



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

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

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

Ordoñez Saavedra, Zaremnia

Asesor:

La Rosa Botonero, José Luis
(ORCID: 0000-0002-2908-272X)

Jurado:

Méndez Campos, Julia Honorata
Orrego Velásquez, Manuel Anibal
Méndez Campos, María Adelaida

Lima - Perú

2023



NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL AUTOCAUIDADO EN EL PACIENTE HIPERTENSO DEL CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGIA DE UN HOSPITAL DE NIVEL II-2 DE PUENTE PIEDRA, LIMA-PERU 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

24%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	6%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.upsc.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1%



FACULTAD MEDICINA HIPÓLITO UNANUE

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE
HIPERTENSO DEL CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGIA DE UN
HOSPITAL DE NIVEL II-2 DE PUENTE PIEDRA, LIMA-PERU 2022

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

Ordoñez Saavedra, Zaremnia

Asesora:

La Rosa Botonero, José Luis
(ORCID: 0000-0002-2908-272X)

Jurado:

Méndez Campos, Julia Honorata
Orrego Velásquez, Manuel Anibal
Méndez Campos, María Adelaida

Lima – Perú

2023

DEDICATORIA

A mis padres, por su apoyo incondicional a lo largo de este tiempo de estudios. A mis familiares, por los ánimos durante los momentos de cansancio y a mis abuelos que siempre estuvieron ahí.

AGRADECIMIENTO

A Dios por su bendición y oportunidad de vivir el sueño de alcanzar mis metas en compañía de mi familia. A mi alma máter, la Universidad Nacional Federico Villarreal, por formarme como médico. A mis docentes de la Facultad de Medicina Hipólito Unanue, quienes fueron guía en el camino del aprendizaje de la medicina humana. A mi asesor, Dr. La Rosa, por su tiempo y consejos en esta etapa muy importante en la vida universitaria, la elaboración de la tesis de pregrado.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Descripción del problema	8
1.1.1 Formulación de problema	8
1.1.1.1 Problema general	9
1.1.1.2 Problemas específicos	9
1.2. Antecedentes	10
1.2.1. Antecedentes Internacionales	10
1.2.2. Antecedentes Nacionales	12
1.3. Objetivos	15
1.3.1. Objetivo general	15
1.3.2. Objetivos específicos	16
1.4. Justificación	16
1.5. Hipótesis	17
II. Marco Teórico	18
2.1. Enfermedades no transmisibles	18
2.1.1. Definición	18
2.1.2. Epidemiología	18
2.2. Hipertensión arterial	20
2.2.1. Factores de riesgo modificables:	21
2.2.2. Factores no modificables:	22
2.2.3. Nivel de autocuidado	23
III. Método De Investigación	35
3.1. Tipo De investigación	35
3.2. Ámbito Temporal Y Espacial	35
3.3. Delimitación	35
3.3.1. Criterios de inclusión:	35
3.3.2. Criterios de exclusión:	36
3.4. Población Y Muestra	36
3.5. Técnica e instrumento	37
3.6. Procedimientos	39
3.7. Análisis De Datos	40
3.8. Consideraciones éticas	40
IV. RESULTADOS	42
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	52
VI. CONCLUSIONES	54

VII. RECOMENDACIONES	55
VIII. REFERENCIAS	56
VI. REFERENCIALES	60
6.1. Anexo 1: Matriz de consistencia	60
6.2. Anexo 2: Operacionalización de variables	63
6.3. Anexo 3: Instrumento	68
6.4. Anexo 4 Análisis de Fiabilidad (Alfa de Cronbach)	71
6.4.1. Análisis De Fiabilidad General	71
6.4.2. Análisis De Fiabilidad Por Cada Pregunta	71
6.5. Anexo 5: Cuadro de interpretación de correlación de spearman y Alfa de Cronbach	73
6.6. Anexo 6: Constancia de acceso a la información	74
6.6. Anexo 7: Consentimiento informado	75

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022. **Método:** estudio descriptivo, observacional, correlacional de corte transversal; se contó con una población de 360 pacientes con enfermedad hipertensiva de los cuales la muestra fue de 210 pacientes, Los datos obtenidos se registraron en una hoja de registro. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa estadístico SPSS® v.26 y Microsoft 365®. **Resultados:** 138 (65,7%) pacientes de la muestra presentan nivel de conocimiento alto y según el nivel de práctica se identificó que 135 (64,3%) presentan nivel de practica medio, teniendo correlación positiva directa baja, los resultados fueron estadísticamente significativos ($\rho=0.319$; $p=0.00$) **Conclusiones:** Se encontró relación directa y positiva sobre el nivel de conocimiento y de práctica del autocuidado del paciente con enfermedad hipertensiva, se encontró el grado de instrucción superior estadísticamente significativo y el estado civil casado.

Palabras clave: enfermedad hipertensiva, nivel de conocimiento, nivel de práctica.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge and practice of self-care in patients with hypertensive disease attending the cardiology clinic of a level II-2 hospital in Puente Piedra, Lima-Peru 2022. **Method:** descriptive, observational, cross-sectional, correlational study; a population of 360 patients with hypertensive disease was used, of which the sample was 210 patients. Statistical analysis was performed using SPSS® v.26 and Microsoft 365®. **Results:** 138 (65.7%) patients in the sample had a high level of knowledge and according to the level of practice, 135 (64.3%) had a medium level of practice, with a low direct positive correlation, the results were statistically significant ($\rho=0.319$; $p=0.00$) **Conclusions:** Direct and positive relationship was found on the level of knowledge and practice of self-care of the patient with hypertensive disease, higher education level was found statistically significant and married marital status.

Keywords: hypertensive disease, level of knowledge, level of practice.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción del problema

Las enfermedades no transmisibles (ENT) generan una mortalidad de aproximadamente 41 millones de personas anualmente lo que equivale al 71% de la mortalidad a nivel mundial; siendo las ENT un conjunto de enfermedades, las enfermedades cardiovasculares representan la mayor cantidad de muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones) (OPS, 2020).

En las Américas las ENT ocasionan 3.9 millones de fallecimientos lo que representa el 75% del total siendo estas cifras equivalentes y similares al nivel mundial, siendo además prevenibles enfocándonos en sus principales factores de riesgo y siendo prioridad de políticas de salud a nivel mundial. Esos factores de riesgo son: el tabaquismo, la dieta poco saludable, el sedentarismo y el consumo nocivo de alcohol. (OPS, 2020)

Dicho pacto va correlacionado con las políticas de salud pública realizadas a nivel nacional y con el ministerio de salud en su resolución ministerial con nombre “Prioridades nacionales de investigación en salud en Perú 2019-2023” poniendo en tercer puesto a las Enfermedades metabólicas y cardiovasculares.

Debido a la problemática anteriormente mencionada se evaluará y determinará el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio de cardiología de un Hospital Nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022.

1.1.1 Formulación de problema

1.1.1.1 Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio de cardiología de un Hospital Nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022?

1.1.1.2 Problemas específicos

¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del autocuidado de peso y alimentación del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio externo de cardiología de un Hospital Nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022?

¿Cuál es el nivel de conocimiento y la práctica del autocuidado de los hábitos del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio externo de cardiología de un Hospital Nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022?

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del autocuidado de control y tratamiento del paciente hipertenso que acude al consultorio externo de cardiología de un Hospital Nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022?

¿Cuál es la prevalencia de factores sociodemográficos en el paciente hipertenso que acude al consultorio externo de cardiología de un Hospital Nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

El estudio realizado por Espitia (2011), tuvo como objetivo determinar la asociación entre los Factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten al Hospital Universitario la Samaritana. El diseño fue de tipo descriptivo, de asociación con abordaje cuantitativo y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 432 personas a quienes se les aplicó la ficha “Factores básicos condicionantes del autocuidado” y la “Escala de apreciación de capacidad de agencia de autocuidado”. El estudio permitió concluir que los participantes presentan niveles de autocuidado regular y bajo (51 y 48%); que de los diez factores básicos condicionantes que plantea la Teoría de Orem, la edad, el estado de desarrollo, el estado de salud, los factores del ambiente y los patrones de vida tienen una asociación fuerte con la capacidad de autocuidado al arrojar valores $p < 0.05$.

