuljern H, Parklak W, Kulpratchakarn K. Determinants of hypertension-related knowledge, attitude, and practices (KAP) among caregivers in Neno, rural Malawi: A cross-sectional study. *Heliyon*. 2025; 11(1): p. 1-12.
13. Espeche WG, Marin M, Renna N, Vissani S, Blanco G, Pantalena SP, Cesario D, Diez E, Grasso C, Garzón E, Barochiner J, Ruise M, Minetto J, Mazzei N, Ramirez E, Rojas M, Carrera P, Gimenez MS, Rivarola M, Salazar MR. Estudio de prevalencia, conocimiento y control de la hipertensión arterial en barrios vulnerables de Argentina. *Prevalencia, conocimiento y control de la hipertensión arterial en barrios vulnerables de Argentina: un estudio transversal*. *Hipertension y Riesgo Vascular*. 2024; 41(2): p. 78-86.
14. Recalde L, Argüello V, Báez PE, Benítez CD, Cubelli MJ, Jara NM, Martínez AR, Miño NG, Rojas GM, Sánchez PS, Vallejos NM, Brítez LE. Adherencia al tratamiento y nivel

- de conocimiento en adultos con hipertensión arterial, Asunción 2022. Revista Virtual Sociedad Paraguay de Medicina Interna. 2023; 10(1): p. 11-19.
15. Montes A, Leal E, Sillas DE, Benítez V, Ruiz M, Magaña L, Vidalez JE, Carvajal K. Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial (HTA) de adultos de una comunidad rural de Nayarit. South Florida Journal of Development. 2022; 3(2): p. 2024-2035.
 16. Olguin Y, Maldonado G, & Trejo C. Nivel de conocimientos del tratamiento hipertensivo del adulto mayor con hipertensión de un centro de salud del estado de Hidalgo, México. Boletín Científico INVESTIGIUM de la Escuela Superior de Tizayuca. 2022; 8(1): p. 64-66.
 17. Cedillo FN, Ramírez EY. Conocimiento y prácticas sobre la prevención de hipertensión arterial en adultos mayores que asisten al C.S. Pampa Grande, Tumbes 2024. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de Tumbes, Facultad de Ciencias de la Salud; 2024.
 18. Maza E, Majuan DR. Nivel de conocimientos y prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en pacientes que acuden a un establecimiento de salud público, Lima-2024. Tesis de Licenciatura. Universidad María Auxiliadora, Facultad de Ciencias de la Salud; 2024.
 19. Villegas TL, Cajahuanca D, Huaman P, Tacunan M Tinoco V, Surichaqui AE. Conocimientos sobre prevención de hipertensión arterial en adultos mayores centro poblado Florida Perene – Chanchamayo 2023. Visionarios en ciencia y tecnología. 2023;(8): p. 123-131.
 20. Farro ZA. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en mujeres que acuden al Centro de Salud José Olaya. Tesis de Licenciatura. Universidad Señor de Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud; 2023.
 21. Cárdenas GY, Mendoza JA. Conocimiento y prácticas de prevención de hipertensión arterial en comerciantes del mercado central de Huanta 2021. Tesis de Licenciatura.

Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Facultad de Ciencias de la Salud; 2023.

22. Hessen J. Teoría del conocimiento Madrid: Espasa-Calpe; 2001.
23. Cherukunnath D, Singh AP. Exploring cognitive processes of knowledge acquisition to upgrade academic practices. *Front Psychol.* 2022; 13(1): p. 1-7.
24. Piaget J. La psicología de la inteligencia Barcelona: Crítica; 2007.
25. Yıldız T. From constructivism to cultural cognition: A comparative analysis of Piaget, Vygotsky, and Tomasello's theories of cognitive development. *Humanitas.* 2025; 13(25): p. 411-429.
26. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies. *Health Promot Int.* 2000; 15(3): p. 259-267.
27. Altman R, Núñez J, Villablanca A. Community-based cardiovascular disease prevention to reduce cardiometabolic risk in Latina women: A pilot program. *Journal of Women's Health.* 2014; 23(4): p. 350-357.
28. Rahman AA, Hairon SM, Hamat RA, Jamaluddin MT, Shafei MN, Idris N, Osman M, Sukeri S, Wahab ZA, Mohammad MZW, Idris Z, Daud A. Leptospirosis Health Intervention Module Effect on Knowledge, Attitude, Belief, and Practice among Wet Market Workers in Northeastern Malaysia: An Intervention Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2018; 15(7): p. 1-12.
29. Ghughey SL, Setia M, Deshmukh J. The effects of health education intervention on promoting knowledge, beliefs and preventive behaviors on brucellosis. *Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2022; 11(8): p. 4635-4643.

