



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

Tesis

Conocimiento de hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en pacientes
que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador,
2025

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Presentado por:

Autora: Tahua Napan, Ana Maria

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6566-6785>

Asesor: Dr. Arévalo Marcos, Rodolfo Amado

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4633-2997>

Lima – Perú

2026

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

Yo, Tahua Napan, Ana Maria 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 de hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025”** Asesorado por el docente: Dr. Arévalo Marcos, Rodolfo amado DNI 46370194 ORCID: 0000-0002-4633-2997 tiene un índice de similitud de **20 (veinte) %** con código OID: 14912:604010614 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

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



.....
Firma de autor

Nombres y apellidos del Egresado: Tahua Napan, Ana Maria
DNI:77534743



.....
Firma

Nombres y apellidos del Asesor: Dr. Arévalo Marcos, Rodolfo Amado
DNI: 46370194

Lima, 07 de julio de 2026

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

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

Justificación de similitud (6 %)

El porcentaje obtenido (6%) en el reporte de Turnitin proviene principalmente de frases, estructuras y títulos que forman parte del formato metodológico estándar en los trabajos de investigación científica. Estas coincidencias se concentran en secciones como:

Formulación del problema general y problemas específicos.

Objetivo general y objetivos específicos.

Estructuras repetitivas propias de los informes académicos y tesis

Estas expresiones son de uso común y normativo en la redacción científica, establecidas por los manuales de metodología de la investigación y utilizadas ampliamente en repositorios universitarios, como el de la Universidad Wiener y otras instituciones.

Por lo tanto, no constituyen copia de contenido intelectual, sino coincidencias técnicas derivadas de la estructura metodológica, del uso de conectores y fórmulas estandarizadas de redacción científica.

El 16 % de similitud no representa plagio, ya que: Corresponde a expresiones comunes en títulos y subtítulos.

Son frases metodológicas necesarias para la formulación de problemas y objetivos.

No se han copiado ideas, datos ni párrafos originales de otras fuentes.

En consecuencia, el texto mantiene su originalidad académica y cumple con los criterios éticos de elaboración de trabajos de investigación.

Dedicatoria

A mis padres, con todo mi amor y gratitud. Este logro no solo me pertenece, sino que es también fruto de su esfuerzo, paciencia y sacrificio. Gracias por haber creído siempre en mí, incluso en los momentos en que dudaba de mis propias capacidades. Cada página de este trabajo refleja el amor, la guía y los valores que me inculcaron desde siempre. Sin ustedes, este logro no habría sido posible.

Agradecimiento

Agradezco sinceramente a mi asesor(a) de tesis por su guía, paciencia y valiosos aportes durante todo el proceso de investigación.

También a mis mejores amigas Jossy, Angela, Katy, Jenifer, Raquel y Naysha por su apoyo constante, su amistad incondicional y por acompañarme en cada etapa de este camino académico. Gracias a todos los que con su ayuda y palabras de aliento hicieron posible la culminación de este logro.

Índice general

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice general.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de Figuras.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1 <i>Problema general</i>	5
1.2.2 <i>Problemas específicos</i>	5
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1 <i>Objetivo general</i>	5
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	6
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1 <i>Teórica</i>	6
1.4.2 <i>Metodológica</i>	7
1.4.3 <i>Práctica</i>	7
1.4.4 <i>Social</i>	7
1.5. Limitaciones de la investigación.....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1Antecedentes de la investigación	9
2.2. Bases teóricas.....	13
2.2.1. <i>Primera variable: Conocimientos sobre la hipertensión</i>	13
2.2.2. <i>Segunda variable: Practica de autocuidado de la hipertensión arterial</i>	16
2.3. Formulación de hipótesis	21
2.3.1. <i>Hipótesis general</i>	21
2.3.2 <i>Hipótesis específicas</i>	22
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	23

3.1. Método de la investigación	23
3.2. Enfoque de la investigación	23
3.3. Tipo de investigación	23
3.4. Diseño de la investigación	23
3.5. Población, muestra y muestreo	23
3.6. Variables y operacionalización	26
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
3.7.1. Técnica	30
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	30
3.7.3. Validación	31
3.7.4. Confiabilidad	32
3.8. Procesamiento y análisis de datos	32
1.9. Aspectos éticos.....	33
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	34
4.1 Resultados	34
4.1.1 Análisis descriptivo de resultados.....	34
4.1.2 Prueba de hipótesis	40
4.1.3 Discusión de resultados	49
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN.....	57
5.1 Conclusiones	57
5.2 Recomendaciones	58
REFERENCIAS	30
ANEXOS	66
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	66
Anexo 2: Instrumentos	68
Anexo 3: Validez del instrumento	73
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento	77
Anexo 5. Aprobación del comité de ética	78
Anexo 6. Consentimiento informado	79
Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos	81
Anexo 9: Informe del asesor de Turnitin	82
Anexo 10: Plan de mejora	83
Anexo 11: Evidencias de la aplicación de la investigación.....	87

Índice de tablas

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de la edad	34
Tabla 2. Frecuencia y porcentaje del sexo	35
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje del grado de instrucción.....	36
Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de la variable conocimiento y sus dimensiones	37
Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de la variable prácticas de autocuidado y sus dimensiones	38
Tabla 6. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov	39
Tabla 8. Correlación entre el conocimientos y prácticas de autocuidado en la dimensión alimentación en pacientes con hipertensión arterial	42
Tabla 9. Correlación entre el conocimientos y prácticas de autocuidado en la dimensión actividad física en pacientes con hipertensión arterial	44
Tabla 10. Correlación entre el conocimientos y prácticas de autocuidado en la dimensión tratamiento hipertensivo en pacientes con hipertensión arterial	46
Tabla 11. Correlación entre el conocimientos y prácticas de autocuidado en la dimensión hábitos sanitarios en pacientes con hipertensión arterial.....	48

Índice de Figuras

Figura 1. Gráfico de barras de la frecuencia y porcentaje de la edad	34
Figura 2. Gráfico de barras de la frecuencia y porcentaje del sexo	35
Figura 3. Gráfico de barras de la frecuencia y porcentaje del grado de instrucción.....	36
Figura 4. Frecuencia y porcentaje de la variable conocimiento y sus dimensiones	37
Figura 5. Frecuencia y porcentaje de la variable prácticas de autocuidado y sus dimensiones....	38

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial que acuden a consultorio de un hospital de Villa El Salvador, en el año 2025. La investigación empleó un enfoque básico, de tipo cuantitativo, no experimental transversal y de nivel correlacional. La muestra estuvo conformada por 231 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, a quienes se les aplicaron el Cuestionario sobre el Conocimiento de la Hipertensión Arterial de García y Gonzales y el Cuestionario sobre la Práctica de Autocuidado de la Hipertensión Arterial de García y Gonzales. Los resultados mostraron una correlación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado, con una intensidad de moderada a fuerte y una relación positiva ($\rho = 0,623$; $p < 0,001$). Asimismo, se encontró una correlación significativa en su dimensión alimentación presentando un coeficiente $r = 0.562$ (relación moderada y directa), en la dimensión actividad física con un resultado de $r = 0.512$ (relación moderada y directa), en su dimensión hábitos sanitarios presentando un coeficiente $r = 0.624$ (relación fuerte y directa), dimensión tratamiento hipertensivo presentando un coeficiente $r = 0.610$ (relación fuerte y directa).

En conclusión, los hallazgos sugieren que un mayor nivel de conocimiento en los pacientes evaluados se asocia con un mejor desempeño en las conductas de autocuidado, lo que refuerza la importancia de la educación en salud para el manejo adecuado de la hipertensión arterial.

Palabras clave: pacientes, cardiología, hipertensión arterial, hospital, autocuidado.

Abstract

The present study aimed to determine the relationship between knowledge and self-care practices in patients with arterial hypertension at a hospital in Villa El Salvador in 2025. The research employed a basic, quantitative, non-experimental, cross-sectional, and correlational approach. The sample consisted of 231 patients diagnosed with hypertension, who completed the Hypertension Knowledge Questionnaire by García and Gonzales and the Hypertension Self-Care Practice Questionnaire by García and Gonzales. The results showed a significant correlation between knowledge level and self-care practices, with a moderate to strong intensity and a positive relationship ($\rho = 0.623$; $p < 0.001$). A significant correlation was also found in the nutrition dimension ($r = 0.562$, moderate and direct relationship), the physical activity dimension ($r = 0.512$, moderate and direct relationship), the health habits dimension ($r = 0.624$, strong and direct relationship), and the hypertension treatment dimension ($r = 0.610$, strong and direct relationship).

In conclusion, the findings suggest that a higher level of knowledge in the patients evaluated is associated with better performance in self-care behaviors, reinforcing the importance of health education for the proper management of high blood pressure.

Keywords: patients, cardiology, arterial hypertension, hospital, self-care

INTRODUCCION

1.1 Planteamiento del problema

La hipertensión arterial (HTA) constituye una de las enfermedades crónicas más frecuentes a nivel mundial y afecta aproximadamente a uno de cada tres adultos; esta condición eleva de manera sostenida la presión arterial y causa más de 10 millones de muertes al año, principalmente por infartos, accidentes cerebrovasculares y daños en órganos vitales; muchas personas desconocen su diagnóstico, lo que intensifica la susceptibilidad a eventos adversos graves (1).

El conocimiento sobre la HTA es la comprensión que el paciente tiene sobre su enfermedad, sus causas, factores de riesgo, síntomas, complicaciones y tratamiento; así mismo, permite que la persona tome decisiones adecuadas, cumpla sus indicaciones médicas, reconozca señales de alerta y adopte hábitos saludables que controlan su presión arterial. El problema surge cuando el paciente presenta información insuficiente o equivocada, lo que provoca baja adherencia al tratamiento, errores en el cuidado personal y mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares (2).

La práctica de autocuidado es el conjunto de acciones que el paciente realiza para controlar su presión arterial, como cumplir su tratamiento, limitar el consumo de sal, mantener una alimentación saludable, realizar actividad física, monitorear su presión y asistir a controles médicos es esencial porque mantiene la enfermedad bajo control, disminuye la ocurrencia de complicaciones y optimiza el bienestar integral del paciente; el problema radica cuando la persona no sigue adecuadamente estas acciones, omite su medicación o promueve la persistencia de costumbres insalubres, lo que incrementa la descompensación y el riesgo de eventos cardiovasculares (3)

La Organización Mundial de la Salud indica que la falta de conocimiento sobre la HTA y las prácticas inadecuadas de autocuidado constituyen un problema global, ya que cerca del 44 % de las personas hipertensas desconoce su situación clínica, lo que restringe la identificación de riesgos y retrasa el diagnóstico oportuno; además, solo el 23 % de quienes reciben tratamiento logra mantener su presión arterial controlada, lo que revela una baja adherencia a las indicaciones médicas y hábitos poco saludables. Esta combinación de desconocimiento y autocuidado insuficiente expone a la mayoría de pacientes aproximadamente el 77 % a un riesgo elevado de complicaciones cardiovasculares graves, convirtiéndose en una prioridad urgente de salud pública (4).

A nivel internacional en Estados Unidos, la hipertensión muestra un problema de control, ya que alrededor del 30 % de los adultos diagnosticados no controla su presión arterial a pesar de contar con altos niveles de información y acceso a tratamiento (5). En Japón, la HTA afecta aproximadamente al 45 % de los adultos y una parte significativa de ellos no reconoce su condición ni alcanza niveles adecuados de control, lo que refleja dificultades en diagnóstico y seguimiento; mientras que en el Reino Unido solo el 27 % de las personas hipertensas mantiene su presión en rangos normales, lo que corrobora una baja adherencia al tratamiento y una limitada práctica de autocuidado a pesar de disponer de servicios de salud accesibles (6).

La Organización Panamericana de la Salud indica que en América Latina y el Caribe la falta de información y las prácticas inadecuadas de autocuidado influyen de manera directa en la magnitud de la HTA, ya que el 37 % de las personas hipertensas no conoce su diagnóstico y, entre quienes sí reciben atención, el 47 % no logra controlar su presión arterial, lo que refleja deficiencias en educación sanitaria, acceso a tratamiento y seguimiento clínico; además, la OPS señala que el 15 % de los pacientes diagnosticados no accede a medicamentos antihipertensivos, lo que

intensifica la susceptibilidad a eventos adversos y convierte esta brecha de conocimiento y cuidado en un desafío sanitario de relevancia estratégica en la región (7).

En Brasil la prevalencia de HTA alcanza aproximadamente el 52.5 % de los adultos, lo que corrobora una enorme carga de enfermedad; en Argentina, a pesar de que muchos hipertensos están diagnosticados, solo cerca del 21.1 % de ellos logra mantener su presión arterial bajo control, lo que revela deficiencias en el tratamiento eficaz o en la adherencia terapéutica; en Chile, la problemática principal es la baja tasa de control: según recientes datos oficiales apenas el 34 % de las personas con HTA consigue tener su presión arterial regulada, lo que evidencia importantes brechas en diagnóstico oportuno, seguimiento y autocuidado en la población (8).

En Perú, según reportes del Minsa en el año 2023, la falta de conocimiento afecta la salud y la observancia del régimen médico, indicando que las prácticas sobre el autocuidado no se siguen correctamente, ya que el país registra una prevalencia de HTA cercana al 22.1 % de la población adulta y aproximadamente la mitad de las personas hipertensas desconoce su situación clínica, lo que impide un diagnóstico temprano y aumenta el riesgo de complicaciones; además, diversos informes señalan que solo entre 27 % y 33 % de quienes conocen su diagnóstico recibe tratamiento, y menos del 33 % logra controlar su presión arterial, lo que refleja deficiencias en educación sanitaria, seguimiento médico y hábitos de autocuidado, convirtiendo a la HTA en un desafío sanitario de relevancia estratégica(9).

En Lima, la tasa de HTA entre adultos alcanza alrededor del 28.2 %, una cifra que evidencia no solo la magnitud del problema, sino también cómo variables como el nivel de conocimientos, las prácticas de autocuidado y la observancia del régimen médico influyen directamente en su control; de hecho, diversos reportes del Minsa indican que la carencia de conocimiento sobre la afección y el uso inadecuado de los medicamentos disminuyen la adherencia, mientras que

prácticas insuficientes de autocuidado como la poca actividad física, el exceso de sal o la ausencia de controles periódicos contribuyen al incremento y descontrol de la presión arterial en la población limeña (10).

La presente investigación sobre Villa El Salvador conlleva a una problemática local muy concreta: según datos de Ministerio de Salud (Minsa), en este distrito se reportó que hasta un 80 % de las personas hipertensas no sabía que padecía la enfermedad. Este alto nivel de desconocimiento impacta directamente en tus variables: baja “conocimiento”, lo que dificulta la “adherencia al tratamiento” y reduce las posibilidades de una “práctica de autocuidado” adecuada.