El estudio realizado por Alejo (2022), titulado Nivel de autocuidado en personas que viven con hipertensión arterial de Santa María de Guido, Michoacán tuvo como objetivo evaluar el nivel de autocuidado en personas que viven con hipertensión arterial de Santa María de Guido, Michoacán, México ; siendo ese un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo y transversal constituido por una población de 60 personas tuvo como resultados que 68% fueron mujeres, 58.3% estaban casadas, Respecto al autocuidado, se identificó nivel medio en la escala total (58.3%) y en las dimensiones capacidades fundamentales (50%) y capacidad de operacionalizar (55%), mientras que en la dimensión componentes de poder se registró el mismo porcentaje (43.3%) en los niveles medio y alto. Concluyendo que la población tiene un nivel de autocuidado medio y es mayor cuando las personas tienen mayor nivel de

escolaridad y cuando su nivel socioeconómico es mayor.

En el estudio realizado por Vega (2014), cuyo objetivo de este estudio fue describir la capacidad de agencia de autocuidado de hipertensos usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Universitario Erasmo Meoz, en Cúcuta, cuya metodología fue de un estudio descriptivo de corte transversal obteniendo una muestra de 65 hipertensos obteniendo como resultados que a nivel general se reportó que el 83.1% de los pacientes presentó una capacidad de autocuidado baja; el 6.2 % mediana capacidad y solo el 10.7 % una capacidad alta. Con igual tendencia se reportaron las categorías "promoción y funcionamiento del desarrollo personal", "interacción personal" y "actividad" y "reposo"; Vega Angarita exponiendo lo anterior concluye que la mayoría de los pacientes hipertensos presentan un nivel de autocuidado bajo ratificando aquí la importancia de instruir a estas personas como seres capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, tomar decisiones para la acción específica y generar comportamientos favorables hacia su propio cuidado.

Cevallos (2021), en un estudio en Ecuador tuvo como objetivo determinar prácticas de autocuidado en pacientes hipertensos mayores de 50 años de la ciudadela Bellavista del cantón Jipijapa. Con una metodología descriptiva, analítico no experimental que permitió enfocar el problema del estudio, se aplicó el método analítico y deductivo para la recolección de datos y se aplicó la encuesta para la recogida de la información precisa. Obtuvo como resultados que la mayoría de los pacientes hipertensos son mayores de 56 años, los usuarios con bajo nivel cultural, que no reciben control sistemático, y con estilos de vida inadecuados en relación con la alimentación y la actividad física. Se pudo llegar a la conclusión que el bajo nivel cultural, el desconocimiento acerca de la enfermedad, el no cumplimiento con los controles médicos desde la Atención Primaria de Salud, coinciden con el déficit de las prácticas de

autocuidado de la población objeto de estudio.

Taticuán (2019), su estudio se realizó en el centro de rehabilitación social de la ciudad de Tulcán con el objetivo principal de desarrollar estrategias educativas que contribuyan al mejoramiento del autocuidado en las personas con hipertensión arterial que se encuentran privados de la libertad, para mejorar su calidad de vida y eventualmente evitar complicaciones más graves, la población tomada en cuenta para el desarrollo del estudio está constituida por 29 personas de sexo masculino y 13 personas de sexo femenino, la metodología empleada es un estudio de tipo cualitativo y cuantitativo, la técnica a utilizar para la recolección de datos fue una encuesta y un cuestionario, realizados a los pacientes para identificar el nivel de conocimientos sobre el cuidado que pueden llevar a diario sobre su enfermedad. Dada la vulnerabilidad en la que se encuentran, los resultados nos condujeron a la siguiente conclusión: se logró mejorar los conocimientos de los pacientes sobre las generalidades de la hipertensión arterial en un 91% sobre las complicaciones cardiovasculares que se pueden presentar. El 95%, con respecto a la dieta DASH y al tipo de alimentación acorde para cada persona. El 91% en cuanto a los estilos de vida saludables y el 75% de la población lo realiza de forma regular.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Meléndez (2018), en su tesis titulada “nivel de autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes adultos mayores que acuden al servicio de consultorios externos de cardiología, del hospital nacional Hipólito Unanue” en el 2018 tuvo como objetivo determinar el nivel de autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes adultos mayores que acuden al servicio de consultorios externos de cardiología, del hospital nacional Hipólito Unanue _ 2018, realizando un estudio de diseño descriptivo, abordaje

cuantitativo, diseño transversal obtuvo como resultados que el 18.3% de las personas adultas mayores tienen un nivel de autocuidado alto con respecto a dieta, medio 28.9%; y bajo 52.8%. En cuanto a ejercicios físicos, alto 8.9%, medio 85.8% y bajo 5.3%. Consumo de sustancias nocivas, alto 20.7%, medio 17.8%; y bajo 61.5%. Terapéutica, alto 74.6%, medio 23.0% y bajo 2.4% concluyendo que la gran parte de adultos mayores presentó autocuidado medio.

Mendoza (2015), cuya tesis tuvo como objetivo determinar el nivel de autocuidado del adulto hipertenso que acude al consultorio externo de Medicina del Hospital de Apoyo "Jesús Nazareno" en Ayacucho utilizando una metodología de tipo cuantitativo, descriptivo, de cohorte transversal, no experimental; con una muestra de 80 adultos hipertensos entre 35-39 años obtuvo como resultados del 100% (80) de los adultos hipertensos tienen un nivel de autocuidado regular, nivel de autocuidado bueno en la dimensión alimentación, hábitos nocivos y descanso. Nivel de autocuidado malo en la dimensión actividad física y adherencia al tratamiento. Concluyendo que ningún adulto presenta un buen nivel de autocuidado en las 3 esferas mostrando mayor déficit en la actividad física y adherencia al tratamiento.

Herrera (2017), realizó un estudio Titulado Autoconocimiento, Adherencia Al Tratamiento Y Control De La Hipertensión Arterial En El Perú: Una Revisión Narrativa en el cual su objetivo fue desarrollar una revisión narrativa de la producción científica publicada en la literatura médica sobre HTA relacionada a aspectos de autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la HTA en población peruana con dirección y filiación Perú hasta diciembre de 2016 encontró 197 artículos, pero solo 15 se utilizaron para el análisis obteniendo como resultado que el nivel de autoconocimiento de la HTA es deficiente, aunque ha mejorado en los últimos años. Esto es mejor en las poblaciones urbanas y en general, peor que en otras ciudades latinoamericanas. De igual forma,

aunque el control de la HTA ha mejorado, es insuficiente y por debajo de otros países latinoamericanos. Finalmente, es posible que la adherencia al tratamiento sea peor en provincias.

Díaz (2019), en su estudio titulado “Conocimiento sobre hipertensión arterial y práctica de autocuidado - programa adulto mayor”, siendo un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo – correlacional cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y la práctica de autocuidado en adultos mayores del Programa Adulto Mayor, Centro de Salud Ciudad de Dios – 2019 tuvo como muestra a 41 adultos mayores quienes se les aplicó dos cuestionarios, el primero para determinar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y el segundo para medir la práctica de autocuidado. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba Tau-b de Kendall llegando a las siguientes conclusiones: que el 61,0% (25) de adultos mayores tienen prácticas de autocuidado adecuadas, el 39,0% (16) tienen un nivel de conocimiento alto y el 22,0% (9) conocimiento medio, así mismo el 39,0% (16) de adultos mayores tienen prácticas inadecuadas, el 9,8% (4) tienen un nivel de conocimiento alto, el 19,4% (8) nivel de conocimiento medio y el 9,8% (4) nivel de conocimiento bajo. Por lo cual, se evidencia que el valor de significancia es de 0,001, y se concluye que existe una relación significativa entre prácticas de autocuidado y el nivel de conocimiento.

