

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO  
DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO. CENTRO DE SALUD SAN  
MIGUEL. CAJAMARCA. 2025**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**BACH. ENF. KARINA MANUELITA SÁNCHEZ CRUZADO**

**ASESORA:**

**M. Cs. MARÍA ELOÍSA TICLLA RAFAEL**

**CAJAMARCA - PERÚ**

**2025**

## **CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD**

1. Investigador: **Karina Manuelita Sánchez Cruzado**

DNI: **74094408**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**

2. Asesor: **M. Cs. María Eloisa Ticlla Rafael**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

☐ Bachiller      ☒ Título profesional      ☐ Segunda especialidad  
☐ Maestro      ☐ Doctor

4. Tipo de Investigación:

☒ Tesis      ☐ Trabajo de investigación      ☐ Trabajo de suficiencia profesional  
☐ Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR  
HIPERTENSO CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL CAJAMARCA 2025**

6. Fecha de evaluación: **19/12/2025**

7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN      ☐ URKUND (ORIGINAL) (\*)

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **9%**


9. Código Documento: **oid: 3117:542214374**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

☒ APROBADO    ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 19/12/2025

Firma y/o Sello  
Emisor Constancia

  
\_\_\_\_\_  
**M. Cs. María Eloisa Ticlla Rafael**  
**DNI. 27373754**

\* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT© 2025 by  
Karina Manuelita Sánchez Cruzado  
Todos los derechos reservados

## FICHA CATALOGRÁFICA

**Sánchez K. 2025.**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO. CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL. CAJAMARCA, 2025**

Tesis para optar el Grado Académico de Licenciada en Enfermería Universidad Nacional de Cajamarca.

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería- UNC 2025.

68 páginas

Asesora:

MCs. María Eloísa Ticlla Rafael

Docente Universitaria de la EAP de Enfermería

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL  
ADULTO MAYOR HIPERTENSO CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL  
CAJAMARCA 2025**

**AUTOR : Bach. Enf. Karina Manuelita Sánchez Cruzado**

**ASESORA : M. Cs. María Eloisa Ticlla Rafael**

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título Profesional de Licenciada en  
Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes miembros del  
jurado evaluador:

**JURADO EVALUADOR**

  
M. Cs. Tulia Patricia Cabrera Guerra  
PRESIDENTE

  
M. Cs. Lila Bertha Bardales López  
SECRETARIA

  
M. Cs. Julia Bertha Ortiz Yupanqui  
VOCAL



**MODALIDAD "A"**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**

En Cajamarca, siendo las 03.p.m. del 04 de Noviembre del 2025, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada: Nivel de Conocimiento y Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso Centro de Salud San Miguel Cajamarca 2025

del (a) Bachiller en Enfermería:

Karina Manuelita Sánchez Cruzado

Siendo las 04.45.p.m. del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Muy Bueno, con el calificativo de: 17, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra Alta para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	<u>St. Cs. Eulalia Patricia Cabrera Guerra</u>	<u>E. Cabrera Guerra</u>
Secretario(a):	<u>St. Cs. Lilia Bertha Dardales López</u>	<u>L. Dardales</u>
Vocal:	<u>St. Cs. Lilia Bertha Ortiz-Tupac</u>	<u>L. Ortiz-Tupac</u>
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>St. Cs. María Eloisa Eiclla Rafael</u>	<u>M. Eiclla Rafael</u>
Asesor (a):		

**Términos de Calificación:**

EXCELENTE (19-20)

REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)

REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)

DESAPROBADO (10 a menos)

## **DEDICATORIA**

A Dios, por sostenerme en  
cada paso, por darme fuerzas  
en los momentos de debilidad  
y por iluminar mi camino  
cuando todo parecía oscuro.

A mi madre, mi motivación y mi  
estrella más brillante, cuya luz nunca  
se apaga en mi corazón. Aunque el  
tiempo pase, siempre brillarás en mi  
alma, guiándome con tu amor eterno.

A mi familia, por cada consejo, este  
logro es mío como suyo, porque sin  
su apoyo, hoy no estaría aquí.

**Karina**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por haberme guiado en este importante camino, por darme fortaleza en los momentos más difíciles.

A mi madre, que ahora me acompaña desde el cielo. Cuando estuvo a mi lado físicamente, fue mi mayor inspiración y mi fuerza incondicional. Me enseñó a no rendirme por más difícil que sea el momento.

A cada una de las docentes de la Escuela Profesional de Enfermería por su compromiso y valiosas enseñanzas que contribuyeron a mi formación profesional.

A mi asesora, M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael, por su acompañamiento, su guía y apoyo brindado durante este proceso. Su experiencia y dedicación han sido fundamentales para concluir esta etapa tan importante.

A las Licenciadas en Enfermería del Centro de Salud San Miguel por su colaboración y disposición para facilitar el desarrollo de este trabajo de investigación.

A los adultos mayores que participaron en este estudio, por brindarme su tiempo y confianza. Su contribución fue esencial para la realización de esta investigación.

**Karina**



<b>ÍNDICE DE CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
Dedicatoria	vii
Agradecimiento	viii
Lista de tablas	xi
Lista de anexos	xii
Resumen	xiii
Abstract	xiv
Introducción	xvi
 <b>CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Definición y delimitación del problema	17
1.2 Formulación del problema de investigación	19
1.2. Justificación	19
1.3. Objetivos	20
 <b>CAPÍTULO III MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	21
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Bases conceptuales	24
2.4. Hipótesis	32
2.5. Variables del estudio	32
2.5. Operacionalización de variables	33
 <b>CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Diseño y tipo de estudio	36
3.2. Población	36
3.3. Criterio de inclusión	37
3.4. Unidad de análisis	37
3.5. Técnica e instrumentos de recolección de datos	37
3.6. Validez y confiabilidad del instrumento	38
3.7. Procesamiento y análisis de datos	38
3.8. Consideraciones éticas	39
3.9. Rigor científico	39

<b>CAPÍTULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS</b>	41
<b>CONCLUSIONES</b>	51
<b>RECOMENDACIONES</b>	52
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	53
<b>ANEXOS</b>	60

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas del adulto mayor hipertenso. Centro de Salud San Miguel. Cajamarca. 2025	41
Tabla 2. Nivel de conocimiento del adulto mayor en hipertensión arterial. Centro de Salud San Miguel. Cajamarca. 2025	44
Tabla 3. Prácticas de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud San Miguel. Cajamarca. 2025	46
Tabla 4. Relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado de los adultos mayores hipertensos. Centro de Salud San Miguel. Cajamarca. 2025	48

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Consentimiento informado	61
Anexo 2: Cuestionario para medir el nivel de conocimiento de Hipertensión arterial en adultos mayores del Centro de Salud. San Miguel. Cajamarca. 2025	62
Anexo 3: Prueba estadística de fiabilidad	65

## **RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo: determinar y analizar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial. El estudio es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 110 adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial. Se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista. Resultados: se identificó que el 51,8% de los adultos mayores tiene entre 71 a 80 años, 55,5% son mujeres, y 70% son analfabetos. Además, 75,5% tiene entre 1 a 10 años de diagnóstico con hipertensión arterial. En cuanto al nivel de conocimiento sobre la enfermedad, el 80% presentó un nivel de conocimiento medio, 14,5% un nivel bajo y 5,5% un nivel alto. Respecto a las prácticas de autocuidado, el 84,5% fueron adecuadas y 15,5% inadecuadas. Conclusiones: se determinó que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en los adultos mayores hipertensos con un valor de  $p=0.003$ .

**Palabras clave: conocimiento, prácticas, hipertensión arterial, adulto mayor**

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to determine and analyze the relationship between the level of knowledge and self-care practices in older adults with hypertension. The study employed a quantitative approach, a non-experimental design, and a descriptive-correlational, cross-sectional approach. The population consisted of 110 older adults diagnosed with hypertension. Interviews were used as the data collection technique. Results: 51.8% of the older adults were between 71 and 80 years old, 55.5% were women, and 70% were illiterate. Furthermore, 75.5% had been diagnosed with hypertension for between 1 and 10 years. Regarding the level of knowledge about the disease, 80% presented a medium level of knowledge, 14.5% a low level, and 5.5% a high level. With respect to self-care practices, 84.5% were adequate and 15.5% inadequate. Conclusions: It was determined that there is a statistically significant relationship between the level of knowledge and self-care practices in hypertensive older adults with a p-value of 0.003.

**Keywords:** knowledge, practices, high blood pressure, older adults

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica de naturaleza multifactorial y de gran carga de enfermedad que afecta aproximadamente a 1280 millones de personas en todo el mundo. El consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, sedentarismo, dietas poco saludables y estrés crónico son algunos de los factores de riesgo conocidos para la hipertensión arterial; asimismo, algunos reportes muestran que la enfermedad está relacionada con la edad, el sexo y el área de residencia (urbana o rural). La elevada incidencia de esta afección crónica enfatiza la necesidad de medidas preventivas y de control de la enfermedad, especialmente en las áreas urbanas donde los hábitos y estilos de vida pueden producir un mayor riesgo de desarrollar Hipertensión arterial (HA). La prevalencia elevada en áreas rurales, donde los niveles de concientización, tratamiento y control de la hipertensión siguen siendo considerablemente más bajos en comparación con las áreas urbanas, muestran que también es necesario dirigir estrategias hacia este grupo de la población, para evitar el incremento en la frecuencia de hipertensión (1)

El estudio es relevante porque aborda un problema frecuente en la población adulta mayor y resalta la importancia de que este grupo adquiera un conocimiento adecuado sobre la hipertensión arterial. Dicho conocimiento es fundamental, ya que influye directamente en las prácticas de autocuidado, las cuales constituyen la base para el control efectivo de la enfermedad a través de la educación sanitaria, de esta forma se promoverá la autonomía, mejora de calidad de vida y reducir el riesgo de complicaciones en esta población.