Entre las causas locales se puede señalar una deficiente educación sanitaria en la población, falta de campañas de concientización focalizadas, bajos controles médicos preventivos, así como hábitos de vida poco saludables obesidad, sedentarismo, dieta alta en sal presentes en muchos residentes de Villa El Salvador. De hecho, un estudio asociado a ese distrito mostró que solo el 59 % de participantes conocía medidas preventivas para la HTA, mientras un 41 % ignoraba dichas medidas; sólo 52 % conocía importancia del consumo moderado de sal, 54 % sabía sobre control de sal, 64 % identificaba la actividad física como protectora.

Las consecuencias de esta combinación bajo conocimiento y deficiente autocuidado se traducen en baja detección oportuna, escasa adherencia a tratamientos antihipertensivos, elevado riesgo de descompensaciones, crisis hipertensivas, enfermedades cardiovasculares y renales y una mayor carga para los servicios de salud del distrito. Además, perpetúa un ciclo de enfermedad silenciosa que menoscaba la experiencia vital del paciente.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

Ante estos hechos se formuló la pregunta general ¿Cuál es la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión alimentación en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión actividad física en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión tratamiento hipertensivo en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión hábitos sanitarios en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión alimentación en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Identificar la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión actividad física en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Identificar la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión tratamiento hipertensivo en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Identificar la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión hábitos sanitarios en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

El estudio se justifica teóricamente porque contribuye a la generación de conocimiento científico actualizado sobre la relación entre el nivel de conocimiento de los pacientes con HTA y sus prácticas de autocuidado, permitiendo fortalecer y ampliar los postulados de la teoría del autocuidado de Orem. Este aporte resulta relevante para profundizar el entendimiento de los componentes que influyen en la estabilización de la HTA y para consolidar el sustento teórico de las intervenciones educativas, preventivas y de fomento del bienestar y la prevención en el contexto de la atención cardiovascular.

1.4.2 Metodológica

Asimismo, se justificó en el ámbito metodológico porque utilizó un enfoque cuantitativo que permitió medir de manera objetiva la relación entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado, apoyándose en instrumentos validados que aseguran confiabilidad y precisión en los resultados. Este enfoque contribuyó a generar evidencia rigurosa y replicable, útil para futuras investigaciones sobre el comportamiento de salud en pacientes con enfermedades crónicas

1.4.3 Práctica

Además, se justificó en el ámbito práctico porque permitió identificar áreas específicas donde los pacientes presentan limitaciones en su autocuidado, como alimentación, adherencia al tratamiento o monitoreo de la presión arterial. Esta información sirvió para diseñar programas educativos, guías de intervención y estrategias de enfermería más efectivas, orientadas a optimizar los hábitos de los pacientes y prevenir complicaciones asociadas a la HTA.

1.4.4 Social

Se justificó de manera social porque la HTA representaba uno de los retos sanitarios de primer orden y afectaba a un gran porcentaje de la población adulta, aumentando el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Al identificar los factores que limitaban el autocuidado, el estudio contribuyó a orientar acciones comunitarias, campañas de prevención y políticas de salud que potenciarán la experiencia vital y el confort del paciente y redujeran la carga social y económica de la enfermedad.

1.5. Limitaciones de la investigación

La investigación presentó algunas limitaciones que influyeron en el alcance de sus resultados. En primer lugar, el estudio se desarrolló únicamente en un hospital de Villa El Salvador, lo que redujo la posibilidad de generalizar los hallazgos a otros establecimientos con características

distintas. Asimismo, la información se obtuvo mediante cuestionarios, lo que pudo generar sesgos de respuesta asociados a la memoria, a la comprensión individual de las preguntas o al deseo de ofrecer respuestas socialmente aceptables. Otra limitación estuvo determinada por el período asignado para la realización del estudio, que impidió evaluar cambios en el conocimiento y las prácticas de autocuidado en un periodo prolongado. Finalmente, algunos pacientes presentaron condiciones clínicas que dificultaron su participación, lo que disminuyó el tamaño muestral efectivo y restringió el análisis de ciertos subgrupos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

En Indonesia, Sari et al (11) 2025 condujeron una indagación donde identificaron las conductas de autocuidado en 115 pacientes con HTA según su nivel de conocimiento, un diseño descriptivo correlacional utilizando los instrumentos Perfil de Autocuidado de la Hipertensión y Conocimiento sobre HTA. Los datos revelaron que el 53% tenía actitudes favorables hacia el autocuidado y el 53,9% presentaba conocimientos adecuados; sin embargo, no se halló una asociación significativa entre conocimiento y autocuidado ($p=0,099$; $r=0,155$). Concluyeron que, aunque la mayoría mostró conocimientos y actitudes positivas, estos no predijeron el autocuidado, por lo que se requieren estudios que identifiquen otros factores que influyen en la adherencia.

Kurt y Gurdogan (12) en el 2023 en Australia evaluaron el efecto del apoyo para el autocuidado en 137 pacientes con HTA, considerando su conocimiento sobre la enfermedad, adherencia al tratamiento y autocuidado y cambios en la presión arterial con una metodología pre experimental. Los datos revelaron que el apoyo para el autocuidado mejoró significativamente el conocimiento, la adherencia y el autocuidado ($p=0,000$), además de reducir la presión arterial sistólica y diastólica ($p=0,000$). Se concluyó que el apoyo proporcionado fortaleció el control de la HTA y resaltaron el rol clave de las enfermeras en la educación, el asesoramiento y el acompañamiento de los pacientes.

Asimismo, Gebresilase et al (13) 2023 en Etiopia emprendió una investigación para evaluar el conocimiento y las prácticas de autocuidado en 413 pacientes hipertensos. Se empleó un diseño transversal con encuestas estructuradas. Los datos revelaron que el 46% tenía conocimiento deficiente y el 40,9% prácticas inadecuadas, hallándose asociaciones significativas con el estado civil ($OR=1,92$), educación superior ($OR=7,38$), antecedentes familiares ($OR=3,68$), información

de profesionales ($OR=3,17$), sexo ($AOR=0,62$) y posesión de esfigmomanómetro ($AOR=4,41$). Concluyeron que el nivel de conocimiento y las prácticas fueron bajos, por lo que se requieren intervenciones educativas para optimizar el autocuidado y el control de la HTA.

En Pakistán, Ajani et al (14) 2023 examinaron los seis dominios de autocuidado recomendados para la HTA y sus predictores en 402 personas hipertensas, mediante un estudio transversal utilizando el cuestionario H-SCALE y una lista de verificación sobre conocimiento. Los datos revelaron que solo el 4,47% tenía buen conocimiento sobre HTA, y que la adherencia más alta se observó en la abstinencia de alcohol (100%), dejar de fumar (83,33%) y cumplimiento de medicación (71,89%), mientras que los niveles más bajos correspondieron a la dieta (27,11%) y la actividad física (24,88%); además, la edad, el sexo masculino, el autocontrol de la presión arterial y el nivel educativo fueron los principales predictores del autocuidado. Concluyeron que el conocimiento y el autocuidado fueron subóptimos, por lo que se requieren programas educativos para optimizar la gestión de la HTA y prevenir complicaciones cardiovasculares.

Finalmente, Mbabazi et al (15) 2023 en Ruanda efectuaron un estudio, donde evaluaron la concienciación y las prácticas de autocuidado para prevenir la enfermedad renal crónica (ERC) en 140 pacientes hipertensos con un diseño descriptivo transversal. Los datos revelaron que el 49% tenía baja concienciación y el 56,5% presentaba prácticas moderadas, encontrándose asociaciones significativas con el nivel educativo ($p=0,026$) y, para el autocuidado, con la edad ($p=0,000$), estado civil ($p=0,003$), educación ($p=0,020$), ocupación ($p=0,021$) y residencia ($p=0,026$); además, se identificó una correlación positiva débil entre concienciación y autocuidado ($r=0,254$; $p=0,02$). Se concluyeron que la concienciación y el autocuidado fueron limitados, por lo que se requiere fortalecer la educación sanitaria y profundizar en los factores que influyen en la prevención de la ERC.

A nivel nacional, Maza y Majuan (16) en el 2024 condujeron una indagación en Lima, donde examinaron el vínculo entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en sobre 119 hipertensos, se empleó un diseño cuantitativo, no experimental, correlacional y transversal. Los datos revelaron que el 61,3% tenía un conocimiento regular, el 26,1% buen conocimiento y el 12,6% conocimiento deficiente; mientras que las prácticas de autocuidado fueron regulares en el 49,6%, adecuadas en el 30,3% e inadecuadas en el 20,2%; asimismo identificaron una relación significativa entre ambas variables ($p=0.002$). Se concluyó que el conocimiento se vincula de manera significativa con las prácticas de autocuidado en los hipertensos.

Asimismo, en Iquitos Acho K. (17) en el 2023 condujeron una indagación donde evaluaron el conocimiento y el autocuidado en 112 hipertensos, se empleó un diseño cuantitativo, observacional, transversal, prospectivo y correlacional. Los datos evidenciaron que el 59,8% de los participantes poseía un conocimiento adecuado, lo cual se relacionó significativamente con el sexo femenino ($p=0,005$) y con la recepción de información ($p=0,031$). Por otro lado, el 39,1% de los sujetos mostró un nivel adecuado de autocuidado, el cual se compartía con la edad ($p=0,037$), el sexo femenino ($p=0,001$) y la obtención de información sobre la enfermedad ($p=0,01$). Asimismo, el 47,8% de los individuos que presentaron un conocimiento adecuado también evidenciaron prácticas de autocuidado apropiadas ($p=0,025$). Se concluyó que un nivel elevado de conocimiento se correlaciona de manera significativa con la promoción del autocuidado en pacientes hipertensos.

Condori C (18) en Ayacucho en el 2023, evaluaron el conocimiento y las prácticas de autocuidado en 65 hipertensos, bajo un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental, transversal, correlacional. Los datos evidenciaron que el 58,5% de los participantes poseían un conocimiento de nivel medio, el 27,7%. un conocimiento bajo y el 13,8% un conocimiento alto.

En relación con las prácticas de autocuidado, se supervisaba que la mayoría presentaba un nivel medio (87,7%), seguido de un nivel bajo (10,8%) y un nivel alto (1,54%). Además, se evidenció una asociación significativa entre estas dos variables ($p=0.041$). se concluyó que, a mayor nivel de conocimientos, los adultos mayores manifiestan una práctica de autocuidado más consistente y favorable.

Además, Arce (19) en el 2024 condujeron una indagación en Chimbote donde examinaron el conocimiento y de prácticas de autocuidado en 30 hipertensos, se empleó un enfoque cuantitativo, no experimental y descriptivo. Los datos revelaron que el nivel de conocimiento se clasificó predominantemente como medio (53,3%) y bajo (10%). En relación con los factores de riesgo, el 80% de los participantes se situó en un nivel medio, mientras que el 20% se ubicó en un nivel bajo. En cuanto a las complicaciones, el 56,7% alcanzó un nivel medio y el 16,6% un nivel bajo. En lo que, respecto al tratamiento, se observa una predominancia del nivel bajo (83,4%). Por último, en relación con el autocuidado, se supervisa un nivel considerado regular (83,4%) en autocuidado universal, 90% en autocuidado del desarrollo y un 66,7% en desviación de la salud. Se concluyó que los pacientes evaluados exhiben un conocimiento global y habilidades de autocuidado en un nivel considerado regular en relación con el manejo de la HTA.

Cano N. (20) en el 2023 emprendió una investigación en Puno enfocado en evaluar el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en 195 pacientes con HTA. La investigación fue de enfoque cuantitativo, método descriptivo inductivo correlacional y diseño no experimental. Los datos evidenciaron que el 64,1% tenía un conocimiento medio y el 34,4% tenía un conocimiento alto. En lo que respecta al autocuidado, el 51,3% tenía prácticas inadecuadas y el 48,7% tenía prácticas adecuadas en alimentación. En cuanto al seguimiento y control, el 54,4% realizó

prácticas adecuadas, mientras que el 45,6% realizó prácticas inadecuadas. Se concluyó que un mayor nivel de conocimiento favorece la práctica del autocuidado.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Primera variable: Conocimientos sobre la HTA

Chapman (21) menciona que la HTA representa un padecimiento cardiovascular persistente que se caracteriza por la elevación sostenida e indómita de la presión hemodinámica que ejerce sobre la red vascular; esta patología es resultado de una alteración multifactorial que involucra mecanismos neuroendocrinos, renales y vasculares responsables de modular la resistencia periférica, el volumen intravascular y el equilibrio hídrico y de sodio.

Asimismo, esta condición se caracteriza por una progresión paulatina y poco manifiesta, lo que favorece diagnósticos demorados y dificulta el control oportuno; por lo tanto, la prevención, el monitoreo sistemático y la educación en salud se han convertido en elementos fundamentales para su manejo (22). El tratamiento no se limita a la farmacología: requiere que el individuo modifique sus costumbres vitales, tenga una comprensión sólida de su enfermedad y participe de manera activa en su autocuidado (22).

El conocimiento sobre autocuidado puede definirse como el cúmulo de conocimientos, entendimientos, habilidades cognitivas y criterios valorativos que un individuo tiene en relación a su enfermedad y las acciones que debe implementar para mantener su bienestar y evitar daños clínicos. En lo que respecta a la HTA, esta información incluye desde el entendimiento básico de qué constituye la HTA y los elementos que la agravan, hasta el significado de las cifras tensionales y las acciones requeridas para mantener un control constante (23).

Este conocimiento no se restringe a la información teórica, sino que conlleva habilidad de incorporar esos saberes en el día a día y de utilizarlos intencionalmente; por ejemplo, reconocer cómo la presión arterial se ve afectado por un alto consumo de sodio, La inactividad corporal y la presión emocional sostenida, se pueden tomar decisiones razonadas y proactivas. De esta manera, un conocimiento adecuado mejora la adherencia a la terapia, aumenta la autoeficacia y fomenta una postura más consciente hacia el cuidado personal. Asimismo, este conocimiento actúa como un amortiguador de riesgos, pues proporciona al individuo herramientas para reconocer señales de alerta, gestionar su tratamiento y cambiar prácticas dañinas (23).

Definición de la dimensión conceptos generales

Esta dimensión abarca los componentes cognitivos fundamentales que facilitan a la persona hipertensa entender su diagnóstico y asumir su papel como autogestor; incluye conceptos básicos sobre la naturaleza de la HTA, los métodos para medirla presión arterial, los factores que pueden alterarla y los niveles tensionales considerados normales o patológicos; estos conceptos fundamentales son la base cognitiva en la que se fundamentan prácticas de autocuidado más elaboradas (24).