Larico (2022), realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar cuál es el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en pacientes adultos que acuden al Centro de Salud de Vilquechico en el año 2021, siendo un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, no experimental, prospectivo, transversal y analítico, asimismo en la investigación se ha considerado una población en función a los casos de hipertensión que se presentaron en el Centro de Salud de la referida localidad, considerando para ello las historias clínicas de los pacientes mayores de 40 años, que

vienen padeciendo de Hipertensión Arterial (mayor a 130/90 mm de Hg.), para la selección de la muestra de estudio fue de tipo no probabilístico, por conveniencia del investigador los cuales ascienden a 50 pacientes que han sido atendidos en el año 2021; para poder recolectar la información se utilizó el respectivo cuestionario donde se puso en consideración antes de su resolución el respectivo consentimiento informado a cada uno de los pacientes, donde los resultados fueron: Que en gran porcentaje de pacientes que padecen de hipertensión arterial son mujeres así lo demuestran el 70% de la muestra de estudio, mientras que el 30% son pacientes del sexo masculino; también se ha determinado que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial que tienen los pacientes que acuden al centro de salud del distrito de Vilquechico es relativamente medio con una tendencia hacia bajo así lo demuestra el 65% de los pacientes encuestados, también se tiene que el 67.5% tienen un conocimiento medio sobre las complicaciones que conlleva el padecer de hipertensión arterial, en consecuencia los pacientes presentan una tendencia de empeorar en su estado de salud ya que tampoco vienen desarrollando un estilo de vida saludable, el cual perjudica su salud permitiendo la degeneración de sus órganos a consecuencia de esta enfermedad.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del autocuidado de peso y alimentación del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio externo de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022.

Relacionar el nivel de conocimiento y la práctica del autocuidado de los hábitos del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio externo de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022.

Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del autocuidado de control y tratamiento del paciente hipertenso que acude al consultorio externo de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022.

Identificar las características sociodemográficas del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio externo de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022.

1.4. Justificación

La hipertensión Arterial (HTA), es un problema mundial considerado una de las prioridades nacionales de investigación es salud prioritario, es por ello que este estudio contribuirá a conocer la información sobre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del paciente con enfermedad hipertensiva, por lo cual ayudará a mejorar los estilos de vida en cuanto a la alimentación, actividad física, descanso y sueño, control del estrés y adherencia al tratamiento, a fin de evitar la insuficiencia renal, enfermedades del corazón y derrames cerebrales.

1.5. Hipótesis

Se planteó un estudio exploratorio con fines de valorar el nivel de conocimiento sobre el autocuidado del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio de cardiología de un Hospital Nivel II-2 de Puente Piedra, 2022.

Hipótesis Alterna

H1= Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso del consultorio de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022.

Hipótesis Nula

H0= No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso del consultorio de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022.

II. Marco Teórico

2.1. Enfermedades no transmisibles

2.1.1. *Definición*

Las enfermedades no transmisibles (ENT) también llamadas enfermedades crónicas debido a su larga duración y evolución lenta son enfermedades que no se transmiten de persona a persona pero que afectan a todos los grupos de edad, la comprenden un grupo heterogéneo de enfermedades como la diabetes e hipertensión arterial, entre otros; constituyendo un problema de salud pública por ser una causa de morbilidad y mortalidad además de un costo alto para el paciente como para el estado (INEI, 2020).

2.1.2. *Epidemiología*

Las ENT son un problema de salud pública importante ya que matan a 41 millones de personas cada año equivalente al 71% de la mortalidad mundial. Por otra parte, en la Región de las Américas ocasionan 5,5 millones las muertes por ENT al año representando aproximadamente el 75% de la mortalidad en la Región (OPS, 2022).

La probabilidad de morir a causa de una de las cuatro ENT principales, entre 30-70 años, fue del 15% (18% en los hombres y 13% en las mujeres) en la Región de las Américas en el 2016, esta probabilidad está en decremento desde el 2000, ha disminuido un 4% a nivel global (23% en los hombres y 16% en las mujeres), pero no se lograra la meta planteada para el año 2025 (OPS, 2022).

Así como $\frac{3}{4}$ de la mortalidad mundial y en las Américas corresponde a las ENT también se le atribuye el primer lugar en lo correspondiente a carga de enfermedad con un 58.4% (107 AVISA por mil habitantes), El grupo de transmisibles, maternas y perinatales tiene una carga de 49 AVISA por mil y el grupo de accidentes y lesiones de 27 AVISA por mil, se concluye que las enfermedades crónico-degenerativas ocasionan el doble de pérdida de calidad de vida que por las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales, y tres veces más que por las lesiones y accidentes, esto se explica ya que dichas patologías duran más y se agravan con el paso de los años, debido a esto y al incremento de la esperanza de vida también incrementa la magnitud de las complicaciones esto ocasiono que el perfil epidemiológico tradicional se modificara y se considerara como tema prioritario de salud pública en prevención y también en investigación para así medir su evolución y sus patrones geográficos, la mayor expectativa de vida también provoca mayor exposición a factores externos nocivos y hábitos poco saludables que aumentan el riesgo de adquirir estas enfermedades y el impacto de esta situación es más grave en personas con menos recursos. Las consecuencias no fatales de estas enfermedades afectan directamente la productividad de la población y generan mayor pobreza. Este tipo de enfermedades, por lo general, requieren el uso intensivo de servicios y de medicamentos, si el paciente no tiene algún tipo de seguro entonces tiene que afectar la economía familiar y en algunos casos al no poder tratarla las secuelas y complicaciones se instalan precozmente y genera mayor discapacidad (Velásquez, 2008).

Las causas de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo están determinadas, en gran medida, por el entorno social. Por esa razón, estas enfermedades requieren que todos los sectores, y no sólo el sistema de salud, intervengan sobre los determinantes sociales de la salud, sectores como la educación, la agricultura y la

ganadería, el comercio, la planificación urbana y el transporte, entre otros, desempeñan una función muy importante en establecer entornos y alternativas saludables (OPS, 2020).

2.2. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome multifactorial de origen genético muy fácil de diagnosticar y de difícil control en el mundo. (Sellén Crombet et al., 2009)

La hipertensión arterial (HTA) constituye un reconocido problema de salud, tanto por su elevada frecuencia, por las consecuencias y discapacidades que provoca, así como por su repercusión en la mortalidad. Sin embargo, en pocas ocasiones en la historia de la medicina han existido tantos malentendidos y errores, como en la historia de la HTA, por lo que aún en nuestros días, no parece fácil determinar, de manera inequívoca, quienes son realmente hipertensos y quienes no, en una comunidad, o en la atención médica individual a una persona, en un momento dado. (Espinosa, 2018).

Estudios poblacionales en países de mediano y bajo ingreso han demostrado un incremento de la prevalencia de HT en comparación a los países de alto ingreso, en donde existe una disminución sostenida 2,5. No obstante, datos recientes han demostrado tendencias contradictorias, sobre todo en América del Sur y el Caribe, en donde la prevalencia de HT se mantiene estable o en disminución 3. En el caso de Perú, un estudio reciente sobre las tendencias de prevalencia y tratamiento de hipertensión reportó que la prevalencia estandarizada de hipertensión por edad aumentó de 18,7% en 2015 a 20,6% en el 2018, mientras que la prevalencia de diagnóstico previo y control de esta condición evidenció una disminución 6. De acuerdo con ello, en el 2018, menos de la mitad de los peruanos hipertensos tenían diagnóstico; 20,6% recibía tratamiento, y solo el 5,3% tenían un control adecuado. Asimismo, se evidenció que las proporciones más bajas de

diagnóstico, tratamiento y control de la HT era en personas que vivían en áreas rurales y con bajo nivel socioeconómico (Ruiz et al, 2022).

2.2.1. Factores de riesgo modificables:

Los factores de riesgo modificables son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc. Que se pueden modificar e influyen frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad.