30. Li X. Constructivism Foreign Language Listening Teaching. International Conference on Education, Management and Social Science. 2013; 1(1): p. 130-132.
31. Mugambi M. Linking constructivism theory to classroom practice. International Journal of Humanities Social Sciences and Education. 2018; 5(9): p. 96-104.
32. Hirani S, Newman S. Patients' beliefs about their cardiovascular disease. Heart. 2005; 91(1): p. 1235-1239.
33. Li H, Zhang J, Wang L, Yang T, Yang Y. A health promoting-lifestyle prediction model for dementia prevention based on the health belief model. BMC Public Health. 2022; 22(1): p. 1-10.
34. Organización Mundial de la Salud. Health promotion glossary. [Online].; 1998.
Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>.
35. Gitirana JVA, Fonseca R, Piloneto FM, Bevilaqua LFG, de Assis I, Cardoso R. Health education for disease prevention: A review of the literature. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2021; 1(1): p. 1-18.
36. Patja K, Huis T, Árvá D, Bonello M, Pees RO, Soethout M, Esch M. Health promotion and disease prevention in the education of health professionals. BMC Medical. 2022; 22(1): p. 1-8.
37. Parra LA, Chacón M, Galeano L, Camacho P. Barriers to knowledge, treatment, and control of hypertension in Latin America: a scoping review. Revista Panamericana de Salud Pública. 2023; 47(1): p. 1-10.
38. Hivert MF, Arena R, Forman, D. Medical training to achieve competency in lifestyle counseling. Circulation. 2016; 134(1): p. 1-20.
39. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Denninson C, De Palma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW. 2017 ACC/AHA guideline for the prevention,

- detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Hypertension*. 2018; 71(6): p. 1-103. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>
40. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol*. 2020; 16(4): p. 223–237.
 41. McCarthy CP, Bruno RM, Rahimi K, Touyz RM, McEvoy JW. What Is New and Different in the 2024 European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Elevated Blood Pressure and Hypertension? *Hypertension*. 2024; 82(3): p. 432-444.
 42. Orozco D, Brotons C, Banegas JR, Gil VF, Cebrian AM, Rioboó EM, Jordá A, Vicuña J, Navarro J. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2022. *Atención primaria*. 2022; 54(1): p. 1-44.
 43. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, De Simone G, Dominiczak A. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*. 2018; 39(33): p. 3021–3104.
 44. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, Ramirez A. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 2020; 75(6): p. 1334–1357.
 45. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer P, Sacks FM. Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*. 2006; 47(2): p. 296-308.
 46. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension. *Circulation Research*. 2019; 124(7): p. 1124-1140.

47. Ghicavii V, Bacinschi N, Podgurschi L, Țurcan L, Chianu M. Selection of antihypertensive drugs from the perspective of clinical pharmacology. *The Moldovan Medical Journ.* 2018; 61(1): p. 18-23.
48. Wang J, Jiang Q, Gong D, Liu H, Zhou P, Zhang D, Liu X, Lv J, Li C, Li H. Effectiveness of an integrative programme in reducing hypertension incidence. *Journal of Global Health.* 2022; 12(11013): p. 1-10.
49. Rathod G, Vadodariya N, Thakor N. Assessment of knowledge regarding hypertension and preventive measures. *International Journal of Advances in Medicine.* 2019; 7(1): p. 67-71.
50. Nkosi NG, Wright S. Knowledge related to nutrition and hypertension management practices. *Curationis.* 2010; 33(2): p. 33-40.
51. Rekha SB, Ulavala P, Palvai SC, Mahesh V. Understanding and managing neurological complications of hypertension. *International Journal of science and research.* 2023; 12(10): p. 1982-1985.
52. Zohra F, Sajid R, Akram H, Waheed A, Rana S, Nasir R, Ahmed K. Prevalence of left ventricular hypertrophy in undiagnosed hypertensive adults. *Insights-Journal of Life and Social Sciences.* 2025; 3(4): p. 170-178.
53. Bockarie T, Shanker A, Jalloh MB. Association between diet, physical inactivity and hypertension. *BMJ Open.* 2025; 15(1): p. 1-10.
54. Shimbo D. Dietary and lifestyle factors in hypertension. *Journal of Human Hypertension.* 2016; 30(1): p. 571–572.
55. Organización Mundial de la Salud. Adherence to long-term therapies: evidence for action. [Online].; 2003. Available from: <https://www.paho.org/sites/default/files/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Eng-2003.pdf>.