De igual manera, abarca el conocimiento relativo a los estilos de vida cardiosaludables, incluyen medidas tales como la contención razonable del sodio, la movilización corporal habitual, la utilización prudente de grasas saturadas, la ingestión hídrica apropiada, la gestión psicoafectiva y la evitación de sustancias lesivas; estos componentes son indispensables para que la persona comprenda la relación entre sus hábitos cotidianos y la estabilidad de su presión arterial (24).

Dimensión definición de las consecuencias

Las consecuencias asociadas al nivel de conocimiento pueden manifestarse en resultados favorables o adversos. Cuando el conocimiento es apropiado, se favorece un control de tensión

más equilibrado, se reduce la posibilidad de sufrir complicaciones cardiometabólicas y se consolidan las prácticas preventivas; este conocimiento facilita la toma de decisiones oportunas, la interpretación de señales corporales y el cumplimiento riguroso del tratamiento farmacológico, lo cual ejerce un efecto protector sobre la salud. Por otro lado, un conocimiento insuficiente puede provocar que se subestime el diagnóstico, se interrumpan los tratamientos, se mantengan costumbres perjudiciales y se enfrenten problemas para detectar situaciones de riesgo; esto aumenta la probabilidad de que el individuo sea hospitalizado, lo hace más vulnerable y acelera el surgimiento de complicaciones crónicas, también puede generar efectos psicológicos como miedo, incertidumbre o sensación de falta de control (25).

En el contexto específico de la función renal, un nivel adecuado de conocimiento permite comprender que la HTA no controlada puede ocasionar un daño progresivo en los vasos sanguíneos de los riñones, lo que a su vez disminuye el filtrado glomerular y puede derivar en ERC. Por lo tanto, los individuos que cuentan con una mayor información tienden a adoptar conductas que reducen la carga hemodinámica renal y contribuyen a la preservación de su funcionamiento a largo plazo (26).

Asimismo, las consecuencias neurológicas de la HTA son el daño progresivo de los vasos sanguíneos cerebrales, lo cual incrementa el riesgo de accidentes cerebrovasculares isquémicos y hemorrágicos. Además, se observa una disminución del flujo sanguíneo cerebral, deterioro cognitivo, problemas de memoria, dificultades en la concentración, alteraciones del habla, pérdida de coordinación y debilidad muscular súbita. Los efectos mencionados se originan a partir de la presión elevada y sostenida, la cual impacta de manera directa la irrigación cerebral y acelera los procesos de deterioro neurológico (27).

Finalmente, la falta de conocimiento limita la colaboración entre el paciente y los trabajadores de salud, lo cual complica la aplicación de intervenciones integrales. Al contrario, un conocimiento sólido promueve una relación de cooperación, propicia la autodeterminación y mejora las perspectivas terapéuticas a largo plazo (27).

2.2.2. Segunda variable: Practica de autocuidado de la HTA

Definición de la variable práctica de autocuidado.

Las prácticas de autocuidado en hipertensos hacen referencia al conjunto de acciones deliberadas, decisiones conscientes y prácticas sistemáticas que una persona diagnosticada con HTA realiza para mantener la estabilidad de su presión arterial y evitar problemas relacionados. Este procedimiento requiere que el individuo participe de manera activa y continua, incorporando conocimientos, habilidades y actitudes para ajustar su estilo de vida según su condición clínica; por ende, el autocuidado se basa en la autogestión, lo que significa que el individuo tiene la habilidad de monitorear su salud, interpretar señales fisiológicas y reaccionar a tiempo frente a cualquier cambio (28).

Además, el autocuidado requiere una reestructuración exhaustiva del modo de vida a través de una alimentación apropiada, ejercicio físico con regularidad, cumplimiento del tratamiento y prácticas sanitarias dirigidas a disminuir los riesgos. Este proceso, que es permanente y flexible, requiere que la persona participe de manera activa en el manejo de su bienestar, admitiendo que la HTA es una condición crónica que necesita un control constante. El grado de conocimiento, la motivación individual y la percepción de control sobre la enfermedad son factores que influyen significativamente en la capacidad para sostener estas acciones; estos elementos hacen posible llegar a resultados clínicos más estables y perdurables (29).

Dimensión alimentación

La dimensión alimentación representa un elemento clave del autocuidado en la HTA, ya que los hábitos dietéticos tienen un impacto directo sobre la presión arterial, además abarca la habilidad de una persona para elegir, estructurar y regular su consumo de nutrientes para que su estabilidad hemodinámica se beneficie, esto incluye una dieta baja en sodio, rica en verduras, frutas, fibras alimenticias y alimentos procesados de manera mínima. Asimismo, supone una moderación en la ingesta de azúcares simples, grasas saturadas y productos procesados que sean capaces de aumentar el riesgo cardiovascular (30).

La alimentación fomenta un enfoque educativo y reflexivo, en el que el individuo entiende cómo cada decisión alimentaria tiene consecuencias fisiológicas, este entendimiento posibilita tomar decisiones más responsables, promueve la autogestión y favorece que se sigan patrones alimentarios provechosos de manera sostenida. Igualmente, una alimentación apropiada actúa como un pilar de prevención que puede disminuir la necesidad de intervenciones farmacológicas intensivas y reducir el número de crisis hipertensivas (31).

Asimismo, esta dimensión comprende la planificación de menús, el control de porciones y la interpretación crítica de etiquetas nutricionales, todo ello configura un proceso alimentario consciente, orientado hacia el mantenimiento de cifras tensionales dentro de rangos óptimos y hacia la prevención de complicaciones a largo plazo (31).

Dimensión actividad física

La dimensión actividad física involucra la participación regular y estructurada de la persona con HTA en ejercicios físicos que ayudarán a optimizar su capacidad cardiovascular, disminuir la resistencia vascular periférica y fomentar un equilibrio metabólico apropiado. En el marco del autocuidado, se considera la actividad física como una herramienta terapéutica de carácter natural, cuyo impacto regulador sobre la presión arterial está bien corroborado (32).

De igual manera es importante que la persona hipertensa reconozca que la actividad física moderada, realizada de manera constante, mejora la función del sistema circulatorio, optimiza el gasto cardíaco y reduce la presión arterial basal; además, favorece la disminución del estrés, optimiza el oxígeno en los tejidos y aumenta la percepción de bienestar general (33).

La actividad física también está relacionada con la responsabilidad individual de asignar períodos de movimiento en la rutina diaria, evitando así el sedentarismo excesivo; esto abarca caminatas, ejercicios aeróbicos de bajo impacto, estiramientos y actividades adecuadas a la condición física del individuo; por lo tanto, la dimensión de actividad física funciona como un eje clave para el control estable de la tensión y la prevención de problemas cardiovasculares (33).

Dimensión tratamiento hipertensivo

La dimensión tratamiento hipertensivo alude al conjunto de acciones conscientes y sostenidas mediante las cuales la persona adherente administra de manera correcta los fármacos prescritos, comprende su finalidad terapéutica y mantiene un seguimiento riguroso de los controles clínicos. La adherencia es un elemento esencial del autocuidado debido a que la efectividad de los fármacos depende significativamente de la puntualidad, la disciplina y la constancia en el suministro del medicamento. Esta dimensión abarca los mecanismos de acción de los antihipertensivos, la importancia de los horarios establecidos, la detección de eventuales efectos negativos y el contacto adecuado con el personal sanitario ante cualquier irregularidad. El conocimiento apropiado del tratamiento mejora la toma de decisiones informadas, rectifica ideas equivocadas y favorece una relación cooperativa con los servicios sanitarios (34).

En un sentido más amplio, esta dimensión integra el tratamiento farmacológico con las modificaciones necesarias del estilo de vida, reconociendo que ambas esferas operan de manera sinérgica. Un régimen terapéutico cumplido con rigurosidad no solo contribuye al descenso de la

presión arterial, sino que disminuye la susceptibilidad a complicaciones del sistema cardiovascular, renales y neurológicas, otorgando al individuo una estabilidad clínica más sólida y una calidad de vida superior. Esta articulación entre medicación y prácticas saludables convierte al tratamiento hipertensivo en un pilar fundamental del autocuidado integral (35).

Dimensión hábitos sanitarios

La dimensión hábitos sanitarios agrupa el conjunto de prácticas dirigidas a mantener condiciones de vida saludables, las cuales facilitan el control de la HTA y la prevención de factores desencadenantes, se Incluyen conductas tales como el mantenimiento adecuado de la higiene personal, el control del peso corporal, la gestión del estrés, la moderación en el consumo de sustancias nocivas, como el tabaco o el alcohol, así como la adopción de rutinas que favorecen un equilibrio psicosocial adecuado (36).

Los hábitos sanitarios operan como un mecanismo de protección que complementa diversas dimensiones del autocuidado, al promover un entorno fisiológico más equilibrado y disminuir la influencia de factores que pueden agravar la presión arterial; la persona hipertensa debe reconocer que estos hábitos no constituyen aisladas, sino prácticas sistemáticas que, en conjunto, promueven una vida saludable, un bienestar sostenido y un pronóstico favorable a largo plazo (36).

Esta dimensión también aborda la relevancia de la monitorización periódica de la presión arterial, la continuidad en el seguimiento de las citas médicas y la detección temprana de signos de alerta. A través de la adopción de estos hábitos, el individuo desarrolla una capacidad incrementada para el control y la prevención, lo que a su vez refuerza la autoconsciencia respecto a su estado de salud y potencia su autonomía en el ámbito terapéutico (36).

Teoría de enfermería del autocuidado de Dorothea Orem

La teoría del conocimiento formulada por Bloom postula que el conocimiento trasciende la mera acumulación de información, constituyendo un proceso estructurado que abarca diversos niveles cognitivos: recordar, comprender, aplicar, analizar, evaluar y crear. Desde esta perspectiva, el conocimiento abarca no solo el reconocimiento de datos, sino también la capacidad de interpretarlos, aplicarlos en contextos reales y formular juicios fundamentados que guían el proceso de toma de decisiones. La Teoría en cuestión postula que un mayor nivel de procesamiento cognitivo se correlaciona con una mayor capacidad para transformar la información en acciones concretas y sostenidas (37).

En el contexto del autocuidado del paciente hipertenso, la teoría de Bloom menciona que para entender cómo el conocimiento adquirido acerca de la HTA determina la calidad de las decisiones que el paciente adopta en su vida cotidiana. Los individuos que únicamente retienen información presentan un nivel básico de conocimiento que, en general, no se traduce en modificaciones conductuales significativas. Por el contrario, aquellos que comprenden, aplican y evalúan lo aprendido demuestran una mayor capacidad para realizar ajustes en su dieta, adherirse a tratamientos, controlar la presión arterial e identificar signos de alarma. En consecuencia, esta teoría sustenta la premisa de la investigación, que postula que un mayor nivel de conocimiento facilita la adopción efectiva de prácticas de autocuidado, lo cual influye de manera directa en la estabilidad clínica y en la prevención de complicaciones (37).

La teoría del déficit de autocuidado de Orem postula que los individuos poseen una capacidad innata para el autocuidado; sin embargo, esta capacidad puede ser insuficiente ante ciertas condiciones de salud. Orem establece una clasificación de requisitos que incluye, en primer lugar, los requisitos universales, que abarcan aspectos fundamentales como la alimentación, la actividad física y la prevención de riesgos. En segundo lugar, se encuentran los requisitos relacionados con

la salud, que se centran en el manejo de enfermedades crónicas. Por último, Orem identifica los requisitos de desarrollo, los cuales se refieren a la adaptación a cambios vitales, cuando la capacidad de autocuidado es inferior a las demandas impuestas por la condición de salud, se genera un déficit que requiere la intervención de profesionales (38).

En pacientes hipertensos, la teoría de Orem subraya que el autocuidado, tales como una dieta baja en sodio, la realización de actividad física regular, la adherencia a los tratamientos farmacológicos, el control de la presión arterial y la adopción de hábitos sanitarios preventivos, es imprescindible para conservar la estabilidad hemodinámica. Esta teoría sostiene que el autocuidado es un acto deliberado y aprendido, cuyo éxito depende de la competencia del individuo para afrontar las demandas de su enfermedad crónica. En consecuencia, evaluar las prácticas de autocuidado permite identificar déficits que podrían incrementar el riesgo de descompensaciones y de complicaciones renales, cardiovasculares y oculares (38).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Ho: No Existe relación significativa entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

2.3.2 Hipótesis específicas

H1: Existe relación significativa entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión alimentación en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

H2: Existe relación significativa entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión actividad física en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

H3: Existe relación significativa entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión tratamiento hipertensivo en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

H4: Existe relación significativa entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión hábitos sanitarios en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Para llevar a cabo este estudio, se empleó un enfoque hipotético-deductivo, formulando hipótesis que fueron posteriormente evaluadas con los datos recolectados, lo que permitió derivar conclusiones fundamentadas (39).

3.2. Enfoque de la investigación

Este estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, centrado en la recolección de datos estructurados para examinar patrones y relaciones entre las variables estudiadas. La información obtenida permitió realizar análisis estadísticos rigurosos, optimizando la comprensión analítica de los resultados y la elaboración de conclusiones confiables (40).

3.3. Tipo de investigación

Esta investigación se consideró de tipo básica, ya que buscó generar conocimientos teóricos sobre el fenómeno estudiado sin enfocarse en su aplicación inmediata. Los resultados aportan información fundamental que puede orientar investigaciones posteriores y contribuir a una comprensión más integral del tema. (41).

3.4. Diseño de la investigación

El estudio se desarrolló bajo un diseño no experimental, ya que las variables fueron observadas tal como ocurren naturalmente, sin intervención del investigador. La recolección de información se realizó en un único periodo de tiempo, caracterizando un corte transversal, y se adoptó un enfoque correlacional para identificar y estimar la fuerza de la asociación entre los constructos analizados, permitiendo analizar su asociación estadística (42).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

La población de un estudio comprende todos los individuos o unidades que comparten una característica determinada y que forman el grupo sobre el cual se centra la investigación (43). Este estudio estuvo conformado por 576 pacientes con diagnóstico de HTA que acudieron a consultorio de cardiología de un Hospital de Villa el Salvador.

Muestra

El tamaño muestral se determinó a partir de la población total de 576 pacientes con diagnóstico de HTA que acudieron al consultorio de cardiología de un hospital en Villa el Salvador, utilizando la fórmula para población finita, la cual se detalla a continuación para calcular de manera precisa el número de participantes necesarios para el estudio.