- a) **Sobrepeso y/o Obesidad:** Se ha demostrado que en las personas obesas se dan distintos mecanismos fisiopatológicos que se relacionan directamente con la HTA como son la resistencia a la insulina, la hiperinsulinemia, el incremento de las concentraciones de aldosterona y la retención de agua y sodio. Existe cierta relación muy significativa del sobrepeso y la obesidad y la prevalencia de HTA con otras patologías como la Diabetes Mellitus, la dislipemia o el síndrome metabólico.
- b) **Sedentarismo:** la falta de actividad física conlleva a la aparición de enfermedades coronarias donde los vasos sanguíneos son los más afectados.
- c) **Consumo de comida chatarra:** la alimentación de las personas en la actualidad se caracteriza por el exceso de grasas, sal y potasio siendo común observar que se consume comida procesada y saturada en el trabajo e incluso en el hogar, la facilidad de la compra y preparación de dichos alimentos facilita por parte de los individuos su consumo diario.
- d) **Actividad física:** el realizar ejercicios de manera diaria se constituye en un factor importante que debería de realizarse diariamente en busca de fortalecer

la perfusión a nivel de los vasos sanguíneos, siendo que el realizar este tipo de actividad fortalecerá los músculos, y aparatos del organismo, la OMS recomienda realizar 30 minutos de ejercicio de moderada intensidad al menos 5 veces por semana.

- e) **Consumo de cafeína:** La ingesta de cafeína en forma de café, té o refrescos de cola, pueden provocar elevaciones agudas de la presión arterial, es importante restringir su consumo.
- f) **Uso del tabaco:** El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina.
- g) **Ingesta de alcohol:** El alcohol puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central cuando se consume en forma repetida y puede provocar una elevación persistente de la misma. Si se limita el consumo de alcohol, no se produce una elevación de la presión arterial y pueden mejorar el nivel de colesterol de HDL (lipoproteínas de alta densidad).

2.2.2. Factores no modificables:

Los factores de riesgo modificables son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc. Que no se pueden modificar e influyen frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad.

- a) **Herencia:** El antecedente familiar ha demostrado estar relacionado con dicha patología.
- b) **Sexo:** El ser varón es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica e

hipertensión arterial, entre los 35 y 40 años se tiene una mortalidad por esta enfermedad de cuatro a cinco veces más que en la mujer, además cabe resaltar que en la mujer posmenopáusica existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad." ("Factores de riesgo en la hipertensión arterial - Página 2 de 3 ...")

- c) **Edad y Raza:** Estudios longitudinales han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia, pero actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias.

2.2.3. Nivel de autocuidado

El autocuidado es la práctica de las actividades que las personas llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para la regulación funcional y del desarrollo. Las acciones de autocuidado que realiza el individuo se encaminan al cumplimiento de los requisitos de autocuidado (Alejo et al, 2022).

El autocuidado es un conjunto de comportamiento aprendidos y orientados hacia si mismo con la finalidad de controlar factores como el funcionamiento, salud y bienestar del individuo. Se puede dividir de la siguiente manera (Anastacio Prado, Marleny, 2022)

- Autocuidado universal: Cuidados generales para tener una vida saludable consigo mismo y su entorno.
- Autocuidado del desarrollo: Acciones voluntarias que fomentan condiciones

favorables para la salud, bienestar y desarrollo.

- Autocuidado de desviación de la salud: Prácticas de cuidado de sí mismo que desarrolla un paciente con enfermedad crónica o algún tipo de discapacidad, o se encuentra en proceso de recuperación por algún tipo de enfermedad o lesiones.

Achury et al. (2009), plantean un modelo de evaluación del autocuidado en personas con HTA basado en los planteamientos de Orem y lo sistematizada en las siguientes dimensiones: La Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado se refieren a procesos cognitivos básicos del paciente como sensopercepción, conciencia, memoria que le permita procesar la información acerca de su estado de salud y cuidados. El Componente de poder, conformado por destrezas del paciente que orientan al paciente a desarrollar acciones y estrategias de cuidarse como autoestima, motivación por la salud y bienestar, flexibilidad y capacidad adaptativa e integración con sistema familiar y grupo social. La Capacidad de operacionalizar está referido a la iniciativa del paciente en el cuidado de sí mismo, que implican indagar y explorar situaciones favorables en sí y en el entorno, como también tomar decisiones, estrategias y cambios en sus hábitos para desarrollar bienestar y mejor afrontamiento de la enfermedad (Vargas, 2023).

El nivel de autocuidado de un paciente con Hipertensión arterial se basa en diversas dimensiones dentro de ellas tenemos las capacidades fundamentales y disposición del autocuidado se refieren a procesos cognitivos básicos del paciente como sensopercepción, conciencia, memoria que le permita procesar la información acerca de su estado de salud y cuidados. El Componente de poder, conformado por destrezas del paciente que orientan al paciente a desarrollar acciones y estrategias de cuidarse como autoestima, motivación por la salud y bienestar, flexibilidad y capacidad adaptativa e integración con sistema familiar y grupo social. La Capacidad de operacionalizar está referido a la iniciativa del paciente en el cuidado de sí mismo, que implican indagar y

explorar situaciones favorables en sí y en el entorno, como también tomar decisiones, estrategias y cambios en sus hábitos para desarrollar bienestar y mejor afrontamiento de la enfermedad. En lo referente a la adherencia farmacológica, se han identificado diferentes acepciones. La OMS conceptualiza a la adherencia desde una perspectiva amplia referida al nivel de apego de la conducta del paciente a las prescripciones terapéuticas del médico e incluye un abanico de comportamientos desde la toma de medicamentos, dosis, como también cuidados, modificación de hábitos, controles entre otros aspectos (Castro, 2022).

2.2.3.1. Nivel de conocimiento y práctica del autocuidado

El conocimiento y la práctica del autocuidado en los pacientes hipertensos puede impulsar un estilo de vida saludable, los mismos son: Controlar su peso corporal, ejercitarse de manera regular, restringir el sodio en sus alimentos, evitar bebidas alcohólicas, entre otros, las cuales son cimientos importantes en el tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial.

El autocuidado en los pacientes Hipertensos puede impulsar un estilo de vida saludable, los mismos son: Controlar su peso corporal, ejercitarse de manera regular, restringir el sodio en sus alimentos, evitar bebidas alcohólicas, entre otros, las cuales son cimientos importantes en el tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial.

A. Control de peso corporal

La obesidad es definida como $IMC > 30$, tiene relación con un riesgo cardiovascular mayor. Reducir el peso corporal brinda beneficios para prevenir la hipertensión arterial, pues el riesgo para que se desarrolle dicha enfermedad es 2 a 6 veces más alto en personas con sobrepeso que en individuos de peso normal.

Asimismo, la prevalencia de HTA en personas obesas es el doble que en personas con peso normal y un incremento en el peso relativo de 10.0% predice un aumento en la tensión arterial de 07 mm Hg. Se ha evidenciado que una pérdida en el peso corporal que varían entre un cinco a diez por ciento, comprenden beneficios metabólicos para los pacientes, lo cual es relevante en el manejo y control de pacientes hipertensos, pues al conseguir el peso adecuado podría hacer posible que se reduzcan o incluso se supriman los tratamientos farmacológicos para controlar la tensión arterial, pues el reducir de peso con dietas hipo calóricas reduce el nivel de presión sistólica 6,3 mm Hg y diastólica 4,3 mm Hg. Es por ese motivo que se recomienda realizar el control del peso por lo menos una vez al mes (Angulo y Gomez, 2021).

B. Alimentación Saludable

La nutrición juega un rol básico para prevenir y controlar la hipertensión. El alimentarse adecuadamente y de formas adecuadas acorde a la característica de cada individuo, puede dar solución a diversos problemas de hipertensión. Una alimentación saludable ayuda a que se reduzca la gravedad y se complemente con otros tratamientos; dentro de los cuales tenemos el potasio que puede contrarrestar al sodio, ayuda a que se elimine el agua que sobra del organismo y así se encarga de reducir la presión arterial, se encuentra en alimentos como la lechuga, las papas, los tomates y ajos entre otros. Asimismo, verduras como la borraja, el brócoli, la espinaca, los espárragos, las alverjas o frutas como el melocotón, el albaricoque, las uvas, y los plátanos; el calcio se encarga de la protección del corazón, ayuda a relajar las arterias y equilibrar el potasio y el sodio. Entre los vegetales que tienen este mineral están las verduras con hojas de color verde oscuro, como la espinaca, las coles o el brócoli. Luego las legumbres poseen gran

cantidad de calcio, tal como los frijoles y habas. También tienen un buen contenido de calcio los cereales integrales, de manera especial la avena, o frutos secos, la almendra, la cual tiene el doble de calcio que la leche al compararlas en pesos similares. Así también tienen calcio los higos secos y el queso de soja; la vitamina C ayuda a que se rebaje la hipertensión. Sobre todo, útil en casos de hipertensión alta. Entre los alimentos principales ricos en esta vitamina C están los cítricos (la naranja, el limón, el pomelo, entre otros) El escaramujo posee el 7.0% de su peso en vitamina C, una cantidad muy grande comparando con el 0.05% de la naranja. Otros vegetales y frutas con contenido de Vitamina C son: plátano, manzana, pera, melón, papaya, cebada, mora, apio, guisante, fresa, achicoria, arándano, papas, palta, chirimoya, etc.