56. Santulli G. AHA/ACC hypertension guidelines and cardiovascular risk. *Cardiovascular diabetology. Endocrinology reports*. 2025; 11(21): p. 1-5.
57. Shahid H, Saqib M, Iftikhar M, Yar S, Ahsan M, Ali H, Amjad U, Nadeem M, Ali S, Mumtaz H. Lifestyle practices in reducing cardiovascular diseases. *ASIDE Internal Medicine*. 2025; 2(2): p. 1-5.
58. Carey RM, Muntner P, Bosworth HB, Whelton PK. Prevention and control of hypertension. *J Am Coll Cardiol*. 2018; 72(11): p. 1278–1293.
59. Muijsers, H. E. C., Wu, P., van der Heijden, O. Home blood pressure monitoring detects unrevealed hypertension in women with a history of preeclampsia: Results of the BP-PRESELF study. *American Journal of Preventive Cardiology*. 2021; 12(1): p. 1-7.
60. Organización Mundial de la Salud. Health Promotion Glossary of Terms 2021. [Online].; 2021. Available from:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>.
61. Maurya N, Ram M, Jaiswal R, Saxena A. Preventive health care and lifestyle management. *Journal of Ayurveda and Integrated Medical Sciences*. 2024; 9(1): p. 122-131.
62. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 4th ed.: Jossey-Bass/Wiley; 2008.
63. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monogr*. 1974; 2(4): p. 328-335.
64. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. Boston: Pearson; 2015.
65. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

66. Taylor SG, Renpenning KM. Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice New York: Springer; 2011.
67. Irwan AM, Potempa K, Abikusno N, Syahrul S. Self-Care Management for Hypertension in Southeast Asia: A Scoping Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2022; 15(1): p. 2015-2032.
68. Pender NJ. Health promotion model manual. [Online].; 2011. Available from: <https://backend.production.deepblue-documents.lib.umich.edu/server/api/core/bitstreams/c2812ba0-2d0a-451f-b839-79d86bfe5977/content>.
69. Organización Mundial de la Salud. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. [Online].; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033986>.
70. Kaplan N. Lifestyle Modifications for Prevention and Treatment of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2004; 6(1): p. 716-719.
71. Turlova E, Feng ZP. Dietary salt intake and stroke. *Acta Pharmacol Sinica*. 2013; 34(1): p. 8-18.
72. Borrelli S, Provenzano M, Gagliardi I, Michael A, Liberti ME, De Nicola L, Conte G, Garofalo C, Andreucci M. Sodium Intake and Chronic Kidney Disease. *International Journal of Molecular Sciences*. 2020; 21(13): p. 1-13.
73. Organización Mundial de la Salud. Sodium reduction. [Online].; 2025. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sodium-reduction>.
74. Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. [Online].; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>.

75. Cornelissen VA, Smart NA. Exercise training for blood pressure. *Journal of the American Heart Association*. 2013; 2(1): p. 1-9.
76. Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health 2018. [Online].; 2018. Available from:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.
77. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020; 396(10258): p. 1223-1249.
78. Laffer CL, Elijovich F. Blood pressure monitoring. *Journal of Hypertension*. 2018; 36(3): p. 479-484.
79. Shimbo D, Artinian NT, Basile JN, Krakoff LR, Margolis KL, Rakotz MK, Wozniak G. Self-Measured Blood Pressure Monitoring at Home: A Joint Policy Statement From the American Heart Association and American Medical Association. *Circulation*. 2020; 142(4): p. 42-63.
80. Rehman A, Sitar M, Azha M. Associations between psychological stress and blood pressure control in hypertensive patients. *Insights Journal of Life and Social Sciences*. 2025; 3(1): p. 145-152.
81. Spruill TM. Chronic Psychosocial Stress and Hypertension. *Current Science Inc*. 2010; 12(1): p. 10-16.
82. Steptoe A, Kivimäki M. Stress and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*. 2012; 9(1): p. 360-370.
83. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 6th ed. México: McGraw-Hill; 2014.
84. Bernal CA. Metodología de la investigación. 3rd ed. Bogotá: Pearson Educación; 2010.