Dicho tamaño muestral se obtuvo mediante la siguiente fórmula de población finita:

$$n = \frac{NZ^2pq}{e^2(N-1) + Z^2pq}$$

$$norte = \frac{576 * (1,96)^2 * 0,5 * (1 - 0,5)}{(0,05)^2 * (576 - 1) + (1,96)^2 * 0,5 * (1 - 0,5)}$$

Desglosando los cálculos:

$$n = \frac{576 * 3,8416 * 0,25}{0,0025 * 575 + 3,8416 * 0,25}$$

$$n = \frac{553,1904}{1,4375 + 0,9604}$$

$$n = \frac{553,1904}{2,3979}$$

$$n \approx 231$$

Por lo tanto, el tamaño de la muestra es **231** individuos.

Criterios de inclusión:

- Usuarios con diagnóstico de HTA
- Usuarios varones o mujeres.
- Usuarios mayores de 18 años.
- Usuarios que firmen el consentimiento informado.
- Usuarios que acepten participar de forma voluntaria en el presente estudio.

Criterios de exclusión:

- Usuarios sin diagnóstico de la enfermedad de HTA.
- Usuarios que no firmen el consentimiento informado
- Usuarios que no acepten participar en el presente estudio
- Usuarios que no llenaron correctamente o no terminen de completar los instrumentos

Muestreo

El muestro empleado es aleatorio simple, y con igualdad de probabilidad de selección para cada sujeto, lo que contribuye a que los resultados reflejen fielmente el conjunto poblacional.

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Conocimiento de la hipertensión arterial	El conocimiento consiste en adquirir información y comprenderla a partir de experiencias previas, de manera que la persona pueda elaborar conceptos y generar ideas originales a partir de esa integración. (21)	Esta variable en la investigación permitirá evaluar la habilidad del usuario para comprender y abordar los aspectos generales de la HTA	Conceptos generales	– Concepto – Valores – Sintomatología – Causas – Factores	Ordinal	Bajo: 0 a 3 Medio: 4 a 7 Alto: 8 a 10
			Consecuencias	- Cardíaco - Periférico - Cerebral - Renal - Ocular		
Práctica de autocuidado	Las prácticas de autocuidado comprenden todas las acciones cotidianas que una persona realiza	En la variable de autocuidado, refiere a las actividades realizadas por el paciente y su entorno para cuidar su salud.	Alimentación	– Alimentación baja en sal – Régimen hipolipídico – Dieta de bajo contenido glucídico – Alimentos de origen vegetal	Ordinal	Deficiente 12 a 28 Regular 29 a 44 Eficiente 45 a 60

	para mantener su bienestar, así como las medidas que su familia y entorno implementan para apoyar y proteger su salud. (35)	Esto abarca aspectos como la alimentación, los hábitos o costumbres del paciente, visita médica.	Actividad física	– Inactividad física prolongada – Movilidad cotidiana – Deporte		
			Tratamiento hipertensivo	– Terapéutica farmacológica – Regulación de la HTA – Regulación del peso corporal		
			Hábitos sanitarios	– Mitigación de conductas de riesgo – Vigilancia clínica		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Para la obtención de información se hizo uso de la encuesta, dirigida a evaluar tanto el conocimiento como las prácticas de autocuidado de los participantes. Cada persona de la muestra respondió de manera individual, utilizando como instrumento un cuestionario estructurado. Este consistió en un bloque de ítems de respuesta cerrada, concebidos para recabar información específica y precisos sobre las variables estudiadas. (44).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento 1: El cuestionario sobre el conocimiento de la HTA, fue elaborado por García y Gonzales (45)”; que consta de un total de 10 preguntas. Estas preguntas abarcaban dimensiones, que incluyen los conceptos generales (1, 2, 3,4,5) y consecuencias (6,7,8,9,10). La corrección se realiza sumando los puntajes de cada pregunta, una respuesta errónea recibe una puntuación de cero, mientras que una respuesta acertada recibe una puntuación de uno. Finalmente, la evaluación de las dimensiones se realizó clasificando los puntajes en tres niveles. En la dimensión Conceptos generales, un puntaje de 0 a 1 se consideró bajo, de 2 a 3 medio y de 4 a 5 alto. De manera similar, en la dimensión Consecuencias, los puntajes de 0 a 1 se interpretaron como bajo, de 2 a 3 como medio, y de 4 a 5 como alto. Finalmente, en la dimensión Conocimiento general, se consideró bajo un puntaje de 0 a 3, medio de 4 a 7 y alto de 8 a 10.

Instrumento 2: El cuestionario sobre la práctica de autocuidado de la HTA, realizado por García y Gonzales (45) en su estudio titulado "Conocimiento y autocuidado en pacientes con HTA que acuden al Centro de Salud Salaverry– Trujillo, 2023 ", consistía en un total de 12 preguntas. Estas preguntas estaban divididas en dos dimensiones, que abarcaban alimentación (ítems del 1 a 4), actividad física (ítems del 5 a 7), tratamiento hipertensivo (ítems del 8 a 10) y hábitos sanitarios

(ítems 11 a 12). La corrección se realizó sumando los puntajes de cada pregunta, una respuesta errónea recibe una puntuación de cero, mientras que una respuesta acertada recibe una puntuación de uno. Finalmente, la evaluación de las dimensiones se categorizó en tres niveles según los rangos de puntaje obtenidos. En la dimensión Alimentación, un puntaje de 4 a 8 se consideró deficiente, de 9 a 14 regular y de 15 a 20 eficiente. En Actividad física y Tratamiento hipertensivo, los puntajes de 3 a 6 se interpretaron como deficiente, de 7 a 11 como regular y de 12 a 15 como eficiente. Para Hábitos sanitarios, se clasificó como deficiente un puntaje de 2 a 4, regular de 5 a 7 y eficiente de 8 a 10. Finalmente, en Prácticas de autocuidado, los puntajes de 12 a 28 se consideraron deficientes, de 29 a 44 regulares y de 45 a 60 eficientes.

3.7.3. Validación

Cuestionario de conocimiento sobre la hipertensión

La validez del instrumento sobre el conocimiento de la HTA fue verificada por un panel conformado por tres expertos reconocidos en el campo correspondiente. Estos especialistas llevaron a cabo un análisis detallado del instrumento, evaluando su consistencia interna, pertinencia e idoneidad para el propósito previsto. Su evaluación meticulosa proporcionó una validación sólida y confiable del instrumento en cuestión, respaldando así su utilidad y confiabilidad en el contexto de la investigación o aplicación específica en la que se utilizó (45).

Cuestionario de prácticas de autocuidado

En esta situación, la validez del instrumento fue evaluada por un comité compuesto por tres expertos altamente cualificados en el campo pertinente. Estos especialistas llevaron a cabo un análisis minucioso del instrumento, examinando su coherencia interna, relevancia y adecuación para el propósito previsto. Su evaluación exhaustiva proporcionó una validación sólida y confiable

del instrumento en cuestión, respaldando así su utilidad y fiabilidad en la investigación o contexto específico en el que se emplea (45)

3.7.4. Confiabilidad

Cuestionario de conocimiento sobre la hipertensión

Según el reporte de los autores del instrumento, el cuestionario presentó una confiabilidad adecuada; para profundizar en esta evaluación, se realizó un estudio piloto, en el cual se calculó un KR-20 de 0,921, lo que evidencia una alta consistencia interna del instrumento para medir las variables del estudio.

Cuestionario de prácticas de autocuidado

Las investigadoras llevaron a cabo una prueba piloto en un grupo de 20 pacientes hipertensos en un lugar de estudio diferente, pero con características similares. Utilizaron el programa estadístico SPSS 26.0 y aplicaron el Alfa de Cronbach para evaluar la consistencia práctica de autocuidado ($\alpha=0.907$).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Se solicitó el consentimiento al área de cardiología de un hospital de Villa El Salvador psrs reunir la información necesaria para el procesamiento de variables. Una vez obtenida la autorización, se coordinaron los días para llevar a cabo la recopilación de información mediante las encuestas y cuestionarios correspondientes. Posteriormente, los datos recopilados se codificaron y se realizaron tablas matrices para su posterior análisis estadístico utilizando el programa SPSS versión 26. En principio, se generaron tablas que presentaron frecuencias y porcentajes relevantes. Se efectuó la prueba de Kolmogórov-Smirnov con el fin de verificar la normalidad de los datos; conforme a los hallazgos obtenidos, se seleccionó la prueba de correlación de Spearman.

1.9. Aspectos éticos

Se solicitó la autorización del director del Hospital de Villa El Salvador, así como de la responsable de los Consultorios de Cardiología, y se obtuvo el consentimiento informado de los usuarios con diagnóstico de HTA. Durante el desarrollo de la investigación se garantizó el estricto cumplimiento de los principios bioéticos fundamentales que rigen la práctica científica.

En relación con el principio de autonomía, se aseguró que los participantes contaran con información clara, suficiente y comprensible respecto a las metas del estudio, su involucramiento fue de carácter voluntario y el derecho a retirarse en cualquier momento, sin que ello generara consecuencias adversas. El principio de beneficencia se consideró prioritario, orientando la investigación a la obtención de beneficios justificados para los participantes, particularmente en la mejora del conocimiento, manejo o control de la HTA.

Asimismo, se respetó el principio de no maleficencia, adoptando las medidas necesarias para prevenir cualquier daño físico, psicológico o social, mediante la mitigación de los riesgos y el incremento de las ventajas potenciales. Finalmente, se garantizó el principio de justicia, asegurando una selección equitativa y no discriminatoria de los participantes, de igual modo, una redistribución justa de las ventajas obtenidas, considerando la relevancia social del estudio (56).

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de la edad

Edad	f	%
25 a 35 años	82	35,5
36 a 50 años	95	41,1
51 a 66 años	54	23,4
Total	231	100,0

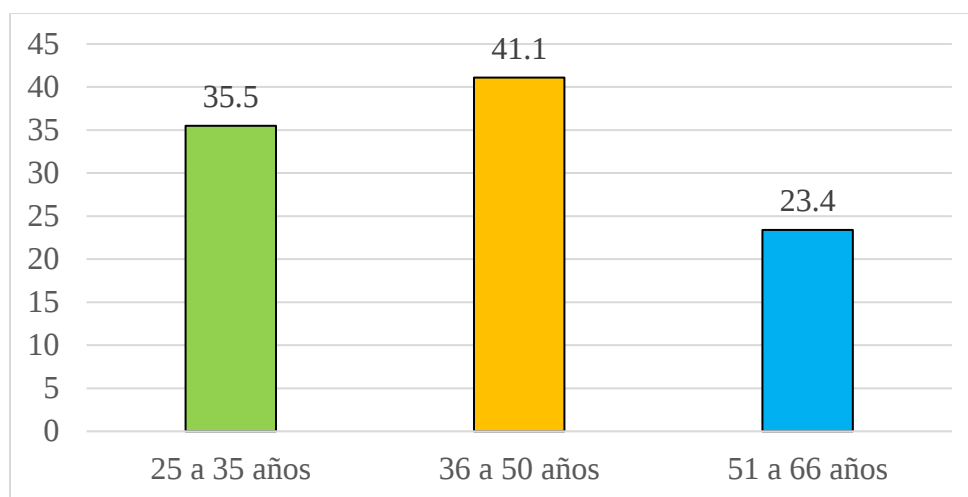
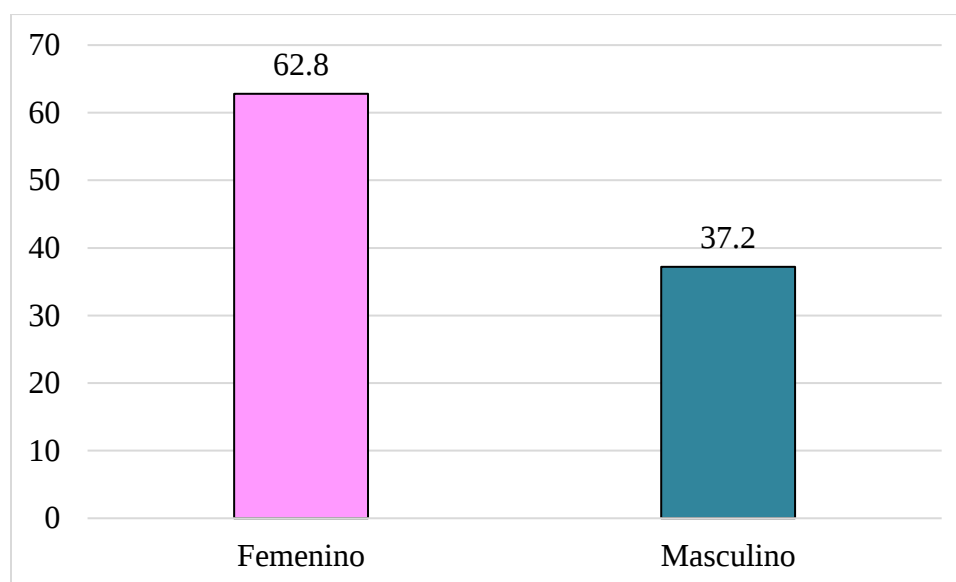


Figura 1. Gráfico de barras de la frecuencia y porcentaje de la edad

De acuerdo con la tabla 1 se evidenció que la mayoría de los pacientes se encuentra en el rango de 36 a 50 años, representando el 41,1%, seguido por el grupo de 25 a 35 años con un 35,5%, mientras que el grupo de 51 a 66 años constituye la menor proporción con 23,4%.