Los alimentos ricos en ácidos grasos esenciales (omega 3 y omega 6) ayudan a que se reduzcan los niveles de colesterol, previenen que las arterias sean obstruidas, facilitando así el paso de la sangre. Para aquellos que no desean llevar a cabo una dieta solo en base a vegetales, se les recomienda el consumo de pescado azul dos veces por semana. Pescados como la sardina, el atún, la caballa, la trucha, el salmón y el rodaballo, entre otros. Dentro de los vegetales que contienen ácidos grasos están los frutos secos como la nuez, la almendra o los maníes; aceites como el de maíz, soya o girasol, así como pepas de linaza o girasol; el ajo tiene una sustancia que opera para la dilatación de los vasos sanguíneos, de esta manera ayuda a disminuir la presión arterial (uno o dos dientes de ajo por día). La reducción es bastante significativa al término de 2 o 3 meses después de comerlo. El apio: Es un diurético, el cual se encarga de eliminar el colesterol malo a través de las heces y la orina, además de limpiar el organismo y ayuda a la pérdida de peso. Se recomienda su consumo a diario en las ensaladas.

Zanahoria: Ya que contiene potasio, ello aporta al control de la presión arterial alta, asimismo contiene betacaroteno, disminuyendo el riesgo de contraer afecciones cardiovasculares, el extracto de zanahoria ayuda a controlar las funciones de los riñones. El brócoli, la col, y coles de Bruselas: Son hortalizas de la familia de las crucíferas, conforman excelentes antioxidantes, las cuales previenen la degeneración de las arterias y aportan a que se reduzcan afecciones cardiovasculares.

Los alimentos que no se recomiendan para pacientes hipertensos debido a que elevan la presión arterial son la sal, los embutidos, quesos con mucha sal, productos enlatados, té y café. El motivo es que, al existir sal en demasía en el cuerpo, las cantidades de agua retenida en la circulación es mayor, lo cual incrementa la presión arterial.

C. Actividad Física

Es recomendable realizar ejercicios físicos cinco días a la semana por un periodo no menor a 30 minutos, ya que se incrementa la fuerza y capacidad de bombeo de la sangre de nuestros corazones. Todo ello incrementa las cantidades de sangre que pueden llegar a los músculos y otras áreas de nuestros cuerpos. Así también realizar actividades físicas genera efectos beneficiosos sobre el colesterol, ya que una caminata de treinta minutos diarios supone un gasto de unas 1,000 calorías por semana. Los pacientes con presión arterial normal, con una vida sedentaria aumentan el riesgo de padecer presión arterial alta entre un 20.0% a un 50.0%. La hipertensión arterial se puede disminuir a través de ejercicios físicos moderados de acuerdo con el estado de salud de cada persona. Finalmente son recomendables los ejercicios aeróbicos (correr, hacer ciclismo, trotar o nadar). De treinta a cuarenta y cinco minutos al día, de tres a seis veces por semana.

D. Descanso

Las realidades vitales y el estrés desempeñan un rol de importancia en el mantenimiento y desarrollo de la hipertensión arterial. Dichos factores de nivel psicológico se suman a otros como el tabaquismo o a los que se derivan de la alimentación como la obesidad o el consumo excesivo de sal. El estrés crónico podría provocar hipertensión mediante diversas vías: incrementando el gasto cardíaco de tipo simpático, e incrementando el nivel de catecolamina, luego potencia el sistema renina angiotensina o disminuye la sensibilidad de los reflejos vagos receptores. Por ese motivo, es de importancia el uso de técnicas de relajación la cual es una técnica de auto control del sistema nervioso que puede utilizarse para controlar la hipertensión arterial. Las personas pueden relajarse de manera voluntaria en diversos contextos cotidianos a nivel personal o profesional, lo cual beneficia disminuyendo la presión arterial, ya que reduce la activación del sistema nervioso autónomo. No obstante, no se puede considerar como el único instrumento para manejar la hipertensión. Asimismo, llevar a cabo actividades para recrearse, ayuda que se manejen situaciones de estrés, a través de reuniones, paseos habituales, reunirse con amigos, o asistir a sitios de esparcimiento, entre otros; que son de mucho beneficio, generando en ellos una diversidad de ajustes a nivel fisiológico y psicológico que dan como resultado que disminuya la tensión arterial, y asimismo se incrementen sus capacidades funcionales, lo cual implica que mejore la calidad de vida de dichas personas. Es ese motivo, que recrearse es la actitud positiva de la persona hacia la vida al desarrollar actividades para el tiempo, que le hacen posible que trascienda los límites de la conciencia y así lograr un equilibrio social y biológico (Pernia y Rada, 2019).

E. Sueño

Si las personas duermen mal o pocas horas (apnea del sueño) podría hacer que la presión arterial se incremente. Por dicho motivo, es recomendable dormir por lo menos ocho horas, y alerta si cuando te levantas te sientes descansado o de forma contraria, necesitas dormir más tiempo (síntoma certero de que se está durmiendo mal). Las personas adultas de edad mediana que por lo general duermen menos horas se encuentran más propensos de padecer hipertensión arterial y luego sufran cambios negativos en su presión sanguínea al transcurrir los años, acorde a las conclusiones de una investigación realizada por estudios de la Universidad de Chicago (EE. UU.). De forma concreta, los resultados demuestran que una 1 hora menos de dormir puede asociarse con un aumento del 37.0% de riesgo para el desarrollo de hipertensión. De las investigaciones en laboratorio acerca de las privaciones de sueño a corto plazo surgieron posibles herramientas para vincular la pérdida de sueño y la hipertensión. Así, la falta del sueño tuvo relación con una mayor actividad en el SNS, que controla las respuestas de estrés del organismo. Al transcurrir el tiempo, dicha actividad contribuye a la hipertensión. Luego de realizar la exclusión a los pacientes que tomaban sus medicinas para la presión alta y controlar factores como la raza, la edad, y el sexo, los estudiosos evidenciaron que los pacientes que dormían menos cantidad de horas tenían mayor propensión a tener una presión sanguínea diastólica y sistólica y superior. Si dormían menos predecían incrementos en la presión sanguínea durante un tiempo de 5 años, lo cual resulta en mayores probabilidades de que desarrolle hipertensión (Rodrigo, 2018).

Hábitos Nocivos

Ingestión de alcohol

Se ha evidenciado el daño que produce ingerir bebidas alcohólicas de forma excesiva pues se vincula con la aparición o complicación de una variedad de afecciones. Toda bebida alcohólica proporciona energía, pero sin nutrientes (energía vacía). Son muy pocos los beneficios potenciales producidos por el alcohol, unido con un incremento del nivel de colesterol, relacionado con sus resultados negativos. En los casos de la hipertensión arterial representa un factor de riesgo importante, relacionado a la misma aumenta la posibilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares encefálicas, así como generar una resistencia a las terapias hipotensoras. En personas consumidoras de alcohol se debe eliminar de ser necesario, o poner un límite a menos de una onza de etanol (20 ml.). Las medidas proporcionales diarias podrían ser: doce onzas (350 ml.) de cerveza o cinco onzas (150 ml.) de vino o una y media onzas (50 ml.) de ron. Se debe tener en cuenta que en las mujeres y en individuos de peso bajo el consumo se debe limitar a menos de 15 ml. cada día, ya que están más predispuestos a las resultados negativas del mismo. Consumir alcohol nunca beneficia la salud, con excepción de alguna situación en particular (como pocas dosis de vino tinto en los alimentos para que disminuyan los niveles de colesterol). El alcohol genera un incremento en las cifras de presión arterial, de forma tal que las mismas se disparan a partir de un consumo que supere los 30 gramos diarios en personas hipertensas. No obstante, al dejar de beber, las cifras de presión arterial vuelven a su normalidad, por dicho motivo es recomendable que las personas hipertensas se abstengan de bebidas alcohólicas (León et al., 2020)