La investigación tiene cuatro capítulos: el capítulo I, plantea el problema de investigación, la formulación del problema del estudio, los objetivos y su justificación. En el capítulo II, se presenta el marco teórico conteniendo los estudios previos, las bases teóricas y conceptuales, así como las variables del estudio. El capítulo III, se aborda el Diseño metodológico y describe el área de estudio, tipo, y diseño del estudio, población, técnicas e instrumentos de recolección de datos; procedimiento de recopilación de información su análisis, consideraciones éticas y

de rigor científico. Finalmente, en el capítulo IV, se realiza la presentación de tablas, su interpretación análisis y discusión, así como las conclusiones, recomendaciones y sugerencias.



## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Definición y delimitación del problema de investigación**

Las enfermedades crónicas no transmisibles son el principal obstáculo para prolongar la vida, también se conoce como enfermedad cardiovascular, como hipertensión arterial, no es transmitida de persona a persona, son de duración larga y generalmente de lento desarrollo. También es una situación clínica que, en muchas ocasiones tiene un curso asintomático, en el que la disciplina del paciente y el conocimiento de su enfermedad juegan un papel primordial. La presión arterial elevada se refiere al registro cuantificado, por encima de valores normales de presión sistólica PAS>140 mmHg y/o diastólica PAD> 90 mmHg (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2023, se estima que en el mundo hay 1280 millones de adultos de 30 a 79 años con hipertensión y que la mayoría de ellos (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos. Entre las causas de mortalidad se puede mencionar la enfermedad vascular cerebral, con un porcentaje de 51%, seguida de enfermedades cardíacas con 45% (2).

En las Américas la hipertensión afecta entre el 20 a 40% de la población adulta de la región y significa que alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tienen dentro de sus proyecciones la disminución de casos de hipertensión arterial impulsando políticas y proyectos de prevención. Al contar, con esta información la población puede tomar medidas preventivas o tener conocimiento del tratamiento a seguir en caso de haber sido diagnosticado con la enfermedad, y así poder controlar y no tener complicaciones a futuro; sin embargo, todavía existe una barrera en relación a la información acerca de la enfermedad (3).

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) presentó resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en los que

dio a conocer que, el 60% de las personas de 60 años a más, mostraron por lo menos una comorbilidad, siendo uno de los casos la hipertensión arterial (4).

Según departamento, de acuerdo con la medición efectuada en el año 2023, los departamentos que presentaron mayores porcentajes de personas de 15 años a más con presión arterial elevada, superando el promedio nacional, fueron: Piura (15,8%), Departamento de Lima (15,6%), Ica (14,9%), Lima Metropolitana (14,5%), Lambayeque, Cajamarca (14,0%), respectivamente, Provincia Constitucional del Callao (13,7%) y Loreto (13,4%) (1).

En un hospital de Chimbote se identificó el nivel de conocimiento de hipertensión arterial en usuarios de consulta externa de 50 -85 años, donde el 71,1% de los encuestados tenían un nivel de conocimiento medio, 11,1% conocimiento bajo (5). Ataucusi et al, en una casa de reposo del adulto mayor, evidenciaron que 82% de los encuestados tenían un nivel bajo de conocimiento de hipertensión arterial (6). Así mismo, Puicón S, encontró que 70% de los participantes en un Centro de Salud de Chiclayo, presentaron un nivel medio de conocimientos sobre la hipertensión arterial; 20% nivel bajo (7) Ramírez O, evidenció que en la Micro Red Chavín-Ancash el 50% presentó un nivel de conocimiento medio sobre la hipertensión arterial y 23, 7% nivel bajo (8).

Según la OMS, el autocuidado deja de ser solo un potencial para ser considerado un componente esencial de las competencias y habilidades del ser humano. En el caso del adulto mayor con hipertensión arterial, resulta fundamental el conocimiento del autocuidado, ya que permite identificar debilidades o falencias en su cuidado diario, el profesional de enfermería es el encargado de proporcionar la información, consejería y educación brindando herramientas y estrategias en torno a las prácticas de autocuidado necesarias para el cambio de los estilos de vida con miras a disminuir las complicaciones propias de esta enfermedad silenciosa (9). Por ello el conocimiento y práctica de autocuidado cumplen un rol fundamental en la vida del adulto mayor.

Según el MINSA (2020) en la Política Multisectorial de Salud al 2030 denominada “Perú, país saludable” señala que los peruanos vienen adoptando hábitos de

alimentación poco saludables y sedentarismo, y vienen siendo afectados en el origen anticipado del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial (10).

Por tratarse de un trastorno crónico que requiere cuidados permanentes para evitar complicaciones a futuro, un pilar fundamental en el tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva es el Autocuidado, al respecto, Dorotea Orem sostiene que el autocuidado es un fenómeno activo, una acción deliberada e intencionada, que se encuentra determinada por el conocimiento y repertorio de habilidades del individuo

Durante el internado comunitario surgió el interés en saber la situación de los adultos mayores hipertensos en el primer nivel de atención en el Centro de Salud de la provincia de San Miguel, ya que observé un desinterés en la adherencia terapéutica y aceptación de hábitos saludables para controlar su enfermedad puesto que, los pacientes con esta patología mantienen una idiosincrasia equivocada a lo antes mencionado.

Al respecto, García J (2018), sostiene que en la población adulta es donde se presentan padecimientos tales como la hipertensión, ya que esta es la etapa en la que se suele practicar hábitos no saludables, como son: la ingesta de alimentos altos en sal, carbohidratos y grasas, el consumo de bebidas alcohólicas y/o drogas, el hábito de fumar, añadido a esto, el sedentarismo. Estos hábitos constituyen factores de riesgo ante el surgimiento de todo tipo de enfermedades crónicas transmisibles (11).

## **1.2. Problema de investigación**

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud. San Miguel. Cajamarca. 2025?

## **1.3. Justificación**

La prevalencia de hipertensión arterial en el país ha avanzado considerablemente a lo largo de los últimos años, estudios indican que al menos uno de cada cinco peruanos padece esta enfermedad, además constituye un factor de riesgo primordial

en el padecimiento de enfermedades cardiovasculares, ocasionando una de las principales causas de defunción a nivel nacional (10).

El presente trabajo de investigación tiene importancia a nivel práctico, porque permitirá al equipo de enfermería tener acceso a componentes de juicio para un conocimiento más amplio del problema para formular y/o desarrollar proyectos educativos encaminados a incrementar el conocimiento de los adultos mayores sobre la hipertensión arterial. Así mismo, los resultados pueden ser usados como referencia para el planteamiento de nuevos estudios sobre el tema en otros ámbitos incluyendo un número mayor de participantes, planteando estudios cualitativos y mixtos.

Por otra parte, tiene un impacto social, ya que favorecerá el desarrollo de conductas positivas e intervenciones oportunas, que son sumamente beneficiosas para la población, ya que permite continuar con la prevención, control y vigilancia de la hipertensión arterial.

#### **1.4. Objetivos**

##### **Objetivo General**

Determinar y analizar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial, atendidos en el Centro de Salud de San Miguel. Cajamarca 2025.

##### **Objetivos específicos**

1. Caracterizar sociodemográficamente a los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de San Miguel. Cajamarca. 2025.
2. Identificar el nivel de conocimiento en hipertensión arterial en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de San Miguel. Cajamarca. 2025.
3. Identificar las prácticas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de San Miguel. Cajamarca. 2025.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes del estudio**

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

Ojeda M (2023), en Ecuador en su estudio Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, tipo analítico, prospectivo y longitudinal, cuya población fueron 25 adultos mayores. Los resultados evidenciaron que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial que predominó fue el nivel bajo, destacando la población de sexo femenino, la mayoría había cursado solamente primaria. En cuanto a las prácticas de autocuidado sobre prevención y control de la Hipertensión arterial destacaron las prácticas inadecuadas, con un predominio del sexo femenino, con escolaridad primaria (12).

Kassahum C, et al, (2020), en Etiopía en su estudio Conocimiento sobre hipertensión y prácticas de autocuidado entre pacientes adultos hipertensos en el Hospital Integral Especializado de la Universidad de Gondar, investigación descriptiva, transversal, tuvo como resultados que 56% de participantes tuvieron un conocimiento bueno sobre la hipertensión y 59,4% tenían buenas prácticas de autocuidado. Puede deducirse que existe una correlación significativa entre ambas variables (13).

##### **A nivel nacional**

Reyes K (2024), en la tesis Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, Trujillo, estudio de tipo cuantitativo de nivel descriptivo, correlacional, de corte transversal, el universo muestral estuvo constituido por 60 adultos con diagnóstico de hipertensión arterial. Los resultados indican que el 58,4% de adultos tienen nivel de conocimiento de autocuidado medio, el 60% tienen prácticas de autocuidado adecuadas. En cuanto a la correlación se halló relación estadísticamente significativa entre las variables, con un valor Tau-c de Kendall de 0,272 y p 0,025 (14).

Sirlopu R (2022), en la investigación Conocimiento y práctica del autocuidado en adultos hipertensos que se atienden en el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena del distrito de Magdalena del mar, Lima. Estudio con enfoque cuantitativo, básico, observacional, correlacional y transversal, cuya muestra estuvo conformada por 72 adultos hipertensos. Los resultados evidenciaron que 45,8% tuvieron un nivel bajo de conocimiento y práctica de autocuidado con un nivel medio 44,4%. En cuanto a la correlación de las variables el valor fue de  $p=0,012$ ., es decir existe relación estadísticamente significativa entre las dos variables (15).

Vargas M (2021), en su estudio Relación entre los conocimientos y prácticas de autocuidado en el paciente adulto mayor hipertenso. Hospital Regional Ica - MINSA. Enero 2021. Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, observacional, la muestra fue de 95 pacientes hipertensos. Los resultados evidenciaron que existe una alta correlación entre el nivel de conocimiento sobre autocuidado y las prácticas de autocuidado. Rho de Spearman= 0 ,658 (16).