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje del sexo

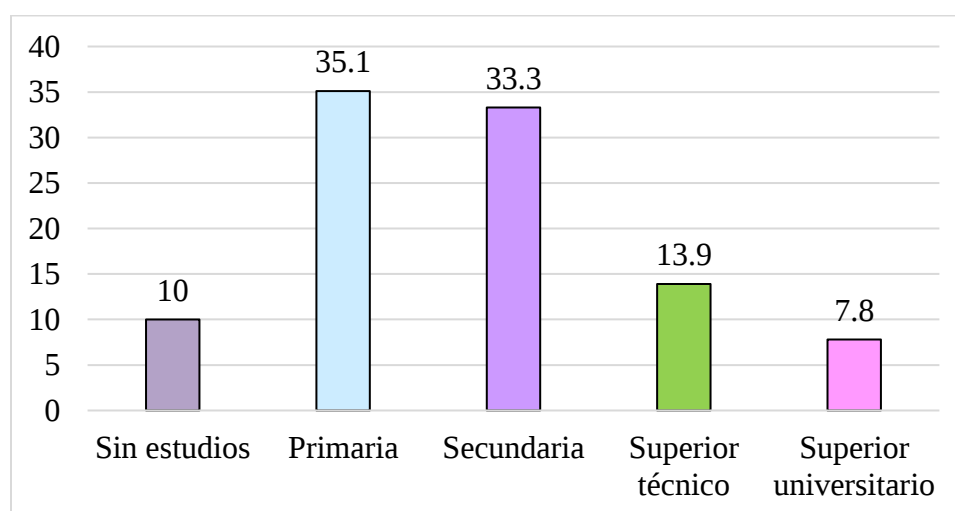
Sexo	f	%
Femenino	145	62,8
Masculino	86	37,2
Total	231	100,0

**Figura 2.** Gráfico de barras de la frecuencia y porcentaje del sexo

Según la tabla 2 se mostró que el 62.8% de los pacientes fueron mujeres, mientras que los hombres representan un 37,2%.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje del grado de instrucción

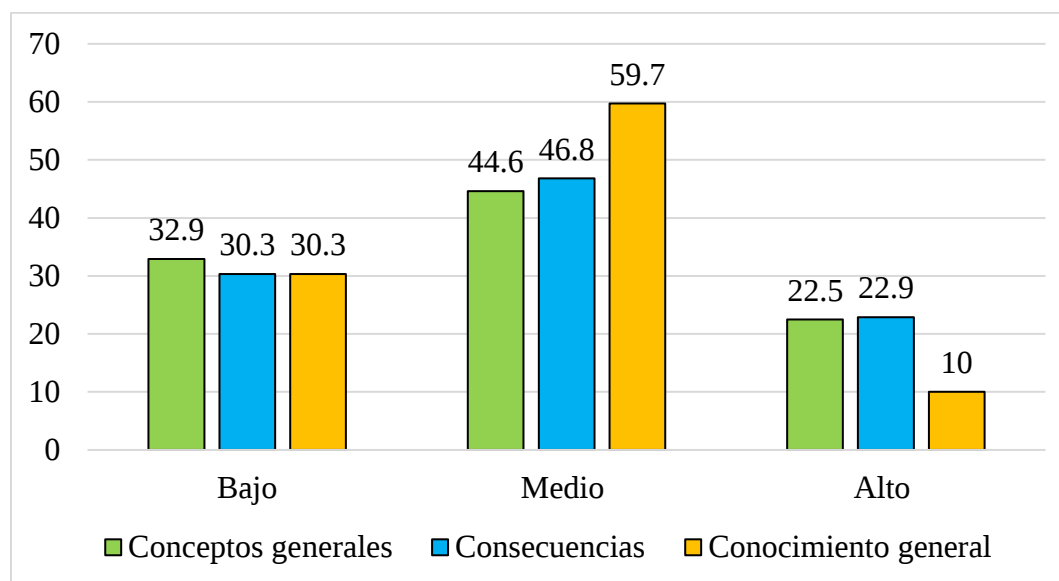
Grado de instrucción	<i>f</i>	%
Sin estudios	23	10,0
Primaria	81	35,1
Secundaria	77	33,3
Superior técnico	32	13,9
Superior universitario	18	7,8
Total	231	100,0

**Figura 3.** Gráfico de barras de la frecuencia y porcentaje del grado de instrucción

Respecto a la tabla 3 se observó que la mayoría de los pacientes cuentan con educación primaria (35,1%) o secundaria (33,3%), mientras que un 10% no posee estudios formales. Por otro lado, los niveles educativos superiores están menos representados, con un 13,9% en educación superior técnica y solo un 7,8% en educación universitaria.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de la variable conocimiento y sus dimensiones

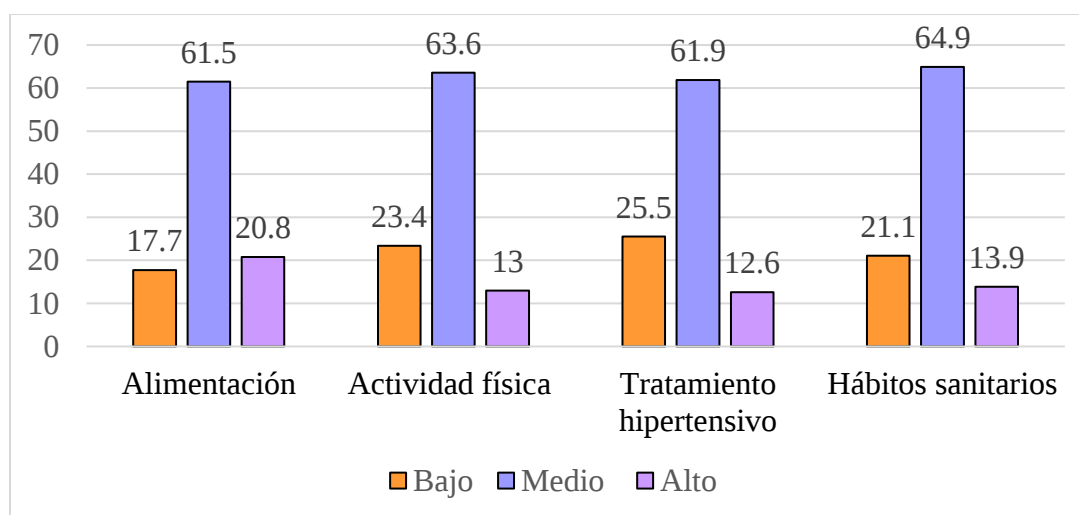
Dimensiones/ Variable	Bajo		Medio		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Conceptos generales	76	32.9	103	44.6	52	22.5
Consecuencias	70	30.3	108	46.8	53	22.9
Conocimiento general	70	30.3	138	59.7	23	10.0

**Figura 4.** Frecuencia y porcentaje de la variable conocimiento y sus dimensiones

De acuerdo con la tabla 4 se evidenció que en las dimensiones del conocimiento predomina el nivel medio entre los pacientes, observándose que el 44,6% alcanza este nivel en conceptos generales, el 46,8% en la dimensión de consecuencias y el 59,7% en conocimiento general.

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de la variable prácticas de autocuidado y sus dimensiones

Dimensiones/ Variable	Deficiente		Regular		Eficiente	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alimentación	41	17.7	142	61.5	48	20.8
Actividad física	54	23.4	147	63.6	30	13.0
Tratamiento hipertensivo	59	25.5	143	61.9	29	12.6
Hábitos sanitarios	49	21.1	150	64.9	32	13.9
Prácticas de autocuidado	59	25.5	141	61.0	31	13.4

**Figura 5.** Frecuencia y porcentaje de la variable prácticas de autocuidado y sus dimensiones

Según la tabla 5 se evidenció que, en las prácticas de autocuidado de los pacientes con HTA, predomina el nivel regular en todas ellas. Específicamente, el 61,5% de los pacientes tiene un nivel regular en alimentación, el 63,6% en actividad física, el 61,9% en tratamiento hipertensivo, el 64,9% en hábitos sanitarios y el 61,0% en prácticas de autocuidado en general.

Tabla 6. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

Kolmogorov-Smirnov ^a			
	Estadístico	gl	Sig.
Conocimiento	,329	231	,000
Prácticas de autocuidado	,323	231	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Según la tabla 6, se pueden notar los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, mostrando que en todos los casos el nivel de significancia fue inferior a 0.05, lo que sugiere una falta de normalidad. Por lo tanto, se optará por utilizar estadística no paramétrica, específicamente la prueba de correlación de Spearman en análisis posteriores.

4.1.2 Prueba de hipótesis

Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Ho: No Existe relación significativa entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Tabla 7. Correlación entre el conocimiento de hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en pacientes de cardiología

		Práctica de autocuidado							
		Deficiente		Regular		Eficiente			
		f	%	f	%	f	%	p	r
Conocimiento	Bajo	41	17.7	29	12.6	0	0.0	0.000	0.621
	Medio	18	7.8	108	46.8	12	5.2		
	Alto	0	0.0	4	1.7	19	8.2		
	Total	59	25.5	141	61.0	31	13.4		

En la tabla 7 se mostró que el 46.8% de los pacientes tuvieron conocimiento medio y prácticas de autocuidado regular; además, el 17.7% manifestó conocimiento bajo y prácticas de autocuidado deficiente; por otro lado, el 8.2% presentó conocimiento alto y prácticas de autocuidado eficiente.

La correlación entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en pacientes es estadísticamente importante ($p = 0,000$), con un coeficiente de evaluación $r = 0,621$, lo que muestra que hay una relación fuerte y directa; por lo tanto, se aceptó la H1.

Hipótesis específica 1

Hi: Existe relación significativa entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión alimentación en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Ho: No existe relación significativa entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión alimentación en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Tabla 8. Correlación entre el conocimiento de hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en la dimensión alimentación en pacientes de cardiología

		Práctica de autocuidado							
		Deficiente		Regular		Eficiente			
		f	%	f	%	f	%	p	r
Dimensión alimentación	Bajo	29	12.6	39	16.9	2	0.9	0.000	0.562
	Medio	12	5.2	101	43.7	25	10.8		
	Alto	0	0.0	2	0.9	21	9.1		
	Total	41	17.7	142	61.5	48	20.8		

De acuerdo con la tabla 8 se evidenció que el 43.7% de los pacientes exhibió conocimiento medio y prácticas de autocuidado regular en la dimensión alimentación; asimismo, el 12.6% presentó conocimiento bajo y prácticas de autocuidado deficiente en la dimensión alimentación;

mientras que el 10.8% mostró conocimiento alto y prácticas de autocuidado eficiente en la dimensión alimentación.

La correlación entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión alimentación en pacientes es estadísticamente importante ($p=0,000$), presentando un coeficiente $r = 0.562$, lo que corrobora una relación moderada y directa. En consecuencia, se respaldó la H1.

Hipótesis específica 2

Hi: Existe relación significativa entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión actividad física en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Ho: No existe relación significativa entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión actividad física en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Tabla 9. Correlación entre el conocimiento de hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en la dimensión actividad física pacientes de cardiología

		Práctica de autocuidado							
		Deficiente		Regular		Eficiente			
		f	%	f	%	f	%	p	r
Dimensión actividad física	Bajo	32	13.9	38	16.5	0	0.0	0.000	0.512
	Medio	22	9.5	103	44.6	13	5.6		
	Alto	0	0.0	6	2.6	17	7.4		
	Total	54	23.4	147	63.6	30	13.0		

Según la tabla 9 se reflejó que el 44.68% de los pacientes tuvieron conocimiento medio y prácticas de autocuidado regular en la dimensión actividad física; por otro lado, el 13.9% registró conocimiento bajo y prácticas de autocuidado deficiente en la dimensión actividad física;

finalmente, el 7.4% reveló conocimiento alto y prácticas de autocuidado eficiente en la dimensión actividad.

La correlación entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión actividad física en pacientes es estadísticamente importante ($p = 0,000$), con un coeficiente de evaluación $r = 0.512$, lo que existe una relación moderada y directa. Por lo tanto, se aceptó la H1.

Hipótesis específica 3

Hi: Existe relación significativa entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión tratamiento hipertensivo en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Ho: No existe relación significativa entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión tratamiento hipertensivo en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Tabla 10. Correlación entre el conocimiento de hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en la dimensión tratamiento hipertensivo pacientes de cardiología

		Práctica de autocuidado						p	r
		Deficiente		Regular		Eficiente			
		f	%	f	%	f	%		
Dimensión tratamiento hipertensivo	Bajo	47	20.3	21	9.1	2	0.9	0.000	0.610
	Medio	12	5.2	110	47.6	16	6.9		
	Alto	0	0.0	12	5.2	11	4.9		
	Total	59	25.5	143	61.9	29	12.64.8		

En la tabla 10 se registró que el 47.6% de los pacientes mostraron conocimiento medio y prácticas de autocuidado regular en la dimensión tratamiento hipertensivo; mientras el 20.3% reveló conocimiento bajo y prácticas de autocuidado deficiente en la dimensión tratamiento

hipertensivo; y el 6.9% evidenció conocimiento alto y prácticas de autocuidado eficiente en la dimensión tratamiento hipertensivo.

La correlación entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión tratamiento hipertensivo en pacientes es estadísticamente importante ($p=0,000$), presentando un coeficiente $r = 0.610$, lo que corrobora una relación fuerte y directa. En consecuencia, se respaldó la H1.

Hipótesis específica 4

Hi: Existe relación significativa entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión hábitos sanitarios en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Ho: No existe relación significativa entre conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión hábitos sanitarios en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.

Tabla 11. Correlación entre el conocimiento de hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en la dimensión hábitos sanitarios pacientes de cardiología

		Práctica de autocuidado						p	r
		Deficiente		Regular		Eficiente			
		f	%	f	%	f	%		
Dimensión hábitos sanitarios	Bajo	37	16.0	33	14.3	0	0.0	0.000	0.624
	Medio	12	5.2	111	48.1	15	6.5		
	Alto	0	0.0	6	2.6	17	7.4		
	Total	49	21.2	150	64.9	32	13.9		

De acuerdo con la tabla 11 se evidenció que el 48.1% de los pacientes exhibió conocimiento medio y prácticas de autocuidado regular en la dimensión hábitos sanitarios; asimismo, el 16.0% presentó conocimiento bajo y prácticas de autocuidado deficiente en la dimensión hábitos

sanitarios; mientras que el 7.4% mostró conocimiento alto y prácticas de autocuidado eficiente en la dimensión hábitos sanitarios.

La correlación entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión hábitos sanitarios en pacientes es estadísticamente importante ($p=0,000$), presentando un coeficiente $r = 0.624$, lo que corrobora una relación fuerte y directa. En consecuencia, se respaldó la H1.

4.1.3 Discusión de resultados

La HTA es una enfermedad frecuente que, al no controlarse adecuadamente, puede causar complicaciones graves en órganos vitales; el conocimiento del paciente sobre la enfermedad y la práctica de autocuidado son fundamentales para optimizar el control de la presión arterial y prevenir riesgos; estudiar esta relación permite identificar áreas de optimización de la educación sanitaria y de la gestión clínica de los pacientes hipertensos.

Respecto al objetivo general, el conocimiento se relaciona con las prácticas de autocuidado en pacientes con HTA es estadísticamente con un valor ($p = 0,000$), con un coeficiente de evaluación $r = 0,621$, lo que corrobora una relación fuerte y directa. Esto demuestra que un mayor nivel de conocimiento sobre la HTA se asocia con mejores prácticas de autocuidado, validando la H1.

Estos resultados tienen concordancia con el estudio de Kurt y Gurdogan (12) en Australia demostraron que el apoyo para el autocuidado mejoró significativamente tanto el conocimiento como la adherencia a las prácticas de autocuidado ($p = 0,000$), además de contribuir a la reducción de la presión arterial. Esto refuerza la idea de que, aunque el conocimiento es fundamental, la

intervención activa y el acompañamiento profesional fortalecen la efectividad de las conductas de autocuidado

En contraste, estos resultados discrepan en lo encontrado por, Sari et al. (11) en Indonesia no encontraron una asociación significativa entre conocimiento y autocuidado ($p = 0,099$; $r = 0,155$), a pesar de que más de la mitad de los pacientes presentaba conocimientos adecuados y actitudes favorables. Esto sugiere que, en algunos contextos, el conocimiento por sí solo puede no ser suficiente para garantizar la adherencia a las prácticas de autocuidado, y podrían intervenir otros condicionantes, incluyendo el incentivo personal, el sostén familiar y las barreras socioculturales.