Tabaco

La Organización Mundial de la Salud, define como fumador regular al individuo que consume, al menos, un cigarro diario, desde hace unos seis meses; existe más de 1 billón de fumadores a nivel mundial, es decir, alrededor de un tercio de la población mundial de quince años o más se expone a padecer afecciones cardíacas, pulmonares y diversos tipos de cáncer, sobre todo cáncer de pulmón. El monóxido de carbono mengua las cantidades de oxígeno que llegan a los órganos. Dicha disminución de oxígeno podría tener graves resultados como ataques al corazón o un derrame cerebral. Así también la nicotina incrementa la frecuencia cardíaca, presión arterial, ritmo respiratorio y flujo coronario. Las secuelas del tabaco menguan la elasticidad de los tejidos pulmonares. El humo del cigarro genera que el aparato respiratorio se inflame e interfiera con la contracción y expansión normal de los pulmones. El monóxido de carbono, el veneno no visible en el humo del cigarro produce afecciones cardiovasculares, quita oxígeno de la sangre, como resultado, los tejidos absorben menos oxígeno, es decir su alimento indispensable para conservarse sanos. Es por esto, que el tabaco es un factor relevante de riesgo de afecciones cardiovasculares e hipertensión arterial, es importante que se tome como una medida preventiva con el objetivo de que los hábitos de vida se modifiquen en lo que respecta a fumar cigarrillos, por lo que el personal sanitario debería efectuar el esfuerzo necesario para erradicar en su población dicho hábito, y asimismo incluir el conocimiento necesario acerca de técnicas de educación y beneficiar la aplicación de acciones en servicios especializados con dicho fin (Acosta et al., 2021).

Consumo de café

Consumir café de forma moderada diariamente (tres tazas diariamente), no es lo mismo que el consumo de cafeína a través de pastillas, pues el café contiene otras sustancias entre las 36 que se hallan los antioxidantes, ácidos grasos flavonoides, ácidos grasos y polifenoles, por ello, hablaremos del café que se acostumbra a tomar y no de la cafeína. Al ingerir café el sistema nervioso central es estimulado y puede que genere ansiedad y nerviosismo en aquellos que no tienen la costumbre de consumirlo. Por dicho motivo, el café se relaciona con un mayor nivel de presión arterial, ante todo, en aquellos que ingieren café sin tener la costumbre de hacerlo. A corto plazo, consumir café, con o sin cafeína, podría aumentar la cifra de presión arterial, empero a largo plazo, cuando suponemos que incrementa el riesgo de desarrollar hipertensión, es decir que todavía no se encontraron resultados concluyentes. El consumo de café para pacientes hipertensos debe ser moderado, por motivo de su vulnerabilidad a los cambios de presión arterial, y para las personas sanas, no es perjudicial si 1 taza de café aumenta un poco su presión arterial, pues dicho incremento no es un riesgo para su salud a largo plazo. El café puede producir de manera aguda un incremento de diez a catorce mmHg de la presión arterial en los individuos que no lo consumen habitualmente. Es probable que su ingesta moderada (una o dos tazas por día) no ejerza ningún perjuicio en individuos sanos cuyas cifras de presión arterial son normales. La ingesta diaria de dos a cuatro tazas es tolerable para personas hipertensas como en las no hipertensas. Los pacientes Hipertensos deben contar con más información que les ayuden con su auto cuidado que de acuerdo con lo señalado por Mario B u n g e , son los conocimientos o las capacidades que posee el ser humano de recoger información sobre su medio y acerca de sí mismo. El ser humano posee la cualidad de ser sensible y supra sensible o intelectual, a diferencia de los

animales los cuales solo poseen la cualidad sensitiva. El conocimiento en las personas es sensible, pues son los sentidos los que aportan para conseguir experiencias, y supra sensible, por brindar como resultado el razonar. Asimismo, tiene dos características básicas: sujeto y objeto; de los cuales el sujeto se encarga de captar y el objeto de conseguir sus propiedades sensibles. La humanidad, en los diversos periodos de la historia, ha realizado grandes hallazgos, ha protagonizado cuantiosas guerras y concebido diversas ideas a nivel político, religioso, filosófico, entre otros. Todos los conocimientos acumulados, y que diariamente se van desarrollando, forman parte de nuestros conocimientos, gracias al lenguaje y a la escritura de estos. Todo conocimiento posee diversos grados, acorde a la manera en que fueron adquiridos: el conocimiento vulgar se logra mediante las experiencias, el conocimiento científico mediante métodos, y el filosófico a través de las reflexiones. La Gnoseología es una disciplina actual, que es parte de la Filosofía y tiene como función razonar acerca del o los conocimientos. El mismo requiere de otras cualidades o subestructuras, como la imaginación, que por su característica abstracta hace posible que se pueda representar un objeto gráfica o mentalmente, aun a pesar de que el mismo no se encuentra presente. Otras subestructuras consisten en percibir, la sensomotricidad y la memoria; esta última almacena las informaciones, para acudir a ellas a través de los recuerdos, cuando se necesite (Alvarado, 2022).

III. Método De Investigación

3.1. Tipo De investigación

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo debido a que midió de manera numérica los resultados, de tipo básico, se efectuó la recopilación de datos que se obtendrá de la aplicación del instrumento “Ficha de recolección de datos”, diseño no experimental, de alcance descriptivo ya que el problema fue mostrado tal como se presenta en la realidad y transversal ya que el recojo de datos se midió en un intervalo de tiempo, prospectivo porque se recolectó la muestra una vez autorizado el proyecto de tesis por parte de los revisores y por el hospital.

3.2. Ámbito Temporal Y Espacial

Se realizó un estudio de corte transversal, prospectivo, correlacional en población de un Hospital de nivel II-2, de Puente Piedra, Lima-Perú 2022

3.3. Delimitación

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes que pertenezcan al programa de enfermedades no transmisibles de un hospital de Puente Piedra nivel II-2.
- Pacientes que asistieron a su control durante el año 2022.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente del estudio.

3.3.2. *Criterios de exclusión:*

- Pacientes inscritos al programa de enfermedades no transmisibles de un Hospital de Puente Piedra II-2, pero que no asistieron a su control durante el año 2022
- Los pacientes con disminución del estado de sensorio.

3.4. **Población Y Muestra**

Población: La población de estudio, estuvo conformada por 360 pacientes hipertensos atendidos en consulta externa de cardiología de un hospital de Puente Piedra II-2, Lima, Perú 2022.

Muestra: La muestra estuvo conformada 210 pacientes hipertensos, que cumplan los criterios de inclusión del estudio y la muestra se obtendrá según la aplicación de la fórmula correspondiente, para obtener la muestra se aplicará la fórmula:

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

Donde:

n: Tamaño de muestra buscado

N: Tamaño de población o Universo.

Z: Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza.

p: Probabilidad de que ocurra el evento estudiado.

q= (1 – p): Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado.

e: Error de estimación máximo aceptado.

Parametro	Insertar Valor	Tamaño de muestra
N	360	n = 210
Z	1,960	
P	50,00%	
Q	50,00%	
e	5,00%	

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple, ya que se realizó la encuesta a todos los pacientes hipertensos que acudan a consultorio de cardiología conforme acudan al Hospital de Puente Piedra II-2 para su atención respectiva.

3.5. Técnica e instrumento

Las técnicas fueron dos encuestas para medir tanto el nivel de conocimiento como la práctica del autocuidado del paciente hipertenso.

Los instrumentos fueron dos cuestionarios uno para medir el conocimiento de autocuidado y otro para medir la práctica de autocuidado del paciente hipertenso ha sido adaptado del instrumento de Carbajal-Sayal sobre Nivel De Conocimiento Y práctica De Autocuidado Del Adulto Mayor Hipertenso Del Hospital Nacional Sergio E. Bernales De Collique Comas – Lima 2018.