Angulo S, Gomez J (2021), en su estudio Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en adultos mayores hipertensos en Trujillo – 2021. Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 92 adultos del programa de soporte del adulto mayor. Los resultados obtenidos evidenciaron que el 98,8% de los pacientes tienen buen conocimiento sobre hipertensión arterial, 1,3% con conocimiento regular. Respecto a las prácticas adecuadas se verifica que el 100% de pacientes realizan prácticas adecuadas de autocuidado. Concluyendo que no existe relación significativa entre el conocimiento de hipertensión arterial y las prácticas de autocuidado, verificándose un coeficiente Rho Spearman de -0,180 (17).

## **Local**

Torres O (2021), en la investigación, Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud Morro Solar-Jaén. 2021. Estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo, correlacional y de diseño transversal, muestra de 76 adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial. Resultados encontrados fueron: el 52,6% presentó un alto nivel de

conocimiento, 38,2% nivel de conocimiento medio y 9,2% presentó un nivel de conocimiento bajo. El 93,4% presentó prácticas de autocuidado adecuadas y solo el 6,6% presentan prácticas de autocuidado inadecuadas. Se concluye que el nivel de conocimiento influye significativamente en las prácticas de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial. Corroborado por el valor de chi cuadrado de Pearson 0,001 ( $p < 0,05$ ) (18).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Modelo de Creencias de Salud**

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) esta teoría explora cómo las creencias individuales sobre la salud influyen en los comportamientos de salud. En el caso de la hipertensión arterial, el MCS postula que la percepción de susceptibilidad de un individuo a la enfermedad o sus complicaciones, así como la gravedad percibida de estas condiciones, influye directamente en la adopción de prácticas de autocuidado. Si un paciente cree que es altamente susceptible a complicaciones graves y percibe estas consecuencias como serias, es más probable que se comprometa a controlar su dieta, realizar ejercicio regularmente y adherirse a los medicamentos prescritos. Además, los beneficios percibidos de estas acciones, como la prevención de complicaciones y la mejora en la calidad de vida, juegan un papel crucial en motivar el comportamiento de autocuidado (19).

Las barreras percibidas son otro componente esencial del Modelo de Creencias de Salud (MCS), que pueden dificultar la adopción de comportamientos de salud. En el contexto de la Hipertensión arterial, estas barreras pueden incluir falta de tiempo, la dificultad para cambiar hábitos alimenticios, el costo de los medicamentos o la falta de acceso a recursos de salud. Por lo tanto, los profesionales de la salud

### **2.2.2. Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem**

La teorista Dorothea Orem presenta la teoría del déficit del autocuidado, como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

Orem sostiene que, al autocuidado como la función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano (20).

Desde esta teoría se considera al paciente como el individuo capaz de aprender, desarrollar actitudes, capaz de cuidar de si mismo para el mantenimiento de su vida y salud, la recuperación de la enfermedad y/o el afrontamiento de las complicaciones de esta, y en caso de que no esté apto para realizarlo por si mismo, otras personas se encargaran de su cuidado: Su entorno familiar, social, institucional y/o servicios comunitarios de salud (21).

Para Orem el autocuidado comprende que una persona madura o que está en proceso de maduración, ejerza acciones, iniciando y llevando a cabo durante lapsos de tiempo, teniendo el fin de preservar la vida y mantener un saludable funcionamiento, a través de la satisfacción de los requerimientos para la regulación funcional. La teoría del déficit de autocuidado consta de tres teorías interrelacionadas: la primera del autocuidado que explica el por qué y cómo las personas se cuidan a sí mismas; la segunda, del déficit del autocuidado que señala cómo el cuidado de enfermería puede ser de ayuda a la persona y la tercera, la de los sistemas de enfermería, que caracteriza las relaciones que deben preservarse para que se produzca el cuidado enfermero (22).

## **2.3. Bases Conceptuales**

### **2.3.1. Conocimiento**

Bunge (2020) señala que el conocimiento es un conjunto de información que la persona adquiere como resultado de la experiencia, también lo define como la sumatoria de saberes que se poseen sobre un aspecto de la realidad que se obtienen a través de un proceso de aprendizaje que ayudará a cambiar las opiniones. Todo conocimiento es objetivo y subjetivo a la vez: objetivo porque



corresponde a la realidad; subjetivo porque está impregnado de elementos pensantes implícitos en el acto cognoscitivo. El conocimiento vincula procedimientos mentales con actividades prácticas (23).

### **Niveles del conocimiento.**

Según Zepeda R, el conocimiento puede entenderse de diferentes formas o niveles:

Conocimiento alto: Conocimiento formal, la coherencia entre las ideas puestas en práctica y el conocimiento en la materia son expresados de manera adecuada, se interrelacionan al mismo nivel, se comprende correctamente las ideas principales y se estructura adecuadamente las soluciones a problemas concretos.

Conocimiento medio: El nivel cognitivo no es el adecuado y responde a parámetros medios, es decir las ideas no se interrelacionan a nivel alto, se comprenden conceptos, pero en nivel básico y el campo de aplicación del conocimiento teórico es reducido.

Conocimiento bajo: Se desconoce conceptos e ideas básicas, las ideas obtenidas no encuentran relación directa con el conocimiento teórico aceptable y por tanto estas se encuentra desorganizadas (24).

### **2.3.2. Prácticas**

Es la habilidad o experiencia que se consigue o se adquiere con la realización continuada de una actividad, bajo la dirección de una persona, se realiza aplicando los conocimientos teóricos para adquirir destrezas o habilidades (25).

### **2.3.3. Autocuidado**

Según la Organización Mundial de la Salud, definió el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud que realizan la persona, familia o grupo para cuidar de su salud, son de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. Es definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud (26).

#### **2.3.4. Prácticas de autocuidado**

Colliere (1993), indica que la práctica de autocuidado es la acción de preservar la vida asegurando la satisfacción de un cúmulo de necesidades importantes para la salud. Las distintas posibilidades de dar repuestas a estas necesidades indispensables forman hábitos de vida en cada individuo o grupo (27)

Para Morón (2018), las prácticas de autocuidado son acciones que los individuos realizan voluntariamente con el objetivo de mantener bienestar, particularmente cuando se enfrentan a una enfermedad crónica, como la hipertensión arterial, la cual es una afección que genera pérdida en años de vida saludable, ocasionando frecuentemente limitación física y costos altos para el paciente, así como para las instituciones de salud (28).

#### **2.3.5. Prácticas de autocuidado para el control de la Hipertensión arterial en el adulto mayor**

Las enfermedades crónicas como es la hipertensión arterial son muy costosas para la persona, las familias y la sociedad, que requiere cuidados permanentes para evitar complicaciones a futuro, un pilar fundamental en el tratamiento y control de hipertensión arterial es la aplicación de prácticas de autocuidado. Los cambios en el estilo de vida en el caso de pacientes con enfermedad hipertensiva, se retrasa y previene el tratamiento farmacológico y se contribuye a la reducción de la PA, lo que permite una reducción del número y dosis de medicamentos antihipertensivos. En ese sentido, resultan indispensables las modificaciones de los estilos de vida, que incluyen: (30).

##### **a) Restricción de la ingesta de sodio**

- El sodio es el nutriente más relacionado con la enfermedad hipertensiva. La reducción en la ingesta de sodio se relaciona con la prevención y el tratamiento de la enfermedad hipertensiva, por lo que la dieta con restricción de la sal se recomienda para la prevención y el tratamiento de la enfermedad hipertensiva.
- La reducción de la ingesta de sodio de 8.0 a 3.5 g/día de sal genera una disminución significativa de 2,56 mm Hg de la PA en individuos con una dieta alta en potasio.

- La reducción de la ingesta de sodio no sólo debe efectuarse en el uso de sal de mesa (NaCl), sino también en la disminución del consumo de alimentos procesados.
- En los individuos con tratamiento farmacológico, los cambios dietarios, especialmente la reducción en la ingesta de sal, contribuyen con la disminución de la PA y la disminución de la ingesta de medicamentos. Una dieta baja en sodio aumenta la respuesta betaadrenérgica vascular y de los linfocitos, produciendo la reducción de la PA.
- Para la dieta con restricción de sal (consumo de menos de 5 g/ día de sal), se indica a los/as pacientes que eviten el consumo de sal, así como los alimentos con exceso de sal (en especial, los alimentos ultraprocesados), y que consuman comidas elaboradas con ingredientes naturales (que contienen más potasio).
- Reducir la ingesta de sal a cifras por debajo de 5 g/día de sal, lo que equivale a una cucharadita disminuye la PA entre 2 a 8 mmHg (29).

**b) Evitar o moderar el consumo de alcohol**

- En personas con enfermedad hipertensiva como en aquellas que son normotensos. El consumo de más de una onza (30 ml) de alcohol diaria eleva la PA en forma permanente. Este incremento es mayor en la persona que fuma y en la persona con colesterol elevado. El consumo diario aumenta el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular.
- Evitar hábitos nocivos como el consumo de alcohol y tabaco reduce la PA entre 2 - 4 mm Hg (29).

**c) Consumo de frutas, verduras y alimentos bajos en grasa**

- El consumo de una dieta normal que adiciona frutas y verduras permite la reducción del riesgo de ataque cardíaco en 11%, en comparación con los que no lo consumen. El consumo de 4 a 5 unidades diarias de frutas y verduras, de granos integrales (14 g de fibra/1.000 kcal) y de alimentos con bajo contenido grasas totales y saturadas, como productos lácteos desnatados, permite una reducción de la PA de entre 8 - 14 mm Hg (29).