Estos resultados tienen coherencia con los respaldos teóricos de la teoría del autocuidado de Orem, estos resultados muestran que el conocimiento es un factor determinante para el autocuidado, pero su impacto puede potenciarse cuando se combina con estrategias de apoyo y acompañamiento en la gestión de la HTA.

Al comparar los resultados, se observa que, aunque un mayor conocimiento se asocia con mejores prácticas de autocuidado, esta relación puede variar según el contexto. En algunos casos, el conocimiento por sí solo no garantiza la adherencia, ya que intervienen factores como la motivación, el entorno familiar y las barreras culturales. Por ello, es fundamental fortalecer la formación sanitaria complementaria con estrategias de apoyo y acompañamiento activo, lo que favorece una adopción más efectiva de las conductas de autocuidado y contribuye al control adecuado de la HTA.

En cuanto al primer objetivo específico, se evidencia que existe una correlación significativa entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en la dimensión alimentación en

pacientes con HTA, con un valor estadístico $p = 0,000$ y un coeficiente de correlación $r = 0,562$, lo que corrobora una relación moderada y directa. Esto demuestra que a mayor conocimiento sobre la alimentación adecuada para la HTA, mejores son las prácticas de autocuidado adoptadas por los pacientes, respaldando la H1 planteada.

Estos hallazgos coinciden parcialmente con el estudio de Kurt y Gurdogan (12) realizado en Australia, en el que se observó que el apoyo al autocuidado mejoró significativamente el conocimiento y las prácticas de autocuidado relacionadas con la alimentación, así como la adherencia al tratamiento ($p = 0,000$), lo que resultó en un mejor control de la presión arterial. Este estudio enfatiza la trascendencia de la formación educativa y acompañamiento en la modificación de hábitos alimentarios en pacientes hipertensos.

De manera similar, Gebresilase et al. (13) en Etiopía reportaron que el 46% de los pacientes presentaba conocimiento deficiente y el 40,9% prácticas inadecuadas en relación con la alimentación. El análisis mediante Spearman Rho mostró asociaciones significativas entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en alimentación con variables como estado civil ($p = 0,192$), educación superior ($p = 0,738$), antecedentes familiares de HTA ($p = 0,368$), información recibida de profesionales de salud ($p = 0,317$), sexo ($p = 0,062$) y posesión de esfigmomanómetro ($p = 0,441$). Estos resultados evidencian que los pacientes con mayor educación y acceso a información profesional presentan mejores prácticas alimentarias, reafirmando la necesidad de intervenciones educativas específicas para fortalecer el autocuidado en esta dimensión.

Por lo tanto, los resultados del estudio muestran que el conocimiento y las prácticas de autocuidado en la dimensión alimentación están estrechamente relacionados, lo que coincide con Orem al afirmar que la capacidad del individuo para cuidar de sí mismo depende de su nivel de conocimiento y habilidades para desarrollar las acciones de autocuidado imprescindibles para

mantener el equilibrio físico y emocional. Esto refuerza la necesidad de intervenciones educativas y acompañamiento profesional para fortalecer el autocuidado alimentario en pacientes hipertensos.

Al contrastar los resultados, se observa que el conocimiento sobre alimentación se relaciona directamente con las prácticas de autocuidado en pacientes con HTA, mostrando que quienes comprenden mejor cómo los hábitos alimentarios afectan su presión arterial tienden a adoptar conductas más saludables. Sin embargo, esta relación no siempre es suficiente por sí sola, ya que otros factores como la motivación, el apoyo familiar o profesional y la disposición para cambiar hábitos pueden influir en el grado de adherencia al autocuidado. Esto sugiere que, aunque el conocimiento es un componente esencial, debe ir acompañado de estrategias que faciliten su aplicación práctica para lograr un control efectivo de la HTA.

Respecto al segundo objetivo específico, Los hallazgos ponen de manifiesto que el conocimiento se relaciona significativamente con las prácticas de autocuidado en la dimensión actividad física en pacientes con HTA, con un valor estadístico $p = 0,000$ y un coeficiente de correlación $r = 0,512$. Esto indica que existe una relación moderada y directa, lo que demuestra que a mayor conocimiento sobre la HTA, mejores son las prácticas de autocuidado físico. Los hallazgos respaldan la H1, mostrando que el conocimiento es un factor determinante para la adherencia a la actividad física, fundamental en el manejo de esta enfermedad crónica.

Ajani et al. (14) reportaron que la adherencia más baja dentro de los dominios de autocuidado correspondió precisamente a la actividad física, con un 24,88%, mientras que solo un 4,47% de los participantes tenía un buen conocimiento sobre HTA. Estos resultados reflejan que la limitada comprensión sobre la enfermedad se traduce en prácticas de autocuidado menos adecuadas en la dimensión física, confirmando la importancia de que el conocimiento influya directamente en la adopción de hábitos saludables.

De manera similar, Mbabazi et al. (15) identificaron una correlación positiva entre conocimiento y autocuidado ($r = 0,254$; $p = 0,02$), indicando que un mayor nivel de conocimiento se asocia con mejores prácticas de actividad física. Los resultados muestran que, incluso cuando las prácticas de autocuidado son moderadas o limitadas, el conocimiento sigue siendo un predictor directo de la adherencia a la actividad física, poniendo de relieve la urgencia de reforzar la instrucción en salud como herramienta para optimizar estas conductas.

Desde la perspectiva de la Teoría del Autocuidado de Orem, Desde la perspectiva de la Teoría del Autocuidado de Orem, esto evidencia que los pacientes con mayor conocimiento tienen una mayor capacidad de realizar acciones de autocuidado, como la actividad física, de manera adecuada. La teoría plantea que el déficit de conocimiento limita la habilidad de autocuidado. Por el contrario, un déficit de conocimiento limita la práctica efectiva de estas acciones.

Los resultados muestran que el conocimiento sobre la HTA es un factor clave para que los pacientes adopten prácticas de autocuidado relacionadas con la actividad física. A medida que los pacientes comprenden mejor la importancia del ejercicio para controlar su presión arterial, tienden a integrar hábitos más saludables en su rutina diaria. Esto refleja que la educación y la información no solo generan conciencia, sino que también fortalecen la capacidad del individuo para cuidar de sí mismo, promoviendo decisiones más responsables y sostenibles sobre su salud. Sin un adecuado nivel de conocimiento, las recomendaciones sobre actividad física pueden no traducirse en acciones concretas, por lo que resulta fundamental acompañar la educación con estrategias que motiven y faciliten la práctica constante del ejercicio, asegurando así un manejo más efectivo de la HTA.

En cuanto al tercer objetivo específico, Los hallazgos ponen de manifiesto que el conocimiento se relaciona significativamente con las prácticas de autocuidado en la dimensión

tratamiento hipertensivo, con un valor estadístico $p = 0,000$ y un coeficiente de correlación $r = 0,610$, lo que corrobora una relación fuerte y directa, respaldando la H1. Esto demuestra que, a mayor conocimiento sobre la HTA y sus tratamientos, los pacientes presentan prácticas más adecuadas para el manejo de la enfermedad, especialmente en el cumplimiento del tratamiento farmacológico y las indicaciones médicas.

Los hallazgos de Maza y Majuan (16) corroboran esta relación, al evidenciar que el 61,3% de los hipertensos poseía un conocimiento regular y que las prácticas de autocuidado fueron regulares en el 49,6%, adecuadas en el 30,3% e inadecuadas en el 20,2%. La relación significativa entre ambas variables ($p = 0,002$) refuerza que el conocimiento es un factor determinante para adherirse correctamente al tratamiento, demostrando que un mayor nivel de comprensión sobre la HTA se traduce en prácticas más responsables y efectivas.

De manera similar, Acho (17) reportó que el 59,8% de los participantes tenía un conocimiento adecuado, y que un 47,8% de quienes presentaron buen conocimiento también evidenciaron prácticas de autocuidado apropiadas ($p = 0,025$). Estos resultados muestran de manera clara que el conocimiento no solo se relaciona con la comprensión de la enfermedad, sino que influye directamente en la adopción de conductas de autocuidado que favorecen el cumplimiento del tratamiento, fortaleciendo la gestión de la HTA.

Desde la perspectiva de la Teoría del Autocuidado de Orem, estos hallazgos se explican porque la teoría propone que los sujetos están capacitados para realizar acciones de autocuidado siempre que cuenten con el conocimiento y las habilidades necesarias. En este caso, el conocimiento sobre el tratamiento hipertensivo permite a los pacientes ejecutar de manera adecuada las medidas de autocuidado, como la adherencia a la medicación y el seguimiento de indicaciones médicas. Por el contrario, un déficit de conocimiento limitaría la práctica efectiva del

autocuidado, reforzando la necesidad de estrategias educativas que potencien el conocimiento y mejoren las prácticas en la dimensión de tratamiento hipertensivo.

Al comparar estos resultados, se observa de manera consistente que un mayor nivel de conocimiento sobre la HTA se traduce en prácticas de autocuidado más adecuadas, especialmente en lo que respecta al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones médicas. Esto sugiere que la educación y la comprensión de la enfermedad son factores clave para que los pacientes adopten comportamientos responsables y efectivos que contribuyan al control de la HTA, enfatizando la pertinencia de estrategias educativas y de acompañamiento en el manejo integral de la enfermedad.

En cuanto al cuarto objetivo específico, los resultados muestran que el conocimiento se relaciona significativamente con las prácticas de autocuidado en la dimensión alimentación en pacientes con HTA, con un valor estadístico $p = 0,000$ y un coeficiente de correlación $r = 0,624$, lo que corrobora una relación fuerte y directa. Esto respalda la H1 y evidencia que, a mayor conocimiento sobre la alimentación adecuada para la HTA, mejores son las prácticas de autocuidado en este aspecto.

Condori (18) reportó que el 58,5% de los participantes presentaba un conocimiento de nivel medio y que la mayoría mostraba un nivel medio de prácticas de autocuidado (87,7%). La asociación significativa entre conocimiento y prácticas ($p = 0,041$) confirma que un mayor nivel de comprensión se traduce en conductas alimentarias más consistentes y favorables para la salud.

De manera similar, Arce (2024) observó que los participantes presentaban principalmente un conocimiento medio (53,3%) y que las habilidades de autocuidado se situaban en niveles regulares, tanto en autocuidado universal (83,4%) como en autocuidado del desarrollo (90%). Estos resultados evidencian que el nivel de conocimiento influye directamente en la habilidad de

los pacientes para conservar prácticas de autocuidado alimentario adecuadas, a pesar de que algunas áreas, como el tratamiento, mostraron niveles bajos.

Cano (19) también identificó que un mayor nivel de conocimiento favorece la práctica del autocuidado, mostrando que el 64,1% de los pacientes tenía conocimiento medio y el 34,4% alto, mientras que casi la mitad de los participantes logró realizar prácticas adecuadas en alimentación (48,7%). Estos datos consolidan la noción de que el conocimiento es un factor determinante para la adherencia a las recomendaciones alimentarias en HTA.

Desde la perspectiva de la Teoría del Autocuidado de Orem, estos resultados se explican porque la teoría propone que los sujetos están capacitados para ejecutar acciones de autocuidado siempre que cuenten con el conocimiento y las habilidades necesarias. En el caso de la alimentación, el conocimiento sobre la HTA permite que los pacientes realicen prácticas de autocuidado más efectivas, como la selección de alimentos saludables y la regulación de la ingesta de sal, mientras que un déficit de conocimiento limitaría la capacidad de autocuidado. Esto enfatiza la importancia de la educación sanitaria para fortalecer el conocimiento y, con ello, optimizar las prácticas alimentarias en pacientes hipertensos.

Los hallazgos ponen de manifiesto que el conocimiento de los pacientes se relaciona de manera significativa con las prácticas de autocuidado en todas las dimensiones evaluadas: actividad física, tratamiento hipertensivo y alimentación. Esto indica que a mayor comprensión sobre la HTA, los pacientes tienden a adoptar hábitos más adecuados para el manejo de su enfermedad, mostrando mejores conductas de autocuidado. Se observa que el conocimiento funciona como un factor clave que facilita la adherencia a las recomendaciones de salud, potenciando la regularidad y efectividad de las prácticas de autocuidado en la vida diaria.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN

5.1 Conclusiones

1. Se evidenció que existe una relación fuerte, directa y significativa entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en pacientes ($p=0.000$; $r=0,621$). Esto implica que, a mayor nivel de conocimiento en los pacientes evaluados favorecerá y permitirá un mejor desempeño en las conductas de autocuidado.
2. Se encontró una relación moderada, directa y significativa el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión alimentación en pacientes ($p=0,000$; $r = 0.562$), lo que corrobora que, a mayor conocimiento sobre alimentación, los pacientes tienden a optimizar sus prácticas de autocuidado nutricional.
3. Respecto al conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión actividad física en pacientes, se evidenció una relación moderada, directa y significativa ($p=0,000$; $r = 0.512$), lo que refleja que, a mayor conocimiento sobre actividad física, los pacientes tienden a optimizar sus prácticas de autocuidado relacionadas con el ejercicio.
4. Se mostró que existe una relación fuerte, directa y significativa entre el conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión tratamiento hipertensivo en pacientes ($p=0.000$; $r=0,610$); esto implica que, a mayor conocimiento, los pacientes tienden a cumplir de manera más adecuada con las indicaciones y los cuidados de su medicación.
5. En cuanto al conocimiento de HTA y práctica de autocuidado en la dimensión hábitos sanitarios en pacientes, se identificó una relación fuerte, directa y significativa ($p=0.000$; $r=0,624$), esto indica que, a mayor conocimiento sobre hábitos sanitarios, los pacientes con HTA tienden a optimizar sus prácticas de autocuidado relacionadas con la higiene y prevención de complicaciones.