85. Tamayo M. El proceso de la investigación científica. 5th ed. México: Limusa; 2004.
86. Arias FG. El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica. 6th ed. Caracas: Episteme; 2012.
87. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Int J Morphol. 2017; 35(1): p. 227-232.
88. Ecurra LM. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. Rev Psicol. 1988; 6(1): p. 103-111.
89. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951; 16(3): p. 297-334.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN FAMILIARES DE PACIENTES GERIÁTRICOS DEL HOSPITAL MILITAR DE AREQUIPA, 2025”					
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO	
General		No aplica, por tratarse de un estudio descriptivo sin contrastación de hipótesis.	V1: Conocimientos sobre HTA.	POBLACION: 140 pacientes con hipertensión arterial atendidos en el hospital Militar III D.E. de Arequipa, 2025.	METODO: Científico descriptivo.
¿Cuáles son los niveles de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas preventivas que presentan los familiares de pacientes geriátricos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa, 2025?	Describir los niveles de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas preventivas en familiares de pacientes geriátricos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa, 2025.			ENFOQUE: Cuantitativo	
Específicos				MUESTRA: 103 familiares de adultos mayores que fueron atendidos en el hospital Militar III D.E. de Arequipa, 2025.	TIPO: Básica.
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejercito de Arequipa, 2025? - ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial según sus dimensiones que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejercito de Arequipa, 2025? - ¿Cuál es el nivel de prácticas preventivas que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejercito de Arequipa, 2025? - ¿Cuál es el nivel de prácticas preventivas según sus dimensiones que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejercito de Arequipa, 2025?	- Determinar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejercito de Arequipa, 2025. - Describir el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial según sus dimensiones que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejercito de Arequipa, 2025. - Precisar el nivel de prácticas preventivas sobre hipertensión arterial que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejercito de Arequipa, 2025. - Describir el nivel de prácticas preventivas según sus dimensiones que presentan los familiares de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Militar III División del Ejercito de Arequipa, 2025.			DISEÑO: No experimental, corte transversal, descriptivo.	
			V2: Practicas de prevención sobre HTA.	INSTRUMENTO	ESTADIGRAFO
				Cuestionario estructurado tipo Likert.	Estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes)

Anexo 2: Instrumentos

CUESTIONARIO

“CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MILITAR III DIVISIÓN DEL EJERCITO DE AREQUIPA, 2025”

INSTRUCCIONES: Marca con una (X) dentro del paréntesis la respuesta que usted considere correcta.

DATOS GENERALES:

Edad del adulto mayor:

- a) 60 a 74 años.
- b) 75 a 90 años.
- c) grandes longevos de 90 años a más.

Sexo del adulto mayor:

- a) Masculino
- b) Femenino

I. CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL

GENERALIDADES	FACTORES DE RIESGO
1. ¿Qué es la hipertensión arterial? a) Es una enfermedad que eleva la PA por encima de los valores de los valores normales de 150/80. b) Es una patología crónica en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente moderada, donde la posibilidad de daños es mínima. c) Es una enfermedad que se produce cuando la fuerza de la sangre que fluye a través de los vasos sanguíneos es baja constantemente.	6. Es un factor importante para desarrollar hipertensión arterial a) La pérdida de peso causado por el sedentarismo b) Una dieta deficiente, desequilibrada por falta de nutrientes c) La falta de actividad física regular, sedentarismo d) Alteraciones a nivel del Sistema Nervioso Central
2. ¿A qué órganos afecta principalmente la hipertensión arterial? a) Estómago, Corazón y Pulmones. b) Cerebro, Hígado y Ojos. c) Riñón, Corazón y Ojos. d) Pulmones, Riñón y Corazón.	7. Es un factor de riesgo asociados a la hipertensión a) Enfermedades relacionadas a la mal nutrición b) El uso frecuente de la automedicación c) Enfermedades cerebrovasculares d) La diabetes y el colesterol
3. ¿Cuál es el valor que se considera si una persona tiene hipertensión arterial? a) 140/90 ccHg b) 150/80 ccHg c) 140/90 mmHg d) 150/90 mm	8. Es un factor importante que influye a desarrollar hipertensión arterial a) El déficit calórico proteico b) El peso corporal c) Estilos de vida saludable d) Factores ambientales neuro humorales
4. ¿Cuál es el tiempo de duración de la hipertensión arterial? a) Puede durar aproximadamente un año b) Enfermedad crónica degenerativa que puede durar entre 6 a 7 meses c) Puede durar solo unas semanas, si es controlada a tiempo d) Enfermedad degenerativa que puede durar para toda la vida	9. ¿Cuál es el tipo de raza que tiene riesgo a padecer de hipertensión arterial? a) Raza negra b) Raza Blanca c) Raza Mestiza d) Raza caucásica
5. La hipertensión arterial es una enfermedad:	10. Es un factor que influye a padecer hipertensión arterial. a) Enfermedades gastrointestinales b) Antecedentes familiares

a) Causada por gérmenes que entran al cuerpo causando daños colaterales b) Transmisible que puede darse de un ser humano a otro c) Que se puede prevenir si se lleva un estilo de vida saludable d) Contagiosa y prevenible si es diagnosticado y tratado a tiempo	c) Procesos respiratorios d) Afecciones a nivel cerebral
CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	CONTROL DE LA HTA
11. El tratamiento más efectivo para la hipertensión arterial es empleando a) La automedicación cuando se presente síntomas b) Una buena alimentación balanceada c) El uso de medicina alternativa como primera opción d) Medicación recetada según diagnóstico 12. Uno de los siguientes enunciados es falso. a) Las consecuencias de la automedicación hipertensiva pueden jugar en contra de los deseos de recuperación del paciente. b) Aumentar la dosis de la medicación cuando la presión arterial sube y se presente síntomas c) Las vitaminas, los diferentes alimentos y el alcohol también pueden cambiar la forma de como el fármaco actúa en el cuerpo d) La automedicación desencadena efectos colaterales 13. Desempeña un rol importante en el cumplimiento del tratamiento para el paciente hipertenso a) Trabajadoras en el servicio social b) Especialista endocrinólogo y gastroenterólogo c) El apoyo familiar y/o personas allegadas d) Cadenas de farmacia 14. Para que la medicación sea efectiva es importante cumplir con: a) Una ingesta alta en líquidos al día b) Los controles programados por el especialista gastroenterólogo c) Una dieta rica en carbohidratos y proteínas d) El horario de tomar la medicación 15. Uno de los siguientes enunciados es falso: a) Cumplir el tratamiento en el horario establecido por el médico b) Parar con el tratamiento si la presión arterial se normaliza c) Al no cumplir con el tratamiento d) Disminuir el consumo de alimentos que alteren la presión arterial	16. Un paciente adulto con hipertensión deberá controlarse la presión arterial: a) A veces b) Casi siempre c) Siempre d) Solo cuando se presenten síntomas 17. Son síntomas de la presión arterial: a) Visión borrosa, urticaria, palpitaciones b) Cefalea, zumbido en el oído, cambios en la visión c) Cefalea, sangrado nasal, disfunción de intestinos y vejiga d) Fatiga y debilidad, cefalea, entumecimiento 18. La presión arterial se puede medir con: a) Estetoscopio b) Barómetro c) Manómetro d) Esfigmomanómetro 19. Es un hábito nocivo para la hipertensión arterial: a) Consumir frecuentemente frutas y verduras b) Realizar ejercicios en tiempos prologados c) Fumar cigarrillos ocasionalmente d) Consumir frituras o comidas rápidas 20. Se debe acudir a la consulta médica cuando: a) Las medicinas alternativas no han hecho efecto b) Se terminen los medicamentos y se requieran más para su continuación c) Empieza a sentir algún malestar que lo aqueje d) Se tenga programado algún control médico a pesar de sentirse bien