**d) Reducción y control del peso**

- Existe una relación directa entre el sobrepeso y la enfermedad hipertensiva; se estima que el control de la obesidad elimina el 48% de la enfermedad hipertensiva.
- La pérdida de peso tiene resultados estadísticos y clínicamente significativos en la PA. Una pérdida de peso de 5-6 kg reduce la presión arterial en 3,57 – 4,44 mm Hg. Asimismo, logra modificaciones metabólicas sustanciales que permiten un impacto en el sistema cardiovascular y osteomuscular. Por cada 10 kg de reducción de peso, se logra una reducción de la presión arterial sistólica entre 5 mm Hg y 20 mm Hg.
- Se recomienda mantener el peso corporal normal: IMC 18,5-24,9 y una circunferencia abdominal menor de 102 cm en varones y 88 cm en mujeres (29).

**e) Actividad física regular**

- Se recomienda realizar 30 minutos diarios o al menos 150 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada (trotar, montar bicicleta y/o nadar) para la reducción de la presión arterial de 4 a 9 mmHg.
- Realizar ejercicio físico aeróbico tiene un moderado efecto antihipertensivo (3 a 4 mm Hg) y, cuando se combina con la restricción calórica, genera mayores efectos, tanto en la reducción de la PA como en el mantenimiento de un peso adecuado. Todas las prácticas deportivas aeróbicas son recomendables y, en cualquier caso, el mínimo que se exige se estima en caminar rápido durante 30 a 45 minutos, al menos 5 días a la semana. No se recomienda el ejercicio físico isométrico intenso (levantamiento de pesas) como único tipo de actividad física, dado su efecto presor, pero se recomienda la combinación del ejercicio aeróbico e isométrico para que mantenga una masa muscular adecuada sobre todo para evitar la sarcopenia del adulto mayor (29).

**f) Evitar el consumo de tabaco**

- En los/as pacientes con enfermedad hipertensiva. Aquel/aquella fumador/a que abandona el tabaco antes de los 40- 50 años tiene una expectativa de vida similar a los no fumadores.

- Se recomienda erradicar hábitos nocivos, como el consumo de cigarrillo, así como también la exposición al humo de tabaco (29).

### **2.3.6. Hipertensión arterial**

#### **a. Definición**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023) indica que es una enfermedad en la que los vasos sanguíneos presentan una tensión constantemente alta, ocasionando daños. Cada segundo que el corazón late bombea sangre a los vasos, la cual es transportada hacia todo el cuerpo. Dicho bombeo ocasiona mayor tensión arterial debido a una fuerza ejercida por la sangre contra sus paredes, conforme la tensión es mayor, a la vez el esfuerzo del corazón también. Además, indica que posiblemente este constituye en la salud pública, el problema más significativo dentro de los países desarrollados (2).

Según el Ministerio de Salud (MINSA) (2015), es una enfermedad arterial, vascular, sistémica, inflamatoria, crónica y progresiva. Basado en este concepto general se infiere que el vaso sanguíneo es el órgano primario de afección y en esta estructura radica el endotelio. En la homeostasis vascular, este órgano es indispensable, puesto que, de la existencia de un funcionamiento normal, resultará la salud integral. La tensión de estos órganos se encuentra regulada a través de una serie de factores neuro-hormonales que actúan en forma local y global, debido a su funcionamiento en circuitos de autorregulación (29).

#### **b. Factores de riesgo**

En el 95% de los pacientes con hipertensión no existe una causa orgánica, la presión arterial está causada por disposiciones hereditarias y factores de riesgo externos como obesidad, estrés y consumo excesivo de alcohol y sal. Las enfermedades orgánicas o los trastornos hormonales son responsables de la hipertensión sólo en el 5% de los casos (30).

**Edad.** Existe el criterio de que las cifras de presión diastólica y sobre todo la sistólica, aumentan con la edad de manera progresiva, es siempre mayor para la sistólica, que pueden aumentar hasta los 80 años, que para la diastólica.

**Sexo.** De modo general, se acepta que la prevalencia de HTA es mayor en el hombre que en la mujer, la relación sexo-HTA puede ser modificada por la edad, así las mujeres después de 60 años exhiben niveles tensionales similares a los de hombres.

**Herencia.** La aparición de hipertensión arterial es más frecuente si los padres son hipertensos. Múltiples observaciones clínicas corroboran la importancia del factor genético en el origen de la HTA. Se conoce que esta tiende a surgir en familias y que los hijos de progenitores hipertensos tienen un riesgo mucho mayor que el promedio para padecerla.

**Obesidad.** Se calcula que la prevalencia de hipertensión arterial es el 50% mayor entre personas obesas que entre las que están en su peso normal. El hipertenso obeso tiene un mayor gasto cardíaco y menor resistencia periférica total, por tanto, este hipertenso tiene un estado circulatorio hipercinético con un aumento progresivo de las cifras tensionales.

**Dietas ricas en sodio.** El concepto de “sensibilidad a la sal” tiene su origen y fundamentos en estudios que demuestran que la prevalencia de hipertensión arterial aumenta a medida que se hace más importante el consumo de sal en la población.

**Factores psicosociales.** Las tensiones emocionales mantenidas/reiteradas pueden desencadenar reacciones vaso-presoras con hipertensión arterial, condicionadas por múltiples factores que van desde la personalidad hasta el régimen socioeconómico en que se vive (30).

### Clasificación de la HTA según la presión arterial

Categoría	PA Sistólica (PAS) (mmHg)	PA Diastólica (PAD) (mmHg)
PA Normal	< 130	< 85
PA con tendencia alta	130- 139	85 – 89
HTA grado 1	140 - 159	90 -99
HTA grado 2	≥160	≥100

y traducido: 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020 (31).

#### c. Cuadro clínico

Los signos y síntomas de la hipertensión son muy variados, desde la ausencia total de sintomatología por lo que se le conoce como “el enemigo silencioso”, hasta la pérdida de la memoria, hemorragia nasal, dificultad respiratoria, dolor de cabeza, zumbidos de oídos, ver destellos de luz, temblores lentos, náuseas y vómitos. Su tratamiento consiste en mantener la presión arterial dentro de los límites normales con tratamiento a base de fármacos y cambios en el estilo de vida (32).

#### d. Componentes

La tensión arterial tiene dos componentes:

- Tensión sistólica: Es el número más alto, representa la tensión que genera el corazón cuando bombea la sangre al resto del cuerpo.
- Tensión diastólica: Es el número más bajo. Se refiere a la presión en los vasos sanguíneos entre los latidos del corazón (33).

#### e. Complicaciones de la presión arterial alta

Cuando la presión arterial se mantiene alta por mucho tiempo, puede causar daños al cuerpo y provocar complicaciones, como: Aneurismas, enfermedad renal crónica, cambios cognitivos, lesiones en los ojos, ataque al corazón, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica, accidente cerebrovascular (30).

#### **f. Tratamiento**

**Tratamiento no farmacológico.** Las medidas no farmacológicas encaminadas a cambiar el estilo de vida se deben instaurar en todos los pacientes hipertensos, tanto como tratamiento de inicio como complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Las medidas no farmacológicas son: Reducción de peso, reducción del consumo excesivo de alcohol, abandono del tabaco, reducción del consumo de sal, aumento de la actividad física, ingesta de potasio, otros factores relacionados con la dieta.

**Tratamiento farmacológico.** La decisión de iniciar tratamiento farmacológico depende de los niveles de presión arterial y del riesgo cardiovascular global del paciente. Fármacos antihipertensivos, diuréticos, betabloqueadores, inhibidores de la enzima de conversión (IECA), Antagonista de los receptores de la angiotensina II, bloqueantes alfa 1 adrenérgicos, inhibidores alfa y betabloqueantes combinados, seguimiento del paciente hipertenso (34).

#### **2.4. Hipótesis**

Hi: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud San Miguel. Cajamarca. 2025.

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud San Miguel. Cajamarca. 2025.

#### **2.5. Variables**

Variable 1: Nivel de conocimiento en hipertensión arterial.

Variable 2: Prácticas de autocuidado.



## 2.5 Operacionalización de variables

Variable 1	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Rangos	Tipo de variable y nivel de medición
Nivel de conocimiento en hipertensión arterial	Se entiende como el conjunto de información, saberes y experiencias que el adulto mayor ha adquirido respecto a la enfermedad, producto de un proceso de aprendizaje que le permite comprender su naturaleza, causas, consecuencias y formas de control (23).	El nivel de conocimiento del adulto mayor se medirá a través del cuestionario sobre nivel de conocimientos (35).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto</li> <li>- Medio</li> <li>- Bajo</li> </ul>	<p>12 – 17 puntos</p> <p>6 – 11 puntos</p> <p>0 – 5 puntos</p>	Cuantitativa de intervalo

<b>Variable 02</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Rangos</b>	<b>Tipo de variable</b>
Prácticas de autocuidado	La práctica de autocuidado es la acción de preservar la vida asegurando la satisfacción de un cúmulo de necesidades importantes para la salud (27).	La práctica de autocuidado del adulto mayor se medirá a través del cuestionario sobre prácticas (35).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de peso</li> <li>- Hábitos alimentarios</li> <li>- Prevención hábitos nocivos</li> <li>- Control y tratamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adecuada</li> <li>- Inadecuada</li> </ul>	<p>10 – 18 puntos</p> <p>0 – 9 puntos</p>	Cuantitativa intervalo

### Características sociodemográficas de los adultos mayores

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
<b>Sexo</b>	Cualitativa	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en hombre y mujer, variable meramente física con un resultado predeterminado. (36).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hombre</li> <li>- Mujer</li> </ul>	nominal
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Referida al tiempo de existencia de alguna persona desde su nacimiento hasta la actualidad. (36).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 60 – 70</li> <li>- 71 – 80</li> <li>- 81 a más</li> </ul>	Intervalo
<b>Grado de instrucción</b>	Cualitativa	Años de estudio ha logrado aprobar una persona de 15 años a más según el Ministerio de Educación sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (36).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analfabeto</li> <li>- Primaria</li> <li>- Secundaria</li> <li>- Superior</li> <li>- No sabe</li> </ul>	ordinal

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio

El estudio es de diseño no experimental, tipo descriptivo – correlacional, de corte transversal y enfoque cuantitativo. Es descriptivo porque el investigador observa y describe varios aspectos del fenómeno, no existe la manipulación de las variables; es correlacional porque tiene como propósito saber cómo se puede comportar una variable según la otra variable correlacionada, se plantean hipótesis, no existen variables independientes o dependientes. Y es de corte transversal porque se recoge los datos en un solo momento y solo una vez (37).