5.2 Recomendaciones

1. Implementar programas de educación integral sobre la HTA que aborden no solo los aspectos médicos, sino también los prácticos y de autocuidado, para potenciar la comprensión y la implementación de las estrategias de manejo, dirigido no solamente a los pacientes sino a la población general dirigido a la prevención.
2. Se propone el desarrollo de talleres prácticos y sesiones educativas que se enfocan en la nutrición saludable, la planificación de dietas bajas en sodio y ricas en nutrientes, así como en la identificación de alimentos recomendados y aquellos que deben ser limitados; las actividades deben ser de carácter participativo y tener una aplicabilidad directa en la vida cotidiana de los pacientes.
3. Se sugiere la ejecución de programas de actividad física que se ajustan a la edad, condición física y capacidades de los pacientes, en conjunto con la educación sobre los beneficios del ejercicio en el contexto de la hipertensión; esto debe de abarcar técnicas seguras de ejercicio, la implementación de rutinas regulares y el desarrollo de estrategias que fomentan la motivación y la adherencia a largo plazo.
4. Se le sugiere campañas enfocada en educar sobre la adherencia al tratamiento farmacológico, incluyendo la correcta administración de los medicamentos, horarios, dosis y efectos secundarios; asimismo, se pueden implementar estrategias de seguimiento como recordatorios, bitácoras de medicación o consultas periódicas.
5. Es recomendable diseñar programas educativos que fortalezcan hábitos sanitarios como higiene personal, prevención de infecciones y control de factores de riesgo ambientales o domésticos, así como promover rutinas de autocuidado constante y efectiva en la vida diaria de los pacientes es fundamental para reducir complicaciones.

REFERENCIAS

1. Liu F, Pan HW, Liu ZY, You YY. Global, regional, and national burden of hypertensive heart disease and projections to 2040: analysis of the Global Burden of Disease Study 2025. *BMC Public Health*. 2025;25:2233. doi:10.1186/s12889-025-23389-6.
2. Paczkowska A, Hoffmann K, Kus K, Kopciuch D, Zaprutko T, Ratajczak P, Michalak M, Nowakowska E, Bryl W. Impact of patient knowledge on hypertension treatment adherence and efficacy: a single-centre study in Poland. *Int J Med Sci*. 2024;18(3):852–860. doi:10.7150/ijms.48139
3. Siam BG, Aldakeel HK, Alrasheeday AM, Alsaqri SH, Alshammari B, Alshammari F. Self-care practices among hypertensive patients at the primary health care centers in Unaizah city, Saudi Arabia. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11:1290670. doi:10.3389/fmed.2024.1290670.
4. Turki F, Turki I, Jedidi J, Said H. Medication adherence, blood pressure control, knowledge, self-care and self-efficacy among Tunisian hypertensive patients. *Open Nurs J*. 2024 Oct 23;18: e18744346337256240911114624. doi:10.2174/0118744346337256240911114624.
5. World Health Organization. *Global report on hypertension 2025: high stakes – turning evidence into action*. Geneva: World Health Organization; 2025. ISBN: 978-92-4-011556-9.
6. Muntner P, Hardy ST, Fine LJ, Jaeger BC, Wozniak G, Levitan EB, et al. Trends in Blood Pressure Control among US Adults With Hypertension, 2013–2014 to 2021–2023. *American Journal of Hypertension*. 2024;38(2):120-129.
7. Kario K, Hoshide S, Ishikawa J, Eguchi K, Shimada K, Matsuoka H, et al. Epidemiology and control of hypertension in Japan: a comparison with Western countries. *Hypertension Research*. 2023;44(9):1016–1023.

8. Pan American Health Organization. PAHO study highlights challenges in access to hypertension medication in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.; 26 de agosto de 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/26-8-2024-estudio-ops-destaca-desafios-acceso-medicamentos-para-hipertension-america>
9. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in Latin American countries. Lamelas P, Díaz R, Orlandini A, et al. *Journal of Hypertension*. 2019;37(9):1813-1821. DOI: 10.1097/HJH.0000000000002108
10. Díaz-Arocutipa C, et al. Trends of awareness, treatment, and control of hypertension in Peru: a 5-year national survey analysis. *J Hypertens*. 2025;43(10):1726-1730. doi:10.1097/HJH.0000000000000410
11. Sari EA, Mirwanti R, Herliani YK, Pratiwi SH. Self-care behavior based on knowledge of patients with hypertension: A cross-sectional study. *Vasc Health Risk Manag* [Internet]. 2025;21:17–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/VHRM.S489688>
12. Kurt D, Gurdogan EP. The effect of self-management support on knowledge level, treatment adherence and self-care management in patients with hypertension. *Aust J Adv Nurs*. 2022;39(3):14-23. Available from: <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.630925372210228>
13. Gebresilase FG, Bekele YA, Gebremedhin KB, Tolera BD. Knowledge and self-care practice among patients with hypertension in tertiary public hospitals of Addis Ababa, Ethiopia: A multicenter cross-sectional study. *Int J Cardiol Cardiovasc Risk Prev*. 2024 Sep 11;23:200333. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39309074/>

14. Ajani K, Gowani A, Gul R, Petrucka P. Levels and predictors of self-care among patients with hypertension in Pakistan. *Int J Gen Med* [Internet]. 2023;14:1023–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/IJGM.S297770>
15. Mbabazi PMT, Chironda G, Gapira EB, Claude SJ, Ndahayo D, Rajeswaran L. Awareness and self-care practice regarding prevention of chronic kidney disease among hypertensive patients at the University Teaching Hospital of Butare, Rwanda. *Int J Afr Nurs Sci* [Internet]. 2023;16(100390):100390. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijans.2021.100390>
16. Maza E, Majuan D. Nivel de conocimientos y prácticas preventivas sobre hipertensión arterial en pacientes que acuden a un establecimiento de salud público, Lima – 2024 [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad María Auxiliadora; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12970/2357>
17. Acho KI. Asociación entre el conocimiento y autocuidado del paciente hipertenso de la ciudad de Tamshiyacu, Loreto 2022 [tesis de licenciatura]. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2023. Asesora: Silva Ramos KE. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.14503/2716>
18. Condori CR. Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en adultos mayores hipertensos que acuden a establecimientos de salud de la Microred de Ayacucho [tesis de maestría]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/handle/20.500.14612/7434>
19. Arce HR. Nivel de conocimiento y autocuidado en hipertensión arterial de pacientes hipertensos del Pueblo Joven El Milagro [tesis de licenciatura]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13032/39440>

20. Cano N. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, Azángaro – 2021 [tesis de licenciatura]. Puno: Universidad Privada San Carlos; 2023. Disponible en: <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC/292>
21. Chapman N, Ching SM, Konradi AO, Nuyt AM, Khan T, Twumasi-Ankrah B, et al. Arterial hypertension in women: State of the art and knowledge gaps. Hypertension [Internet]. 2023;80(6):1140–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.20448>
22. Armario P, Gómez-Choco M. Contributions of neuroimaging to the knowledge of the relationship between arterial hypertension and cognitive decline. Hypertens Res [Internet]. 2023;46(5):1344–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41440-023-01246-6>
23. Lasco G, Renedo A, Mendoza J, Seguin ML, Palafox B, Palileo-Villanueva LM, et al. “Doing” hypertension: Experiential knowledge and practice in the self-management of “high blood” in the Philippines. Sociol Health Illn [Internet]. 2022;44(7):1167–81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.13503>
24. Alhazmi A, Moafa HN, Kotb M, Sayegh L, Baydhi H, Hazzazi A, et al. Assessing knowledge about hypertension and identifying predictors of inadequate knowledge in Saudi Arabia: A cross-sectional study. PLoS One [Internet]. 2024;19(3):e0299745. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0299745>
25. Ariffin F, Isa MR, Nafiza MN, Mazapuspavina MY, Fadhlina AM, Palafox B, et al. Understanding knowledge of hypertension among affected individuals in low-Income (B40) communities in Malaysia: The RESPOND study. Med J Malaysia. 2022;77(5):542–51.

26. Bidani AK, Griffin KA. Long-term renal consequences of hypertension for normal and diseased kidneys. *Curr Opin Nephrol Hypertens* [Internet]. 2002;11(1):73–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00041552-200201000-00011>
27. Wyss JM, van Groen T. Neurologic consequences of hypertension and antihypertensive drug therapy. *Curr Opin Nephrol Hypertens* [Internet]. 1994;3(2):228–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00041552-199403000-00015>
28. Tadesse DB, Gerense H. Self-care practice among hypertensive patients in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *Open Heart* [Internet]. 2021;8(1):e001421. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2020-001421>
29. Karimi M, Ghahremani L, Rakhshani T, Asadollahi A, Mohammadi A. Predictors of self-care behaviors in hypertensive patients based on the protection motivation theory. *BMC Public Health* [Internet]. 2024;24(1):2974. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-024-20261-x>
30. Mu L, Yu P, Xu H, Gong T, Chen D, Tang J, et al. Effect of sodium reduction based on the DASH diet on blood pressure in hypertensive patients with type 2 diabetes. *Nutr Hosp* [Internet]. 2022;39(3):537–46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04039>
31. Filippou C, Thomopoulos C, Konstantinidis D, Siafi E, Tatakis F, Manta E, et al. DASH vs. Mediterranean diet on a salt restriction background in adults with high normal blood pressure or grade 1 hypertension: A randomized controlled trial. *Clin Nutr* [Internet]. 2023;42(10):1807–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2023.08.011>
32. Abdeslam EK, Ahmed C, Kamal K, Rachid L, Keltoum B, Soufiane E, et al. Physical activity level and sedentary time determinants among Moroccan hypertensive patients. *Ann Cardiol*

- Angeiol (Paris) [Internet]. 2023;72(4):101607. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ancard.2023.101607>
33. Bahadi A, Lagtarna H, Benbria S, Zajjari Y, Elkabbaj D, Zemraoui N. Physical activity in Sahara Moroccan hemodialysis patients. BMC Res Notes [Internet]. 2021;14(1):65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-021-05460-8>
34. Khadka S, Maharjan A, Bhardwaj M, Jha A, Bajracharya M, Lamichhane B. Adherence to anti- hypertensive medications among patients in selected health facilities of Nepal. J Nepal Health Res Counc [Internet]. 2021;19(1):83–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33314/jnhrc.v19i1.1395>
35. Camargo Y da S, Ferreira ASB, Scalia LAM, Magnabosco P, Bragato AG da C, Raponi MBG, et al. Espiritualidade/Religiosidade e Adesão ao Tratamento em Indivíduos Hipertensos. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2025;122(2):e20240558. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20240558>
36. Gadenz SD, Benvegnú LA. Eating habits in the prevention of cardiovascular diseases and associated factors in elderly hypertensive individuals. Cien Saude Colet [Internet]. 2013;18(12):3523–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013001200009>
37. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. New York: David McKay; 1956.
38. Hartweg DL, Metcalfe SA. Orem’s Self-Care Deficit Nursing Theory: Relevance and need for refinement. Nurs Sci Q [Internet]. 2022;35(1):70–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/08943184211051369>
39. Hernández R. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill Education; 2014. 352p.

40. Castañeda M. La cientificidad de metodologías cuantitativa, cualitativa y emergentes. *Rev Digit Investig Doc Univ.* 2022;16(1):e1555. Disponible en: <https://doi.org/10.19083/ridu.2022.1555>.
41. Arias J, Covinos M. Diseño y metodología de la investigación. *Enfoques Consulting EIRL.* 2021;1(1):66-78. Disponible en: https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf.
42. Vizcaíno P, Cedeño R, Maldonado I. Metodología de la investigación científica: guía práctica. *Ciencia Latina.* 2023;7(4):9723–62. http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7658
43. Chero V. Población y muestra. *Int j interdiscip dent.* 2024;17(2):66–66. <http://dx.doi.org/10.4067/s2452-55882024000200066>
44. Sánchez CL, Hernández Olvera K. La encuesta como técnica de investigación . *Rev Mex Opin Publica.* 2024;(37):13-31. Epub 2025 Feb 4. doi: 10.22201/fcpys.24484911e.2024.37.88492
45. Garcia AC, Ynga AK. Conocimiento y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Salaverry–Trujillo, 2023 [Tesis]. Trujillo (PE): Universidad César Vallejo; 2023. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/133555/Garcia_CACH-Ynga_GAK-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: “Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2026.”

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
Problema general ¿Cuál es la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025? Problemas específicos ¿Cuál es la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión alimentación en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025? ¿Cuál es la relación entre el conocimiento de hipertensión	Objetivo general Determinar la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025. Objetivos específicos - Identificar la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión alimentación en pacientes de que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025. Identificar la relación entre el conocimiento de hipertensión	Hipótesis general Existe relación significativa entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025. Hipótesis específicas H1: Existe relación significativa entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión alimentación en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025. H2: Existe relación significativa entre el conocimiento de	Conocimiento de la hipertensión arterial - Conceptos generales - Consecuencias Práctica de autocuidado de la hipertensión arterial - Alimentación - Actividad física - Tratamiento farmacológico - Hábitos sanitarios	Método de investigación Hipotético-deductivo Enfoque de la investigación Cuantitativo Tipo de investigación Básica - transversal Diseño de la investigación Correlacional Población 576 pacientes Muestra 231 pacientes Muestreo

arterial y práctica de autocuidado en la dimensión actividad física en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025? ¿Cuál es la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión tratamiento hipertensivo en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025? ¿Cuál es la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión hábitos sanitarios en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025?	arterial y práctica de autocuidado en la dimensión actividad física en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025. Identificar la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión tratamiento hipertensivo en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025. Identificar la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión hábitos sanitarios en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025	hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión actividad física en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025. H3: Existe relación significativa entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión tratamiento hipertensivo en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025. H4: Existe relación significativa entre el conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en la dimensión hábitos sanitarios en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025.		Muestreo aleatorio simple Técnicas Encuestas Instrumentos Cuestionario de conocimiento y prácticas de autocuidado en hipertensión arterial.
--	---	---	--	--

Anexo 2: Instrumentos**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Instrucciones: Lea cuidadosamente y marque con “X” la respuesta que considere válida.

Edad: 25 a 35 años () 36 a 50 años () 51 a 66 años ()

Sexo: Masculino () Femenino ()

Nivel educativo: Sin estudios () Primaria () Secundaria () Superior técnico () Superior universitario ()

Preguntas	Respuestas
CONCEPTOS GENERALES	
1. La Hipertensión Arterial es:	A. Aumento de la presión arterial por encima de los valores normales. B. Aumento de los niveles de azúcar en sangre. C. Conjunto de síntomas que se dan por alguna enfermedad cardíaca.
2. Se considera Hipertensión Arterial cuando los valores de la PA son:	A. Mayor o igual a 110/80 mmHg. B. Mayor o igual a 140/90 mmHg. C. Mayor o igual a 170/100 mmHg.
3. Los síntomas de la Hipertensión Arterial son:	A. Dolor de cabeza, náuseas, vómitos, confusión, visión borrosa, sangrado nasal.