II. PRACTICA DE PREVENCION SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL

N°	ITEM	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
ALIMENTACION				
1	¿Emplea bastante sal en la preparación de sus alimentos?			
2	¿Consume con frecuencia café o té?			
3	¿Sus alimentos son frituras o “comidas rápidas”?			
4	¿Consume frutas y/o verduras?			
EJERCICIO FISICO				
5	¿Realiza ejercicios físicos al menos 3 veces por semana durante 30 minutos?			
6	¿Controla su peso durante el año?			
7	¿Realiza trabajos de actividad física en su hogar o centro de labor?			
8	¿Realiza algún deporte de desgaste físico?			
HÁBITOS NOCIVOS				
9	¿Consume bebidas alcohólicas?			
10	¿Acostumbra a fumar cigarrillos?			
11	¿Consume productos que contiene cafeína (café, cacao, bebidas energéticas, suplementos)?			
12	¿Consume bebidas azucaradas (gaseosas, frugos, refrescos)?			
CONTROL				
13	¿Consume medicamentos solo cuando se siente mal?			
14	¿Toma medicación antihipertensiva?			
15	¿Se controla la presión arterial?			
16	¿Asiste puntualmente a las citas programadas con su médico?			
TENSIÓN ESTRÉS				
17	¿Percibe discusiones o eventos desagradables en su hogar o lugar de labor?			
18	¿Ante una discusión o evento desagradable en su hogar o lugar de labor, usted presenta cefalea, palpitaciones en el pecho, mareos?			
19	¿Se incentiva el buen humor y risa en su hogar o lugar de trabajo?			
20	¿Participa en actividades sociales deportivas?			

Anexo 3: Formato de consentimiento informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Título del Proyecto de Investigación: Conocimiento y prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en familiares de pacientes geriátricos del Hospital Militar de Arequipa, 2025	
Autor responsable: Jacqueline Janet Coronado Vela	
Universidad: Universidad Privada Norbert Wiener	
I. INVITACIÓN	
Estimado(a) participante: Le invito a participar en un estudio de investigación titulado: “Conocimiento y prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en familiares de pacientes geriátricos del Hospital Militar de Arequipa, 2025”, desarrollado por la investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A. (UPNW). A continuación, le proporcionó información detallada sobre el estudio y su participación.	
II. INFORMACIÓN	
2.1	Propósito del estudio: El propósito de este estudio es describir el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y las practicas preventivas en familiares de pacientes geriátricos del Hospital Militar de Arequipa. Los resultados servirán como base para proponer estrategias educativas orientadas a fortalecer el autocuidado y la prevención de la hipertensión arterial en el entorno familiar.
2.2	Duración del estudio: Cuatro (4) meses
2.3	Número esperado de participantes: Ciento dos (102) familiares.
2.4	Criterios de inclusión y exclusión: Criterios de inclusión: - Ser familiar directo (cónyuge, hijo/a o cuidador principal) de un paciente adulto mayor diagnosticado con hipertensión arterial. - Tener 18 años o más. - Haber convivido con el paciente al menos los últimos seis meses. - Aceptar participar de manera voluntaria mediante firma de consentimiento informado. Criterios de exclusión: - Familiares no convivientes o que visiten ocasionalmente al paciente. - Personas con dificultades cognitivas, visuales o auditivas que impidan comprender o responder adecuadamente el cuestionario. - Participantes que no completen la encuesta o retiren su consentimiento durante el proceso.
2.5	Procedimientos del estudio: - Previamente se gestionará la autorización institucional mediante la presentación de una carta dirigida a la Dirección del hospital, adjuntando el resumen del proyecto y el consentimiento informado. - Luego de obtener la aprobación, se coordinará con el personal del servicio de medicina interna y de enfermería para identificar a los familiares que cumplan los criterios de inclusión. - A cada participante se le explicará el propósito del estudio, el carácter voluntario de su participación, la confidencialidad de la información y la ausencia de riesgos asociados. - Después de firmar el consentimiento informado, se procederá a la aplicación del cuestionario, la cual se realizará de manera presencial en los ambientes del hospital, aprovechando los horarios de visita o de consulta externa. La encuesta será autoadministrada, con apoyo de la investigadora en caso de requerirse aclaraciones. - Una vez recolectadas las encuestas, se revisarán para verificar su completitud y legibilidad. - Los datos serán codificados en una matriz elaborada en Microsoft Excel 2021 y posteriormente procesados en el programa estadístico IBM SPSS versión 25. - Se elaborarán tablas de frecuencias y gráficos para describir los niveles de conocimiento y las prácticas preventivas de los familiares de pacientes geriátricos. - Los resultados se presentarán en términos de porcentajes y promedios, clasificando las variables en niveles alto, medio y bajo, con el fin de identificar el panorama general de la población estudiada. - Finalmente, se interpretarán los hallazgos en función de los objetivos planteados, destacando los aspectos que requieran fortalecimiento dirigidos a los familiares de pacientes hipertensos del Hospital Militar de Arequipa.