#### 3.2. Población y muestra

**Población:** Estuvo constituida por 153 adultos mayores que estaban registrados en el Programa de Hipertensión arterial del Centro de Salud San Miguel. 2025 (38).

##### a) **Muestra:**

Para el cálculo del tamaño de la muestra usó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra

N= 153 adultos mayores

Z= confiabilidad al 95%

p = 0,50 (proporción de adultos mayores con prácticas de autocuidado adecuadas)

q= 0,50 (proporción de adultos mayores con prácticas de autocuidado inadecuadas)

e = 0.05 (tolerancia de error en las mediciones).

$$n \geq \frac{153 (1.96)^2 (0.50) (0.50)}{(0.05)^2 (153 - 1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$$n \geq 110$$

### 3.3. Criterios de inclusión

Adultos mayores inscritos en el programa de pacientes con hipertensión arterial

Adultos mayores que asistían regularmente al programa antes mencionado.

Adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial, mayor de un año

Adultos mayores que firmaron el consentimiento informado (Anexo 01).

### 3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis fue cada adulto mayor registrado en el Programa de pacientes con hipertensión arterial del Centro de Salud San Miguel. Cajamarca. 2025.

### 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica elegida para recopilar la información fue la entrevista. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario sobre el nivel de conocimiento de hipertensión arterial en adultos mayores, elaborado y validado por Tafur, Vásquez y Nonaka (2017) y posteriormente modificado por Angulo S y Gómez J (2020), con una confiabilidad de 0,904 (35), (Anexo 02). Consta de tres partes:

En la primera parte se encuentran los datos sociodemográficos del adulto mayor: edad, sexo, tiempo de enfermedad.

En la segunda parte se evalúa el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial mediante un cuestionario de 20 preguntas dicotómicas: Si = 1 punto y No= 0 puntos, distribuidas en las siguientes dimensiones:

Conocimiento de hipertensión arterial (0 -7 ítems), causas (8 – 12 ítems), complicaciones (13 – 15 ítems), tratamiento (16 – 20 ítems), donde se considerará como nivel de conocimiento:

Alto: 12 – 17 puntos

Medio: 6 – 11 puntos

Bajo: 0 -5 puntos

En la tercera parte se busca conocer las prácticas de autocuidado sobre hipertensión

arterial, se utilizó el cuestionario sobre prácticas de autocuidado, elaborado por Carbajal y Sayas (2018) y modificado por Angulo y Gómez (2020) (35), con una confiabilidad de 0,807. Consta de 18 preguntas, considerando las dimensiones siguientes: control de peso (1 - 2 ítems), hábitos alimentarios (3 - 8 ítems), hábitos nocivos (9 - 12 ítems), control y tratamiento (13 - 18 ítems), considerando:

Prácticas inadecuadas de 0 – 9 puntos

Prácticas adecuadas de 10 – 18 puntos

### **3.6. Validez y confiabilidad del instrumento**

Para conocer la validez de contenido y la confiabilidad del instrumento de recolección de información se realizó una prueba piloto en 15 adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial que cumplieran con los criterios de inclusión, esta prueba se realizó en el Centro de Salud La Encañada. La fiabilidad del instrumento de recolección alcanzó un alfa de Cronbach de 0,83 (Anexo 03)

### **3.7. Procedimiento de recolección de información**

#### **a) Procedimiento de recolección de datos**

Se solicitó la autorización al Director del Centro de Salud de San Miguel.

Luego se coordinó con el profesional responsable del Programa de Hipertensión arterial para que convoque a reunión a los adultos mayores.

En la reunión se explicó los objetivos del estudio y si los adultos mayores aceptaban participar firmaron el consentimiento informado (Anexo 01)

Luego se procedió a realizar la entrevista a cada uno de los adultos mayores según su cita programada (Anexo 2)

#### **b) Procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de la información se creó una base de datos en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel, luego estos datos fueron ingresados al programa SPSS versión 26, para su posterior procesamiento y análisis cuantitativo. Los datos son presentados en tablas simples y de doble entrada. Para analizar los datos se usó la estadística descriptiva, que permitió describir los resultados obtenidos en el estudio, contrastarlo con los antecedentes, base teórica y el marco teórico; todo ello para alcanzar los objetivos formulados en base a los resultados obtenidos en el procesamiento de datos (39).

### 3.8. Consideraciones éticas

**Autonomía:** Es un derecho del participante en la investigación, debe dar su consentimiento informado, dando especial importancia a la libertad de expresión, veracidad y confidencialidad en el manejo de los datos de manera que los encuestados se sientan seguros al momento de responder las preguntas/cuestionamientos (40).

Fue prioridad para la investigadora informar a adultos mayores sobre los riesgos y beneficios de la investigación.

**Beneficencia:** Que incluye “evitar el daño”, es decir minimizar los riesgos durante el proceso de recolección de datos y tratamiento estadístico (40). No se causó daño a los participantes, estableciendo diversas estrategias, medidas de prevención y control para garantizar el bienestar de los sujetos de investigación.

**Confidencialidad:** es importante guardar el anonimato de los participantes y los datos obtenidos fueron usados únicamente para el estudio, además los instrumentos son anónimos (40).

**Justicia:** Se tuvo en cuenta los criterios de inclusión en la selección de los adultos mayores, de tal modo que todos tuvieron la posibilidad de participar en el estudio (40).

### 3.9. Rigor científico

**Confiabilidad:** La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales (41). Para conocer la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto en una población con características similares.

**Validez:** La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir, la validez de contenido de los instrumentos se conocerá a través de la prueba piloto (41). La validez de contenido se alcanzó a través de la prueba piloto, cuando las

preguntas del instrumento de recolección de datos recogieron la información requerida según los objetivos del estudio.

**Objetividad:** la objetividad se refiere al grado en que éste es o no permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que lo administran, califican e interpretan (41).

Para el análisis de los resultados se tomó en cuenta el marco teórico, de tal manera que la opinión de la investigadora no influyó en el análisis del estudio.



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Análisis y discusión de los resultados

**Tabla 1. Características sociodemográficas del adulto mayor hipertenso. Centro de salud San Miguel. Cajamarca. 2025**

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
De 60 a 70	18	16,4
De 71 a 80	57	51,8
De 81 a más	35	31,8
<b>Sexo</b>		
Mujer	61	55,5
Hombre	49	44,5
<b>Grado de instrucción</b>		
Analfabeto	77	70,0
Primaria incompleta	22	20,0
Primaria completa	6	5,5
Secundaria incompleta	2	1,8
Secundaria completa	2	1,8
Superior	1	,9
<b>Tiempo de enfermedad</b>		
De 1 a 10 años	83	75,5
De 11 a 20 años	24	21,8
De 21 a 30 años	3	2,7
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

En la presente tabla se observa que 51,8% de los adultos mayores con hipertensión arterial tienen entre 71 a 80 años, 31,8% de 81 a más años; 55,5% son mujeres; 70% son analfabetos y 20% alcanzaron grado de instrucción primaria; respecto al tiempo de enfermedad, el 75,5% indicaron haber sido diagnosticados con hipertensión arterial entre 1 a 10 años.

Los resultados del estudio guardan cierta similitud con los resultados del Instituto Nacional de Estadística e Informática, donde los pacientes hipertenso

muestran que 67,8% son del sexo femenino, 85% están entre 81 años, más del 60% de adultos mayores en zonas rurales del país y 85% tienen más de 10 años de enfermedad; en la población rural el analfabetismo se muestra en 39,6% (42) y con Reyes K, se hallaron que la mayor parte fueron adultos mayores entre 60 a 90 años de edad, 85%, el predominante fue el sexo femenino con un 75% respecto al tiempo conocido de enfermedad (14).

En relación con la edad, se ha identificado que durante la etapa fértil las mujeres están biológicamente protegidas frente a las enfermedades cardiovasculares por la acción de los estrógenos, estas hormonas mejoran la función endotelial, tienen efectos vasodilatadores, reducen la resistencia vascular periférica. Sin embargo, esta protección se reduce progresivamente con la llegada de la menopausia que generalmente ocurre alrededor de los 50 años. Como resultado se incrementa la rigidez arterial, la resistencia vascular y la presión arterial. Por ello, a partir de los 60-65 años, la prevalencia de hipertensión en mujeres igual o incluso supera a la de los hombres. En concordancia con ello, Reckelhoff, J (2021) señala que las mujeres posmenopáusicas presentan tasas más elevadas de hipertensión que los hombres de la misma edad, atribuible a la disminución de los niveles de estrógenos y el aumento de la actividad del sistema renina-angiotensina (43).

Los resultados muestran un bajo nivel de instrucción lo cual limita su comprensión de la información médica, impide la interpretación adecuada de síntomas y signos y, reduce la adherencia al tratamiento y a los cambios de estilos de vida. Estas personas suelen depender en mayor medida del personal de salud para entender su diagnóstico y seguir las indicaciones terapéuticas; pero muchas veces no hay suficientes estrategias adaptas a su realidad sociocultural y educativa. En este sentido, Cieza L, Zapata A (2022), señalan que los adultos mayores con analfabetismo o educación primaria incompleta presentan menores niveles de conocimiento sobre su enfermedad, así como menor adherencia a los medicamentos y menor cumplimiento de cambios de estilos de vida recomendados por el personal de salud (44).