	B. Dolor de estómago, dolor muscular, fiebre. C. Tos, fiebre y pérdida de peso.
4. Las principales causas de la Hipertensión Arterial son:	A. Algunos medicamentos, enfermedad, condiciones físicas. B. Solo por enfermedad cardiaca. C. No presenta una causa específica.
5. Algunos factores que intervienen en la Hipertensión Arterial son:	A. Diabetes, enfermedad cardiaca, obesidad, la edad, tabaquismo, alcoholismo. B. No existen factores específicos. C. Solo las enfermedades cardiacas.
CONSECUENCIAS	
6. La Hipertensión Arterial provoca a nivel cardiaco:	A. Enfermedad coronaria, infarto. B. Menor bombeo en el corazón. C. Bradicardia.
7. La Hipertensión Arterial provoca a nivel periférico:	A. Adormecimiento de extremidades, menor flujo sanguíneo. B. Dolor de cabeza. C. No hay síntomas periféricos.
8. La Hipertensión Arterial provoca a nivel cerebral:	A. Ictus, trombo, menor irrigación cerebral. B. Solo cefalea leve. C. Menor presión arterial cerebral.

9. La Hipertensión Arterial provoca a nivel renal:	A. Dolor lumbar. B. Insuficiencia hepática. C. Daño en el riñón, insuficiencia renal.
10. La Hipertensión Arterial provoca a nivel ocular:	A. No existe riesgo ocular. B. Solo visión borrosa. C. Glaucoma, daño en la retina y córnea.

**CUESTIONARIO 2: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL**

ALIMENTACIÓN						
Ítem	Enunciado	N	CS	AV	C	S
1	Su dieta diaria es baja en sal.					
2	Su dieta diaria es baja en grasa.					
3	Su dieta diaria es baja en azúcares.					
4	Consume frutas y verduras a diario.					
ACTIVIDAD FÍSICA						
Ítem	Enunciado	N	CS	AV	C	S
5	Evita el sedentarismo.					
6	Las tareas diarias requieren de esfuerzo.					
7	Realiza deporte 1 vez a la semana.					
TRATAMIENTO HIPERTENSIVO						
Ítem	Enunciado	N	CS	AV	C	S

8	Cumple con sus medicamentos de HTA.					
9	Controla periódicamente la PA.					
10	Controla periódicamente su peso.					
HÁBITOS SANITARIOS						
Ítem	Enunciado	N	CS	AV	C	S
11	Evita el consumo de alcohol, tabaco, etc.					
12	Asiste periódicamente al EE.SS.					

Anexo 3: Validez del instrumento



Observaciones: Ninguno

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable ☒ [X]

Aplicable después de corregir ☐ []

No aplicable ☐ []

Apellidos y nombres del juez validador:

Mg. Karin Cristina Montes García

D.N.I.: 43696845

Especialidad del validador

Enfermera especialista en Geriatria y Gerontología

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Mg. Karin Montes García

Lic. Karin C. Montes G.
Esp. Geriatria y Gerontología
C.E.P. SPSB R.N.E. 523224

20 de febrero de 2024



Observaciones: Ninguno

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador:

Mg. Maritza Lourdes Rodríguez Ccaccya

D.N.I.: 43636938

Especialidad del validador

Enfermera especialista en Cuidados Intensivos RNE: 032058

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Mg. Maritza Lourdes Rodríguez Ccaccya

20 de febrero de 2024



Observaciones: Ninguno

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador:

Mg. Rosio del Pilar Montoya Yanavilca

D.N.I.: 40192907

Especialidad del validador

Enfermera especialista en intervención temprana

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Mg. Rosio del Pilar Montoya Yanavilca

19 de febrero de 2024

	CLARIDAD							PERTINENCIA							RELEVANCIA							V.AIKEN	V.AIKEN GENERAL		
Ítem	Juzgar							Juzgar									Juzgar								
	J1	J2	J3	J4	J5	S	v.AIKEN	J1	J2	J3	J4	J5	S	v.AIKEN	J1	J2	J3	J4	J5	S	v.AIKEN				
1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00	1.00		
2	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
6	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
7	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
8	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
9	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
10	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
11	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
12	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
13	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
14	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
15	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
16	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
17	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
18	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
19	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
20	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
21	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			
22	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1.00			

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

Se utilizó el alfa de Cronbach para el cuestionario de conocimiento de hipertensión arterial

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.921	10

Se utilizó el Alfa de Cronbach para el cuestionario de práctica de autocuidado

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.907	12

Anexo 5. Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 27 de junio de 2025

Investigador(a)
Ana Maria Tahua Napan
Exp. N°:0615-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: “Conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un Hospital de Villa el Salvador 2025” con fecha **26/05/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Ana Maria Tahua Napan

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. La **vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, la **Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.
4. La constancia de aprobación por el **CIEIC** no garantiza la aceptación por parte de las instituciones donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidenta
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 6. Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO <i>(Para trabajos de investigación cuyo objeto de estudio involucren personas)</i>	
Título del Proyecto de Investigación: “Conocimiento de hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025”	
Autor Responsable: <i>Ana Maria Tahua Napan</i>	
Autor 2 <i>(Opcional para casos de estudiantes/bachilleres/egresados):</i>	
Universidad /Institución: Universidad Privada Norbert Wiener	
I. INVITACIÓN	
Estimado(a) participante: Le invitamos a participar en un estudio de investigación titulado: “Conocimiento de hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un hospital de Villa El Salvador, 2025”, desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A. (UPNW). A continuación, le proporcionamos información detallada sobre el estudio y su participación.	
II. INFORMACIÓN	
2.1	Propósito del estudio: <i>(describir objetivo general y específicos y explicar cómo se usarán los resultados, por ejemplo: mejorar prácticas, generar conocimiento etc.)</i>
2.2	Duración del estudio: <i>(colocar en números de meses)</i>
2.3	Número esperado de participantes: <i>(colocar el número de personas)</i>
2.4	Criterios de Inclusión y exclusión: <i>(ejemplos de criterios de inclusión: edad, profesión y condición específica, ejemplo de criterios de exclusión: enfermedades, limitaciones)</i>
2.5	Procedimientos del estudio: <i>(Detallar procedimientos, por ejemplo: entrevistas, cuestionarios, pruebas, etc. Deberá mencionar la duración del procedimiento en minutos y finalizar indicando que los resultados serán tratados con estricta confidencialidad y se le entregarán en forma individual si corresponde)</i>
2.6	Riesgos: <i>(Detallar los riesgos que implica el estudio para los participantes: psicológico, emocional, físico, entre otros.)</i>
2.7	Beneficios: <i>(Detallar los beneficios potenciales para el participante, como conocimiento adicional, contribución a la comunidad científica, entre otros.)</i>
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 el autor responsable Ana Maria Tahua Napan, 987813763, anita.tn14@gmail.com <i>(mencionar el nombre completo, número de teléfono y correo electrónico)</i> . 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 en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este Formulario.		
		____ / ____ / 202__. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL PARTICIPANTE Nombre del Participante: DNI/Carné de Extranjería/Otros:		HUELLA DACTILAR (opcional)
		03 / 02 / 2026. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL AUTOR RESPONSABLE Nombre del Autor Responsable: DNI/Carné de Extranjería/Otros:		HUELLA DACTILAR (opcional)
		____ / ____ / 202__. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL INTEGRANTE DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN (en caso corresponda) Nombre del Integrante del equipo de investigación: DNI/Carné de Extranjería/Otros:		HUELLA DACTILAR (opcional)
		____ / ____ / 202__. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL TESTIGO/REPRESENTANTE LEGAL (en caso corresponda) Nombre del Testigo o Representante Legal: DNI/Carné de Extranjería/Otros:		HUELLA DACTILAR (opcional)
NOTA: - La firma del testigo o representante legal será obligatoria solo si el participante tiene una discapacidad que le impida firmar o no saber leer ni escribir. - Si otro integrante del equipo de investigación es asignado para aplicar este consentimiento informado deberá firmar en este documento. - Recuerde que no se debe reclutar voluntarios de grupos "vulnerables" (presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc.), salvo que el diseño de investigación beneficie directamente a dicha población.		

Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos



Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana."

Villa El Salvador, 20 julio 2021

CARTA Nº 01 -2025- UDEI-OGRH-DE-HEVES

Sra: ANA MARIA TAHUA NAPAN

Presente.-

ASUNTO: Solicito Autorización y facilidades para el trabajo de investigación

Tengo a bien dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que en atención al documento de la referencia, cuenta con opinión favorable y autorización del proyecto de tesis "*Conocimiento de hipertensión arterial y práctica de autocuidado en pacientes que acuden a consultorio de cardiología de un Hospital de Villa el Salvador 2025*" código 013-2025 cabe señalar que, para realizar la investigación, debe estar revisado y aprobado su protocolo por la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR
DR. ALAN JOSÉ GARCÍA ROSALES MARGAS
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN



Av. 200 millas S/N cruce con Av.
Pastor Sevilla - Villa El Salvador
T: (01) 640-9875 Anexo: 2201



Anexo 9: informe del asesor de Turnitin

Anexo 10: plan de mejora.

**PLAN DE ACCIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL**

DATOS INFORMATIVOS:

Institución:

Localidad: Villa El Salvador, Lima

Unidad: Consultorio de Cardiología

Equipo colaborativo

Tabla 1.

Equipo colaborativo

N°	Nombre y apellidos	Cargo
1	Ana Maria, Tahua Napan	Facilitadora
2	A.M.R.M.	Jefa de enfermería
3	J.M.E.M.	Fisioterapeuta
4	A.A.C.E.	Nutricionista

Resumen del plan

El estudio ha demostrado que en los pacientes hipertensos que asisten al consultorio de cardiología del Hospital de Villa El Salvador hay bajo nivel de autocuidado, ya que no

todos los pacientes tienen el conocimiento para controlar su enfermedad y realizar prácticas de autocuidado. Se ha encontrado que la mayoría de los pacientes tienen niveles normales o bajos en las dimensiones de alimentación, ejercicio, tratamiento farmacológico y hábitos higiénicos, que restringen la prevención de complicaciones y el mantenimiento de un estilo de vida saludable.

Por lo cual, se deben fortalecer las habilidades de los pacientes a través de estrategias educativas y de acompañamiento para mejorar sus conocimientos y realizar prácticas de autocuidado de manera continua y eficaz. El objetivo principal de este plan de acción es desarrollar e implementar actividades que permitan mejorar el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado, de tal manera que los pacientes puedan gestionar de manera autónoma su hipertensión, optimizando su calidad de vida y reduciendo riesgos asociados a la enfermedad.

Justificación

De acuerdo con el estudio, el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos es el siguiente: 32.9% tiene bajo conocimiento sobre aspectos generales de la enfermedad, 30.3% tiene bajo conocimiento sobre complicaciones de la hipertensión y 30.3% tiene bajo conocimiento en general; en cuanto a las prácticas de autocuidado, se encontró que el 25.5% de los pacientes tiene prácticas inadecuadas, siendo la nutrición y la actividad física las dimensiones más deficitarias.

Estos hallazgos evidencian que una proporción significativa de pacientes requiere intervención para mejorar su conocimiento y prácticas de autocuidado, y que un plan de acción es necesario para revertir estos resultados. La implementación de este plan permitirá fortalecer la educación del paciente, optimizar sus hábitos de autocuidado y

establecer un modelo replicable que contribuya a mantener un entorno saludable y mejorar la adherencia al tratamiento en el consultorio de cardiología.

Beneficiarios

Tabla 2.

Beneficios

Beneficiarios	Población	Cantidad
Directos	140	576
Indirectos	80	576
	35	576

Objetivo general

El presente plan de acción tiene como finalidad fortalecer el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al consultorio de cardiología del Hospital de Villa El Salvador, 2026, mediante la implementación de estrategias educativas y de acompañamiento continuo, con el objetivo de mejorar la capacidad de los pacientes para manejar su enfermedad de manera autónoma y promover hábitos de vida saludables que contribuyan a su bienestar y prevención de complicaciones.

I. Actividades de Propuesta

Tabla 3.

Cronograma de actividades

Objetivos específicos	Nro.	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES									
				2026									
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT
Mejorar el conocimiento sobre hipertensión arterial y sus consecuencias	1.1	Aplicar cuestionarios de diagnóstico para evaluar conocimiento inicial de los pacientes.	Jefa de enfermería	X									
	1.2	Elaborar y distribuir material educativo (folletos, cartillas, videos) sobre hipertensión.	Facilitadora		X								
	1.3	Realizar talleres educativos sobre conceptos generales y	Enfermeros			X							

II. EVALUACIÓN

Tabla 4.

Matriz de monitoreo

Objetivo específico	Resultados	Indicadores %	Fuentes de verificación	Observaciones
Mejorar el conocimiento de los pacientes sobre hipertensión arterial y sus consecuencias	Pacientes adquieren conocimientos sólidos sobre hipertensión, riesgos y manejo de la enfermedad.	% de pacientes que alcanzan nivel medio o alto de conocimiento post-intervención	Encuestas pre y post taller, cuestionarios de evaluación de conocimiento	La información será recogida por el personal de enfermería
Fortalecer las prácticas de autocuidado en alimentación y actividad física	Pacientes adoptan hábitos saludables de alimentación y actividad física recomendados para hipertensión.	% de pacientes que reportan adherencia a recomendaciones de alimentación y actividad física	Registros de participación en talleres, entrevistas de control	El equipo colaborativo realizará el monitoreo mensual del cumplimiento de las prácticas

Mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y hábitos sanitarios	Pacientes cumplen correctamente con la medicación y hábitos preventivos, reduciendo riesgos de complicaciones.	% de pacientes que cumplen correctamente el tratamiento y hábitos de autocuidado	Registros clínicos de medicación, encuestas de seguimiento	Supervisión por enfermería y psicólogo del consultorio, con registro mensual
Evaluar la efectividad del plan de acción	Resultados de encuestas post-intervención y comparación con el diagnóstico inicial.	Incremento promedio en los niveles de conocimiento y autocuidado de los pacientes post-intervención comparado con la línea base	Resultados de cuestionarios pre y post	El análisis se realizará trimestralmente para ajustar estrategias según resultados.

Anexo 11: Evidencia de la investigación







20% 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

- 16%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 16%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
159 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 la revise.

Fuentes principales

- 16% Fuentes de Internet
- 3% 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	6%
2	Internet	repositorio.upla.edu.pe	1%
3	Internet	repositorio.unica.edu.pe	1%
4	Trabajos entregados	uwiener on 2024-04-23	<1%
5	Trabajos entregados	uwiener on 2023-10-09	<1%
6	Internet	repositorio.ucp.edu.pe	<1%
7	Trabajos entregados	Submitted on 1691980964685	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2024-12-12	<1%
9	Internet	repositorio.udh.edu.pe	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Tecnológica de los Andes on 2024-10-23	<1%
11	Internet	centrodeinvestigacionescic.com.co	<1%