2.6	Riesgo: El estudio no implica riesgos físicos, psicológicos, ni emocionales, ya que únicamente consiste en responder un cuestionario. No se incluirán personas pertenecientes a grupos vulnerables, como menores de edad, personas con discapacidad o pacientes hospitalizados. Los familiares serán familiares adultos, en pleno uso de sus facultades, que acompañan a pacientes geriátricos, y se garantizará en todo momento, un trato respetuoso, la confidencialidad de sus respuestas y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias.
2.7	Beneficios: Su participación contribuirá a generar información útil para fortalecer programas educativos sobre prevención de la hipertensión arterial, beneficiando a las familias y a la comunidad en general, además, el participante podrá reflexionar sobre sus propios conocimientos y prácticas de salud.
2.8	Costos e incentivos: La participación no implicará ningún costo para usted, ni recibirá incentivos económicos ni materiales a cambio de su colaboración.
2.9	Confidencialidad: Su información será codificada para proteger su identidad. Si los resultados del estudio se publican, no se incluirá ninguna información que permita identificarlo. Los datos estarán disponibles solo para el equipo de investigación.
2.10	Derechos del participante: Su participación es completamente voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalización o pérdida de derechos.
2.11	Preguntas/contacto: Si tiene preguntas o inquietudes, puede comunicarse con la autora responsable Jacqueline Janet Coronado Vela – Cel: 987321718. También puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe
2.12	Ocurrencias/reclamos: En caso de existir alguna ocurrencia o reclamo, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe

III. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Declaro haber leído y comprendido el contenido de este Formulario de Consentimiento Informado. He recibido una explicación clara sobre el objetivo, procedimiento y finalidad del estudio, así como respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que mi participación es voluntaria y tengo derecho a retirar mi consentimiento a cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este formulario.

		____/____/20____. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL PARTICIPANTE Nombre del Participante: _____ DNI/Carné de extranjería/Otros: _____	HUELLA DACTILAR (opcional)	

Anexo 4: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos


MINISTERIO DE DEFENSA
EJERCITO DEL PERU
III DIVISION DE EJERCITO
HOSPITAL MILITAR DE LA III DE

GU: COSALE

UU: HMD - III DE

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN

El Director General del Hospital Militar Divisionario - III DE, autoriza al señor Bachiller en Enfermería **JACQUELINE JANET CORONADO VELA**, identificado con DNI: 30495646, se autoriza, para que realice la aplicación del trabajo de investigación, cuyo título es: **"CONOCIMIENTO Y PRACTICAS PREVENTIVAS SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN FAMILIARES DE PACIENTES GERIATRICOS DEL DEL HOSPITAL MILITAR DE AREQUIPA 2026"**. Por lo que agradeceré dar las facilidades del caso; a fin de que termine sus requerimientos académicos. Así mismo dejará una copia de su investigación para el archivo en apoyo a la docencia.

Fecha de inicio: 16 de febrero al 27 de febrero de 2026.

Arequipa, 09 de febrero de 2026.


0778123794-0
JORGE ALFREDO BARRIA MALDONADO
Cd ART
DIRECTOR HOSPITAL MILITAR DE LA III DE

Anexo 5: Informe del asesor de Turnitin


Página 2 de 93 - Descripción general de integridad
Identificador de la entrega: tm10d1:14912576896976

16% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

13%	 Fuentes de Internet
4%	 Publicaciones
13%	 Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión



Texto oculto
90 caracteres sospechosos en N.º de páginas

El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

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 lo revise.