El hallazgo de que más de la mitad de los adultos mayores presentan de 1 a 10 años de diagnóstico de hipertensión arterial refleja que la mayoría ha sido diagnosticada en edades avanzadas probablemente después de los 60 años. Esto

es consistente con la naturaleza silenciosa y progresiva de la hipertensión, así como las dificultades de acceso preventivos en la población adulta mayor, especialmente en zonas rurales o con bajo nivel educativo

**Tabla 2. Nivel de conocimiento del adulto mayor en hipertensión arterial. Centro de salud San Miguel. Cajamarca. 2025**

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Bajo	16	14,5
Medio	88	80,0
Alto	6	5,5
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

La tabla 2, muestra que 80% de los adultos mayores presentan un nivel de conocimiento medio sobre la hipertensión arterial, 14,5% tiene un nivel bajo y 5,5% demuestra un conocimiento alto.

Los hallazgos guardan similitud con el estudio de Reyes K, donde 58,4% de adultos tuvieron un nivel de conocimiento medio, 33,3% nivel de conocimiento alto (14). También con el estudio de García y Chátara, quienes concluyeron que 71% de los adultos poseen conocimientos medio (45). Asimismo, con Ordoñez Z, donde 64,3% tenía nivel de conocimiento medio y 27,6% nivel de conocimiento alto (46).

Sin embargo, entre los estudios que difieren con la investigación se tienen a Cerda y León, quienes concluyeron que 60% de pacientes tenían un nivel de conocimiento bajo y 40% un nivel de conocimiento medio (47). También con Angulo S, Gómez J, donde 98,8% de los pacientes adultos mayores, tienen un conocimiento alto y 1,3% con conocimiento medio o bajo (35).

Según Marriner T, el conocimiento no es innato, es la suma de los hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto (22).

De acuerdo con los resultados, se evidencia que la mayoría de los adultos mayores presentan un nivel de conocimiento medio respecto a la hipertensión arterial, esta información es adquirida predominantemente durante las citas programadas mensualmente, espacios en los que el personal de salud responsable del programa de hipertensión arterial proporciona orientación sobre

aspectos fundamentales como la alimentación adecuada, el uso correcto de medicamentos y la práctica regular de ejercicio físico. Al respecto el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (22), considera que el conocimiento es uno de los factores personales que influyen en las conductas de salud. Un conocimiento medio puede no ser suficiente para motivar un cambio de comportamiento; como el control de la dieta, el uso correcto de los medicamentos o el monitoreo regular de la presión arterial.

Cabe indicar que una fracción significativa de adultos mayores participantes tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la enfermedad, resultados que se interpretan a la luz del contexto sociocultural y educativo de la población estudiada, en su mayoría adultos mayores con educación primaria incompleta o en condición de analfabetismo, y viven en la zona rural, lo que representa una situación preocupante, ya que esta población es particularmente vulnerable a complicaciones graves de la hipertensión, como accidentes cerebro vasculares, infartos o insuficiencia renal. Al respecto la OMS (2021), indica que el lugar de residencia rural, junto con la baja escolaridad, son factores que limitan el acceso a la información, a los servicios de salud y a las oportunidades de aprendizaje en salud, afectando directamente el conocimiento sobre enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (48).

Todo lo descrito evidencia que la capacidad del adulto mayor para cuidar su propia salud dependerá en gran medida del nivel conocimiento y de la motivación personal. Cuando no cuentan con información suficiente sobre su enfermedad, las decisiones relacionadas con su salud pueden ser inapropiadas, a menos que comprendan claramente los beneficios de adoptar conductas saludables y los riesgos de no hacerlo. De acuerdo al MINSA (2021), el bajo nivel de alfabetización en salud es una de las barreras para el control efectivo de enfermedades crónicas como la hipertensión (49).

Por ello, educar al paciente hipertenso se convierte en un componente esencial de abordaje integral. En este sentido empoderar al adulto mayor a través de intervenciones educativas personalizadas y comunitarias es clave para mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones asociadas a la hipertensión arterial.

**Tabla 3. Prácticas de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud San Miguel. Cajamarca. 2025**

<b>Prácticas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Inadecuada	17	15,5
Adecuada	93	84,5
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

La tabla 3, muestra que 84,5% de los adultos mayores tienen prácticas adecuadas de autocuidado en hipertensión y 15,5% prácticas inadecuadas.

Los resultados guardan similitud con el estudio de Reyes K, donde 60% tienen prácticas de autocuidado adecuadas (14), también con Angulo S, Gómez J, que informa que 100% de pacientes realizan prácticas adecuadas de autocuidado de hipertensión arterial (17) y con Torres O, que concluye, 93,4% presentó prácticas de autocuidado adecuadas y solo el 6,6% presentan prácticas de autocuidado inadecuadas (18).

Orem sostiene que, al autocuidado es la función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada, para mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción (20). Por su parte Colliere, indica que la práctica de autocuidado es la acción de preservar la vida asegurando la satisfacción de necesidades importantes para la salud (27).

Los resultados de la tabla muestran prácticas mayormente adecuadas, se puede inferir que los adultos mayores participantes del estudio han interiorizado su situación de salud y las prácticas de autocuidados que la hipertensión arterial requiere, ya sea con cambios en la alimentación, control de peso, actividad física, etc. Así lo afirma Guerrero C, el autocuidado son las prácticas que los individuos adoptan para promover y mantener su salud, ha demostrado ser crucial en el manejo de la hipertensión arterial. Varios estudios han identificado una serie de técnicas efectivas, incluyendo la monitorización regular de la presión arterial en casa, la adherencia a una dieta baja en sodio y la participación en programas estructurados de ejercicio físico (50).

De otro lado, para que el adulto mayor con HTA, tenga prácticas adecuadas de autocuidado necesita el apoyo de la familia; ya que debe realizar cambios en la dieta como por ejemplo: control de sal, mayor consumo de frutas y verduras, entre otros importantes para el control de la presión arterial, sin embargo es importante que el profesional de enfermería considere a cada usuario como un ser único que vive en contexto social, económico, cultural e incluso religioso y requiere una atención personal de salud para prevenir complicaciones irreversibles de la enfermedad a largo plazo; al respecto Yamunaqué, G, señala que es importante destacar que la implementación exitosa de técnicas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial puede estar influenciada por factores socioeconómicos, culturales y de accesibilidad a los servicios de salud. Por lo tanto, los enfoques de autocuidado deben ser adaptados y personalizados para maximizar su efectividad y relevancia para cada individuo (51).

De otro lado las prácticas inadecuadas, puede asociarse a bajo nivel educativo de los adultos mayores, escaso apoyo familiar, pueden vivir solos o tener otras enfermedades crónicas, además de otros factores como violencia, o abandono etc.

Los adultos mayores participantes del estudio, aunque proceden de la zona rural del distrito de San Miguel y en su mayoría no tienen instrucción (analfabetos), al momento de la recolección de la información evidenciaron comportamientos saludables en su día a día orientados al control de la presión arterial elevada; en especial los cambios en su dieta, en particular reduciendo la cantidad de sal en sus comidas, cumplir puntualmente con la toma de sus medicamentos según las indicaciones del médico y la enfermera que los atendió, así mismo asistir puntualmente a sus citas médicas.

**Tabla 4. Relación entre nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado de los adultos mayores hipertensos. Centro de Salud San Miguel. Cajamarca. 2025**

Prácticas de autocuidado	Nivel de conocimiento					
	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Inadecuada	7	43,7	9	10,2	1	16,7
Adecuada	9	56,3	79	89,8	5	83,3
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Valor  $p=0,003$

La tabla 4, muestra que los participantes con un nivel de conocimiento bajo el 56,3% tienen prácticas adecuadas de autocuidado, al igual que aquellos con un conocimiento medio (89,8%) y alto 83,3%. Se ha encontrado relación estadística entre las variables en estudio con un valor de  $p=0,003$

Los hallazgos del estudio son similares a Reyes K, que encontró correlación significativa entre las variables, con un valor de  $p=0,025$  (14). Y con Sirlopu R, que refiere un valor de  $p=0,012$ , es decir existe relación significativa entre las variables en cuestión (15). Así como con Vargas M (2022), los resultados evidenciaron que existe correlación entre el nivel de conocimiento sobre autocuidado y las prácticas de autocuidado con un resultado de Rho de Spearman= 0 ,658 (16). Finalmente, con Torres O, quien concluye que el nivel de conocimiento se relaciona con las prácticas de autocuidado de los adultos mayores con HTA, corroborado por el valor de chi cuadrado de Pearson 0,001 ( $p<0,05$ ) (18).

Difieren de Angulo S, Gómez J (2021), en su estudio concluye que no existe relación significativa entre el conocimiento de hipertensión arterial y las prácticas de autocuidado, verificándose un coeficiente Rho Spearman de -0,180 (17).



El Ministerio de Salud (MINSA), señala que la hipertensión arterial es una enfermedad arterial, vascular, sistémica, inflamatoria, crónica y progresiva (29). La HTA es uno de los principales problemas de salud pública mundial según la Organización Panamericana de la Salud (2024), es el principal factor de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, que son la primera causa de muerte debido a una alta prevalencia e incidencia a lo largo de los años, además cabe mencionar que está muy relacionada con los estilos de vida que adopta la persona a lo largo de la vida (3).

El conocimiento de los adultos mayores sobre aspectos relativos a la enfermedad como causas, complicaciones o tratamiento alcanzó un nivel medio según resultados de la primera tabla, se relaciona estadísticamente con las prácticas de autocuidado que son adecuadas en su mayoría, es decir a mayor nivel de conocimiento, mayor probabilidad que los adultos mayores hipertensos tengan prácticas de autocuidado adecuadas que beneficien su salud.