Para medir el conocimiento del autocuidado se utilizó un cuestionario con 18 ítems dividido en 03 dimensiones:

- Peso y alimentación
- Hábitos
- Control y Tratamiento

Las alternativas de respuesta son dicotómicas; Si y No para cada pregunta, pero que tendrán un valor de 0 y 1 dependiendo de la pregunta, de esta manera se podrán ordenar por niveles: Bajo, medio y alto para cada una de las dimensiones y de la variable en general utilizando la siguiente escala de baremos:

Nivel de conocimiento de autocuidado	Bajo	Medio	Alto
Peso y alimentación	0-3 puntos	4-5 puntos	6-8 puntos
Hábitos	0-1 punto	2-3 puntos	4-5 puntos
Control y tratamiento	0-1 punto	2-3 puntos	4-5 puntos
Conocimiento del autocuidado	0-6 puntos	7-12 puntos	13-18 puntos

Para medir la práctica del autocuidado se utilizó un cuestionario con 18 ítems dividido en 03 dimensiones:

- Peso y alimentación
- Hábitos
- Control y Tratamiento

Las alternativas de respuesta son dicotómicas; Si y No para cada pregunta, pero que tendrán un valor de 0 y 1 dependiendo de la pregunta, de esta manera se podrán ordenar por niveles: Bajo, medio y alto para cada una de las dimensiones y de la variable en general utilizando la siguiente escala de baremos:

Práctica del autocuidado	Bajo	Medio	Alto
Peso y alimentación	0-3 puntos	4-5 puntos	6-8 puntos
Hábitos	0-1 punto	2-3 puntos	4-5 puntos
Control y tratamiento	0-1 punto	2-3 puntos	4-5 puntos
Conocimiento del autocuidado	0-6 puntos	7-12 puntos	13-18 puntos

3.6. Procedimientos

Para ejecutar el proyecto de tesis, inicialmente se informó y solicitó autorización al médico jefe de un Hospital Nivel II-2 de Puente Piedra para obtener previamente la información por parte del área de estadística sobre la cantidad de pacientes atendidos en el área de cardiología y tener la autorización para poder aplicar dicha prueba en los pacientes que acudan a su atención por dicho servicio durante el presente año.

Se solicitó de manera formal el apoyo al personal técnico de enfermería, los internos de medicina, enfermería y obstetricia para que logren informar a los pacientes del propósito del estudio y participen en dicho proyecto de tesis, el personal que apoyo durante la ejecución de tesis fue previamente capacitado para que puedan brindar la información necesaria a los pacientes, les hagan firmar el consentimiento informado y además ayuden a la hora de realizar el cuestionario en un hospital de Puente Piedra II-2 en la importancia del estudio.

Posteriormente se expuso de manera breve al paciente el objetivo del estudio, enfatizando en los datos epidemiológicos, y la importancia de los resultados del estudio. A cada paciente que participó, el personal capacitado, les brindó una hoja de consentimiento informado que fue llenada y firmada, si el paciente presentó alguna dificultad para poder firmar, colocó su huella digital.

Se les explicó los procedimientos a realizar; al mismo tiempo se les informó que el instrumento para recolectar datos es totalmente confidencial y que el paciente puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee sin ningún tipo de perjuicio. A continuación, se llevó a cabo la recolección de los datos para el presente proyecto de tesis.

Se aplicó el instrumento y para facilitar la recolección de los datos de manera oportuna y correctamente llenado, durante el llenado de toda la encuesta estarán de guía

y apoyo el personal capacitado, el llenado de la ficha es con lapicero azul.

Posterior a ello las encuestas llenadas fueron digitalizadas y codificadas por el responsable del proyecto de tesis para salvaguardar la confidencialidad de los datos, una vez digitalizadas las fichas que tengan datos incompletos exceptuando la pregunta 14 del nivel de conocimiento que es opcional, fueron descartadas de nuestra muestra para luego realizar su posterior análisis.

3.7. Análisis De Datos

Se realizó la base de datos en el programa Microsoft Excel 2016, luego se efectuó el análisis utilizando el paquete estadístico SPSS®v.22. Así mismo se utilizó representaciones gráficas y de pastel según el caso y las tablas correspondientes.

3.8. Consideraciones éticas

Para el presente proyecto de investigación se explicó a cada participante la finalidad de la ficha de recolección de datos, se mantuvo la confidencialidad de la información y en ninguna otra situación se usarán los datos con otra finalidad que no sea la de los objetivos de la investigación publicación estando de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales consignada en el artículo N°1 de la Ley N°29733 al respetar la anonimidad del sujeto de estudio. Se codificó los nombres de los pacientes para mantenerlos en el anonimato al momento de presentar los resultados y/o publicación. El presente estudio no generó ningún riesgo o daño perjudicial para las personas encuestadas, fue un estudio de participación voluntaria, y fue realizado en aquellos pacientes que dieron su consentimiento informado para participar en la investigación

haciéndoles saber que en cualquier momento del estudio pueden retirarse sin ningún perjuicio para ellos respetando así las normas de Buenas Prácticas y La Ley General de Salud, al respetar la anonimidad del sujeto de estudio.

IV. RESULTADOS

Se representa los resultados obtenidos del análisis estadístico el cual se tiene una muestra de 210 pacientes los cuales se les evaluó el nivel de conocimiento, nivel de práctica además la correlación entre dichas variables además de las frecuencias de cada ítem del cuestionario aplicado.

En la tabla 1 y 2 se evidencia el nivel de conocimiento y practica sobre el autocuidado del paciente con enfermedad hipertensiva en el cual encontramos que 138 (65,7%) presentan nivel de conocimiento alto, nivel intermedio 68 (32,4%) y nivel bajo 4 (1,9%).

Tabla 1

Nivel de conocimiento

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	1,9
Intermedio	68	32,4
Alto	138	65,7
Total	210	100,0

Nota. Elaboración propia

En la tabla 2, representa el nivel de practica el cual identifica que 135 (64,3%) presentan nivel de practica medio, 58 (27,6%) presentan nivel de practica alto y nivel bajo se encuentra en un 17 (8.1%).

Tabla 2

Nivel de práctica

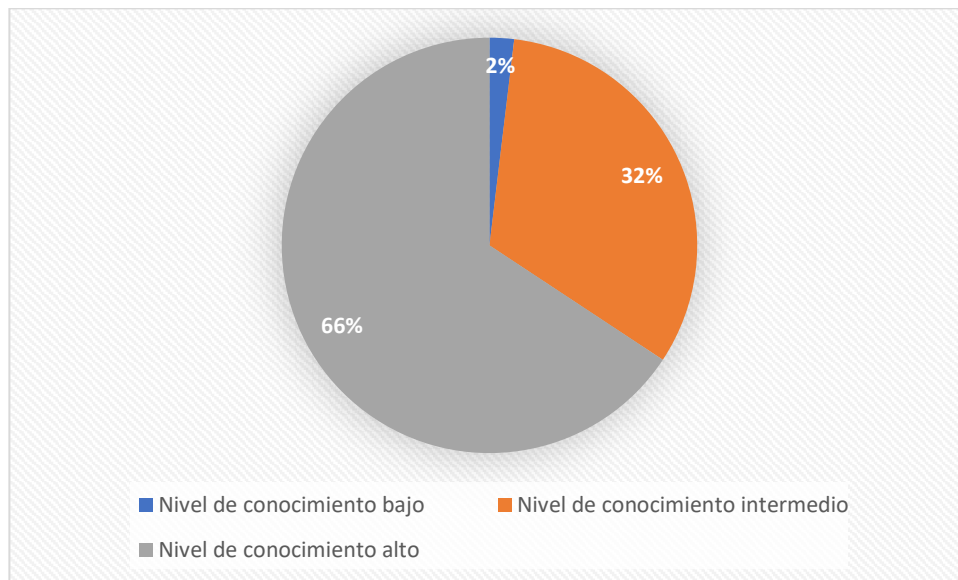
Nivel de práctica	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	17	8,1
Medio	135	64,3
Alto	58	27,6
Total	210	100,0

Nota. Elaboración propia

Se representa mediante gráfico de barras el nivel de conocimiento en la figura 1 y el nivel de practica en la figura 2.