Página 2 de 93 - Descripción general de integridad
Identificador de la entrega: tm10d1:14912576896976



Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 13% 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.uwienner.edu.pe	3%
2	Trabajos entregados	uwienner on 2025-08-28	3%
3	Trabajos entregados	uwienner on 2024-01-05	<1%
4	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
5	Internet	repositorio.uma.edu.pe	<1%
6	Internet	repositorio.uroosevelt.edu.pe	<1%
7	Internet	repositorio.ucss.edu.pe	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-04-01	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-24	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-04-10	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-31	<1%





12	Internet	ri.uaemex.mx	<1%
13	Internet	hdl.handle.net	<1%
14	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-11-24	<1%
15	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-26	<1%
16	Internet	docplayer.es	<1%
17	Trabajos entregados	uwiener on 2025-01-21	<1%
18	Trabajos entregados	Universidad Continental on 2025-12-03	<1%
19	Trabajos entregados	Universidad Continental on 2022-01-15	<1%
20	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-06-29	<1%
21	Internet	repositorio.uct.edu.pe	<1%
22	Internet	www.researchgate.net	<1%
23	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-02-26	<1%
24	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-09-19	<1%
25	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-12-11	<1%



26	Internet	repositorio.unjbg.edu.pe	<1%
27	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Tumbes on 2025-10-27	<1%
28	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-02-15	<1%
29	Internet	repositorio.umariana.edu.co	<1%
30	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2024-02-09	<1%
31	Trabajos entregados	Universidad Maria Auxiliadora SAC on 2025-07-16	<1%
32	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-18	<1%
33	Publicación	Aquije, María Alejandra Caverio Ito, Carolina Patricia Higa. "Características de la..."	<1%
34	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-05-30	<1%
35	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-12-17	<1%
36	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-31	<1%
37	Publicación	Yupanqui Aznaran, Dayana Vera Guerrero, Edgar Erasquin Eyzaguirre, Jose Luis...	<1%
38	Internet	www.coursehero.com	<1%
39	Trabajos entregados	Universidad Continental on 2026-03-31	<1%

40	Trabajos entregados	uwiener on 2023-03-02	<1%
41	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-11-08	<1%
42	Internet	redined.educacion.gob.es	<1%
43	Internet	repositorio.unsch.edu.pe	<1%
44	Internet	repositorio.uss.edu.pe	<1%
45	Trabajos entregados	uwiener on 2023-02-21	<1%
46	Trabajos entregados	UNIBA on 2026-04-10	<1%
47	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2023-07-05	<1%
48	Internet	renati.sunedu.gob.pe	<1%
49	Internet	repositorio.untumbes.edu.pe	<1%
50	Internet	repository.uaeh.edu.mx	<1%
51	Internet	revistas.uroosevelt.edu.pe	<1%
52	Trabajos entregados	uwiener on 2023-12-28	<1%
53	Trabajos entregados	Anna University, Chennai on 2025-12-27	<1%

54	Trabajos entregados	Universidad Anahuac México Sur on 2025-05-16	<1%
55	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2023-08-28	<1%
56	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2025-10-24	<1%
57	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-11-27	<1%
58	Trabajos entregados	Universidad Inca Garcilaso de la Vega on 2019-11-27	<1%
59	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-31	<1%
60	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	<1%
61	Trabajos entregados	uwienner on 2023-02-04	<1%
62	Internet	www.grafiatl.com	<1%
63	Trabajos entregados	Universidad APEC on 2026-04-09	<1%
64	Trabajos entregados	Universidad Católica De Cuenca on 2026-01-27	<1%
65	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2018-06-19	<1%
66	Trabajos entregados	Universidad Internacional de la Rioja on 2025-02-13	<1%
67	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-03-29	<1%



68	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-05-30	<1%
69	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-03-29	<1%
70	Internet	es.slideshare.net	<1%
71	Internet	journals.ucjc.edu	<1%
72	Internet	repositorio.uch.edu.pe	<1%



Anexo 5: Evidencia fotográfica



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

- 13%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 16%  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

- 13% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 16% 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	3%
2	Trabajos entregados	uwiener on 2025-08-28	1%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-26	1%
4	Internet	repositorio.uma.edu.pe	<1%
5	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-11-10	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-31	<1%
8	Internet	repositorio.uroosevelt.edu.pe	<1%
9	Internet	hdl.handle.net	<1%
10	Internet	repositorio.upsc.edu.pe:8080	<1%
11	Internet	repositorio.ucss.edu.pe	<1%