Para Orem el autocuidado comprende que una persona ejerza acciones, iniciando y llevando a cabo durante lapsos de tiempo, teniendo el fin de preservar la vida y mantener un saludable funcionamiento, a través de la satisfacción de los requerimientos para la regulación funcional (22). Sin embargo, el conocimiento por si mismo no es útil si no se pone en práctica lo aprendido, por ese motivo es importante el papel de las enfermeras en su labor de educadoras cuando brindan atención a los usuarios con hipertensión arterial, ya que los adultos mayores pueden ser analfabetos o alcanzar solo primaria, no obstante, tienen prácticas adecuadas en cuanto al manejo y control de su enfermedad.

De otro lado, las prácticas de autocuidado requieren información que probablemente fue recepcionada en el establecimiento de salud durante la consulta médica o valoración de enfermería que incluye control de presión arterial, peso y talla, control de glucemia, aplicación del formato de valoración sociosanitaria, entre otras actividades; es posible que durante esas visitas el personal incida en los cambios necesarios en la alimentación, actividad física etc. Por su parte Guerrero C, afirma que la efectividad de las técnicas de autocuidado es respaldada por evidencia científica. Por ejemplo, la monitorización regular de la presión arterial facilita un mejor control de la

enfermedad, y reduce las visitas hospitalarias. Además, las intervenciones educativas que promueven el autocuidado han mostrado mejorar el conocimiento y la adherencia a las recomendaciones médicas (50).

## **CONCLUSIONES**

1. Las características sociodemográficas de los adultos mayores son: 51,8% oscilan entre 71 a 80 años, predomina la presencia de mujeres con 55,5%, 70% son analfabetos y tienen como tiempo de enfermedad de 1 a 10 años.
2. En cuanto al nivel de conocimiento de hipertensión arterial la mayoría de los adultos mayores presentan conocimiento medio.
3. La mayor proporción de adultos mayores presentó prácticas de autocuidado adecuadas.
4. Se ha encontrado relación estadística entre las variables en estudio con un valor de  $p=0,003$

## **RECOMENDACIONES**

### **A la enfermera responsable del programa de hipertensión arterial del Centro de Salud San Miguel**

Plantear un plan de trabajo anual que incluya actividades educativas efectivas para a largo y mediano plazo incrementar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial fortaleciendo el conocimiento en complicaciones, control y tratamiento.

Promover un trabajo en equipo interinstitucional involucrando a docentes de las instituciones educativas, autoridades de la zona y agentes de salud para planificar y ejecutar actividades de promoción de la salud en instituciones de educación básica con el objetivo de prevenir nuevos casos de hipertensión arterial y fomentar estilos de vida saludables en los preescolares, escolares y adolescentes.

Planificar actividades educativas en los hogares de adultos mayores con hipertensión arterial, incluyendo a la familia y/o cuidadores en el proceso educativo de autocuidado

### **A los docentes del Área Curricular de Adulto y adulto mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca**

Enfatizar dentro de los contenidos teóricos y prácticos de las asignaturas del área, algunos aspectos básicos relacionados con el abordaje intercultural de las enfermedades crónico-degenerativas, como la hipertensión arterial para promover prácticas de autocuidado conociendo y valorando hábitos y creencias sobre la enfermedad.

### **A la Directora de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud**

Promover la formación de un núcleo de investigación que permita sistematizar los resultados de los estudios de pregrado sobre salud del adulto y adulto mayor y de esta manera proponer estrategias y actividades de promoción y prevención efectivas basadas en hechos reales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No transmisibles y transmisibles. 2023 [citado diciembre 2024]. Disponible desde: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1951/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1951/libro.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2022). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4570183/Resumen%3A%20Per%20C3%BA.%20Encuesta%20Demogr%C3%A1fica%20y%20de%20Salud%20Familiar%20-%20ENDES%202022.pdf?v=168434292>
5. Albán O, Calderón N. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial en un hospital público, Nuevo Chimbote, 2023. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14278/4629/Tesis%20Alb%C3%A1n%20-%20Calder%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Ataucusi S, Nieto J. Nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en la casa del adulto mayor. Asociación Corazones contentos, Lurín 2019. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Autónoma de Ica. Lima 2020. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/606/3/ATAUCUSI%20NAVARRO%20SONIA%20%20ESTA%20JUAN%20MANUEL.pdf>
7. Puicón S. El nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en adulto mayores en el centro de salud José Quiñones Gonzáles. Tesis de Pregrado. Chiclayo: Universidad Particular de Chiclayo; 2019 [citado diciembre de 2024]. Disponible desde: [http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/CH/567/1/T044\\_72631260\\_T.pdf](http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/CH/567/1/T044_72631260_T.pdf)

8. Ramírez O. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y el autocuidado del adulto mayor hipertenso de la Microred Chavín-Ancash, 2018. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima. 2018. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://repositorio.uigv.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/9fc0aa72-e734-4932-ae6b-ca56ac3bf8d8/content>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2023. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1459/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1459/libro.pdf)
10. Ministerio de Salud. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. Lima. 2021. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030.pdf>
11. García J. Evaluación de hábitos nutricionales, composición antropométrica y conocimiento de la dieta mediterránea. Instituto de la Juventud, Madrid. 2018. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: [https://www.injuve.es/sites/default/files/2018/17/publicaciones/evaluacion\\_de\\_habitos\\_nutricionales.pdf](https://www.injuve.es/sites/default/files/2018/17/publicaciones/evaluacion_de_habitos_nutricionales.pdf)
12. Ojeda M. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica. Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Médica General. Universidad Nacional de Loja. Ecuador. 2023. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: [https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/28554/1/MariaSoledad\\_OjedaVargas.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/28554/1/MariaSoledad_OjedaVargas.pdf)
13. Kassahum C, et al. Conocimientos sobre hipertensión y prácticas de autocuidado entre pacientes hipertensos adultos en el Hospital Integral Especializado de la Universidad de Gondar, Etiopía, 2019. Revista internacional de hipertensión. Volumen 2020. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2020/5649165>
14. Reyes K. Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con Hipertensión Arterial. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. 2024. [citado diciembre 2024]. Disponible desde:

- <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/cef38e36-14b4-436e-9d60-e739508342a1/content>
15. Sirlopu R. Conocimiento y práctica del autocuidado en adultos hipertensos que se atienden en el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena del distrito de Magdalena del mar, Lim - 2022. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Norbert Wiener. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/763e45fb-0517-415e-8c89-957a632a0cac/content>
  16. Vargas M. Relación entre los conocimientos y prácticas de autocuidado en el paciente adulto mayor hipertenso. Hospital Regional Ica-MINSA. Enero 2021. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Privada San Juan Bautista. Ica Perú. 2022. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/a65bd70c-0f18-4e70-abcc-dcc663a8e8cf/content>
  17. Angulo S, Gomez J. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en adultos mayores hipertensos en Trujillo – 2021. Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad César Vallejo. Trujillo 2021. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/88400/Angulo\\_RS\\_E-Gomez\\_RJM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/88400/Angulo_RS_E-Gomez_RJM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  18. Torres O. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud Morro Solar-Jaén. 2021. Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca. Jaén. 2019. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/2914/rocio%20torres.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
  19. Guamán N. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2021; 40(3), 290-297. [citado diciembre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5039487>
  20. Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf. Neurol (Mex) [Internet]. 2011. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <http://new.medigraphic.com/cgo.cgi?IDREVA=221&IDPUBLICACION=3438>

21. Espino M, Tizón E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos [Internet]. 2013. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X205&script=sci\\_abstract&tlng](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X205&script=sci_abstract&tlng)
22. Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería. 7th ed. España. Elsevier. 2011
23. Bunge M. La investigación científica. Su estrategia y su filosofía. Editorial. Siglo XXI. 2004. México
24. Zepeda R. Conocimientos intuitivo, religioso, empírico, filosófico y científico. 2022. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://www.gestiopolis.com/conocimientos-intuitivo-religioso-empirico-filosofico-y-cientifico-definicion-caracteristicas-y-relevancia/>
25. Aram V, George L, Henry R, William C, Lee A. The Association Between SelfEfficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults. Community Health [Internet]. 2012 [citado diciembre de 2024] Disponible desde: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20094.pdf>
26. Organización Mundial de la Salud. El autocuidado en la actualidad [Internet] 2019. [citado diciembre de 2024] Disponible desde: <https://www.mallamaseps.com.co/index.php/elautocuidado-en-la-actualidad>
27. Colliere, M. Promover la vida. Editorial. McGraw-Hill / Interamericana de España. 1993.
28. Morón, N. Factores de riesgo y Prácticas de autocuidado del paciente adulto hipertenso atendido en el Puesto de Salud la Venta Baja Ica, Enero – 2017. Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista, Ica – Perú. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/1853/T-ENataly%20Camila%20Moron%20Armacanqui.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Documento Técnico. Consulta Nutricional para la Prevención y control de la Enfermedad Hipertensiva de la persona joven, adulta y adulta mayor. Lima 2023. [citado diciembre 2024]. Disponible desde: <https://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/20.500.14196/1534/CONSULTA%20NUTRICIONAL-final.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
30. Farreras y Rosman. Medicina Interna. 17a ed. Edit. Elsevier: España; 2013. Pág. 512-520. Vol I.



31. Instituto de Evaluación de Tecnologías en salud e investigación. EsSalud. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Hipertensión Arterial Esencial. 2022 [citado diciembre 2024]. Disponible desde: [https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-HTA-esencial\\_Version-corta.pdf](https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-HTA-esencial_Version-corta.pdf)
32. Harrison y Kasper. Medicina Interna. 18a ed. Mac Graw Hill. Interamericana: México; 2013. pág. 5042-2059. Vol II.
33. Hernández, H. Fisiopatología de la hipertensión arterial. 2012. Cuba. [citado diciembre de 2024]. Disponible desde: <http://www.monografias.com/trabajos15/hipertensionarterial/hipertensionarterial.shtml#fi>
34. Peña J, Sainz de la Mesa. Hipertensión arterial. 2014 Barcelona: [citado diciembre de 2024]. Disponible desde: <http://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/11277/JaionePe%C3%.Maza.pdf>
35. Angulo S y Gómez J. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en adultos mayores hipertensos en Trujillo. 2021. Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad César Vallejo. Trujillo. 2021. [citado enero 2025]. Disponible desde: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/88400/Angulo\\_RS\\_E-Gomez\\_RJM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/88400/Angulo_RS_E-Gomez_RJM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Glosario de Términos. Lima. 2006. [citado enero 2025]. Disponible desde: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1039/cap05.pdf>
37. Arias J. Diseño y metodología de la investigación. 1era Edición. Editorial. Enfoques Consulting Eirl. Arequipa Perú. 2021.
38. Dirección Regional de Salud de Cajamarca. Oficina de Estadística. Cajamarca 2024
39. Hernández - Sampieri, R. Metodología de la investigación. Las rutas, cualitativa, Cuantitativa y mixta. 6ta Edición. Editorial Mc. Graw Hill Education. México 2018.
40. Noroña A, Alcaraz N, Malpica P. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cuantitativa. Rev. ciencias médicas. 2012 Jun 12 (3): 263-274. [citado enero 2025]. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06>.

41. Reyes M. La Ética En La Investigación Cuantitativa. (Internet). 12 de julio 2017. [citado enero 2025]. Disponible desde: <http://meryannguaita.blogspot.com/>
42. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Enfermedades No transmisibles. 2023. [citado julio 2025]. Disponible desde: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1\\_951/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1_951/libro.pdf)
43. Reckelhoff, J. Diferencias de género en la regulación de la presión arterial 2001;37(5):1199-1208. doi: 10.1161/01.hyp.37.5.1199. [citado julio 2025]. Disponible desde: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11358929/>
44. Cieza L, Zapata A. Alfabetización en salud y adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en un centro de atención primaria. Revista Peruana de Ciencias de la Salud. 2022. 4(3): 145-52. [citado julio 2025]. Disponible desde: <https://revistas.udh.edu.pe/RPCS/article/view/382e/476>
45. García E, Chátara A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre hipertensión arterial en usuarios que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Milagro de la Paz, San Miguel, en período de febrero a septiembre 2019. Tesis para optar el Grado de Maestro en salud Pública. Universidad de El Salvador. 2019. [citado julio 2025]. Disponible desde: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1147101/270-11106151.pdf>
46. Ordoñez Z. Nivel de conocimiento y práctica del autocuidado en el paciente hipertenso del consultorio externo de cardiología de un Hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú. 2022. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional Federico Villareal. [citado julio 2025]. Disponible desde: [https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/7306/UNFV\\_FM\\_HU\\_Ordonez\\_Saavedra\\_Zaremnia\\_Titulo\\_profesional\\_2023.pdf?sequence=8](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/7306/UNFV_FM_HU_Ordonez_Saavedra_Zaremnia_Titulo_profesional_2023.pdf?sequence=8)
47. Cerda R, León M. Conocimientos, prácticas y actitudes en pacientes hipertensos en consulta externa en el Centro de Salud de Chonchopata, agosto-setiembre. Ayacucho 2022. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. [citado julio 2025]. Disponible es: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/dc8a04d9-efb0-42f5-bece-7b2719e48caf/content>

48. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2021. Hipertensión arterial. [citado julio 2025]. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
49. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). 2021. Guía Técnica: “Atención Integral de las Personas Adultas Mayores”. Lima: MINSA. [citado julio 2025]. Disponible desde: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
50. Guerrero C. Estilos de vida y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público. Piura, 2022. DSpace Principal UWiener. Retrieved July 10, 2024, from [citado julio 2025]. Disponible desde: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6651>
51. Yamunaqué G. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en pacientes del área de cardiología de un hospital de Lima - 2023. DSpace Principal UWiener. Retrieved July 11, 2024, from [citado julio 2025]. Disponible desde. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/10352>

# **ANEXOS**

## ANEXO 01

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ con DNI\_\_\_\_\_,  
estoy de acuerdo en participar en la investigación titulada: Nivel de conocimiento y  
prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso. Centro de Salud San Miguel.  
Cajamarca. 2025.

Certifico que he sido informado/a sobre el propósito del mismo, así como de los  
objetivos. Que conozco que los resultados serán usados solo para fines científicos y que  
se garantizará su anonimato, por lo que firmo este consentimiento informado.

A los \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Firma de la participante

DNI:

## ANEXO 02

### CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL. CAJAMARCA. 2025

#### PRESENTACIÓN

Estimado/a señor/a, buenos días, mi nombre es Karina Manuelita Sánchez Cruzado; en esta oportunidad estoy realizando una investigación con el objetivo de: Determinar y analizar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial, atendidos en el Centro de Salud de San Miguel. Cajamarca 2025.

Hago de su conocimiento que la información que usted me diga es anónima y confidencial y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación. Agradezco anticipadamente su colaboración.

Instrucciones: A continuación, se le presenta una serie de enunciados el cual deberá leer y responder marcando con un "X" la respuesta que Usted considere correcta.

#### I. DATOS GENERALES:

Edad: .....

Sexo: F ( ) M ( ).

Grado de instrucción.....

Tiempo conocido de enfermedad: \_\_\_\_\_

#### II. CONOCIMIENTOS SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

NIVEL DE CONOCIMIENTO		
PREGUNTAS	1	0
CONOCIMIENTO	SI	NO
1. ¿Conoce qué es la presión alta?		
2. ¿La presión alta es una enfermedad para toda la vida?		
3. ¿La presión es ALTA, cuando es mayor o igual a 140/90?		
4. ¿Es importante controlar la presión semanalmente?		
5. ¿Los síntomas de la presión alta son dolor de cabeza, zumbido		

de oídos, mareos?		
6. ¿Usted cree que tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?		
7. ¿La hipertensión arterial es una enfermedad contagiosa?		
<b>CAUSAS</b>		
8. ¿La presión arterial aumenta con la edad de manera progresiva?		
9. ¿La presión alta lo padece más el hombre que la mujer?		
10. ¿La presión aumenta a medida que se hace más consumo de sal?		
11. ¿Las tensiones emocionales mantenidas y reiteradas pueden causar presión alta?		
12. ¿La obesidad es la causa más importante de la presión alta?		
<b>COMPLICACIONES</b>		
13. ¿La presión alta puede provocar insuficiencia cardíaca?		
14. ¿La presión alta puede provocar lesiones en los ojos?		
15. ¿La presión alta puede provocar enfermedad renal crónica?		
<b>TRATAMIENTO</b>		
16. ¿Para controlar la presión alta se tiene que tomar todos los días la medicación?		
17. ¿Se debe tomar pastillas cuando le indican otras personas que no sea el médico?		
18. ¿Se puede aumentar la dosis de la medicación si sube más la presión, sin consultar al médico?		
19. ¿La presión alta se cura con vegetales?		
20. ¿Se puede dejar el tratamiento cuando la presión se normaliza?		

### **CALIFICACIÓN:**

Alto: 12 – 17 puntos

Medio: 6 – 11 puntos

Bajo: 0 -5 puntos

### III. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

<b>PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO</b>		
<b>PREGUNTAS</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>CONTROL DE PESO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Controla su peso mensualmente		
2. Hace caminatas diariamente		
<b>HÁBITOS ALIMENTICIOS</b>		
3. Generalmente usted prepara sus alimentos fritos		
4. Generalmente usted prepara sus alimentos sancochados y a la plancha		
5. Prepara sus alimentos con aceite de origen vegetal		
6. La frecuencia con la que usted consume ajos, apio es de 3 a 4 veces a la semana		
7. Toma café y té de vez en cuando		
8. Frecuentemente utiliza poca cantidad de sal en la preparación de sus alimentos		
<b>HÁBITOS NOCIVOS</b>		
9. Realiza caminatas y ejercicios durante la semana		
10. Duerme más de 7 horas diarias		
11. Consume bebidas alcohólicas		
12. Acostumbra a fumar cigarrillos durante el día		
<b>CONTROL Y TRATAMIENTO</b>		
13. Toma sus medicamentos puntualmente		
14. Toma medicamentos sólo cuando se siente mal		
15. Asiste a sus controles médicos periódicamente		
16. Se controla la presión arterial sólo cuando asiste a sus controles con el Enfermero y cuando siente molestia		
17. Asiste a los controles de enfermería solo para recibir sus medicamentos		
18. Pertenece algún programa del adulto mayor		

### CALIFICACIÓN

Práctica adecuada: 10 – 18 puntos

Práctica inadecuada: 0 – 9 puntos




### **ANEXO 03**

#### **Estadísticas de fiabilidad de la Escala de Prácticas de autocuidado**

N de preguntas	18
Alfa de Cronbach	0,83
Numero de cuestionarios	110

# KARINA MANUELITA SÁNCHEZ CRUZADO

## NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO. CENTRO DE SALUD SAN ...

 My Files My Files Universidad Nacional de Cajamarca

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:old::3117:542214374

Fecha de entrega

19 dic 2025, 10:48 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

19 dic 2025, 10:53 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

TESIS KARINA MAUELITA SÁNCHEZ CRUZADO, 2025.doc

Tamaño del archivo

278.0 KB

46 páginas

10.885 palabras

63.691 caracteres

## 9% Similitud general

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




### Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 35 palabras)

### Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas

### Fuentes principales

- 6%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 4%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad




#### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

## Fuentes principales

6%	 Fuentes de Internet
0%	 Publicaciones
4%	 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	publicaciones.usanpedro.edu.pe	4%
2	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Cajamarca on 2025-12-19	1%
3	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Cajamarca on 2025-11-05	1%
4	Internet	apcyccv.org.pe	<1%
5	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
6	Internet	1library.co	<1%
7	Publicación	José Manuel Sosa-Rosado. "Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arte...	<1%