Figura 1

Nivel de conocimiento



Nota. Elaboración propia

Figura 2

Nivel de práctica



Nota. Elaboración propia

En la tabla 3 El valor de rho de Spearman fue de 0.319 lo que indica que la relación es directa y baja (ver anexo 05) y la significancia bilateral ($p=0.000<0.05$) lo que indica correlación estadísticamente significativa.

Tabla 3*Correlación entre nivel de conocimiento y práctica*

		Nivel de conocimiento	Nivel de practica
Nivel de conocimiento	Correlación de Pearson	1	,319**
	Sig. (bilateral)		0
	N	210	210
Nivel de practica	Correlación de Pearson	,319**	1
	Sig. (bilateral)	0	
	N	210	210

****.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Elaboración propia

Sobre el nivel de conocimiento y practica del autocuidado con relación al peso y alimentación observamos en la tabla que el nivel de conocimiento se encuentra 137 (65,2%) en nivel alto, 40 (19,0%) nivel intermedio y 33 (15,7%) nivel bajo. Por otro lado el nivel de practica se obtuvo que 123 (58,6%) presentan nivel intermedio, 47 (22,4%) presentan nivel alto y 40 (19,0%) presentan nivel bajo.

Tabla 4*Autocuidado de peso y alimentación*

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento- peso	Bajo	33	15,7%
	Medio	40	19,0%
	Alto	137	65,2%
Nivel de prácticas-peso	Bajo	40	19,0%
	Medio	123	58,6%
	Alto	47	22,4%
Total		210	100%

Nota. Elaboración propia

En la tabla 5 el valor rho de Spearman fue de 0.321 lo que indica que la relación del nivel de conocimiento y practica del peso y la alimentación es directa y baja (Ver Anexo 05) y la significancia bilateral ($p=0.000 < 0.05$) lo que indica correlación significativa.

Tabla 5

Correlación del autocuidado de peso y alimentación

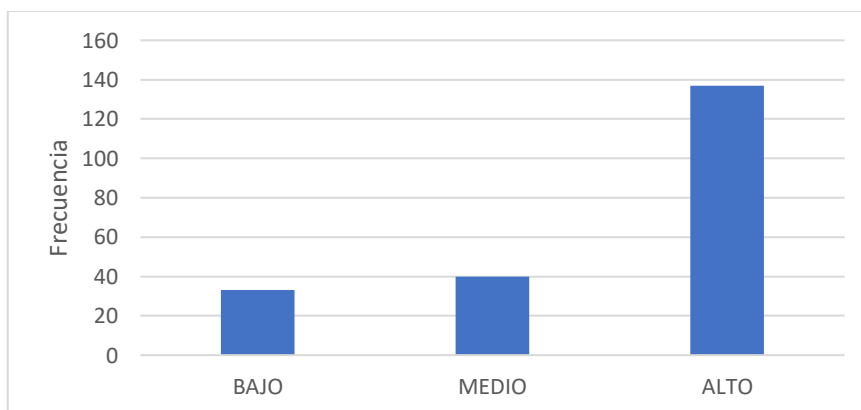
		Nivel de conocimiento-peso	Nivel de prácticas-peso
Nivel de conocimiento-peso	Correlación de Pearson	1	,321**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	210	210
Nivel de prácticas-peso	Correlación de Pearson	,321**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	210	210

Nota. Elaboración propia

En la figura 3 se representa mediante grafico de barras el nivel de conocimiento con relación al peso y la alimentación encontrando a elevada frecuencia del nivel de conocimiento alto 137 (65,2%).

Figura 3

Nivel de conocimiento en peso y alimentación

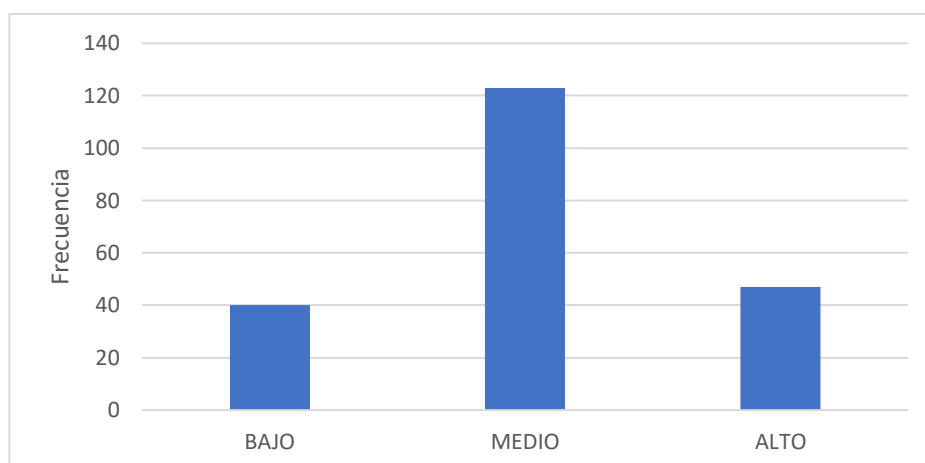


Nota. Elaboración propia

En la figura 4 se representa mediante grafico de barras el nivel de conocimiento con relación al peso y la alimentación encontrando a elevada frecuencia del nivel de practica intermedio 123 (58,6%).

Figura 4

Nivel de práctica en peso y alimentación



Nota. Elaboración propia

En la tabla 4 se evidencia que, con respecto a los hábitos de los pacientes hipertensos, el nivel de conocimiento se encontró 170 (81,0%) nivel alto, 37 (17,6%) nivel intermedio y 3 (1,4%) nivel bajo. Sobre el nivel de practica se encontró nivel intermedio 117 (55,7%), nivel alto 61 (29,0%) y nivel bajo 32 (15,2%).

Tabla 6

Hábitos

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento - Hábitos	Bajo	3	1,4%
	Medio	37	17,6%
	Alto	170	81,0%
Nivel de prácticas - Hábitos	Bajo	32	15,2%
	Medio	117	55,7%
	Alto	61	29,0%
Total		210	100%

Nota. Elaboración propia

En la tabla 7 el valor rho de Spearman fue de 0.266 lo que indica que la relación del nivel de conocimiento y practica sobre el hábito es una correlación directa y baja (ver anexo 05) y la significancia bilateral ($p=0.000<0.05$) lo que indica correlación estadísticamente significativa.

Tabla 7

Correlación del autocuidado de los hábitos del paciente

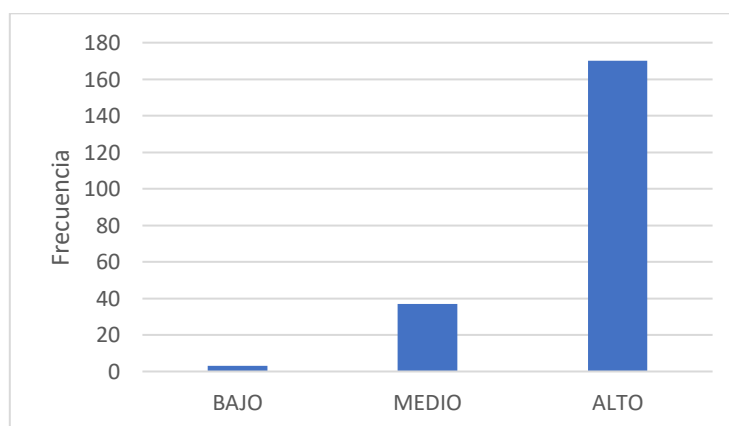
		Nivel de conocimiento - Hábitos	Nivel de prácticas - Hábitos
Nivel de conocimiento - Hábitos	Correlación de Pearson	1	,266**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	210	210
Nivel de prácticas - Hábitos	Correlación de Pearson	,266**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	210	210

Nota. Elaboración propia

En la representación de grafico de barras de la figura 5 sobre el nivel de conocimiento de los hábitos se evidencia la alta prevalencia del nivel alto 170 (81,0%).

Figura 5

Nivel de conocimiento de los hábitos

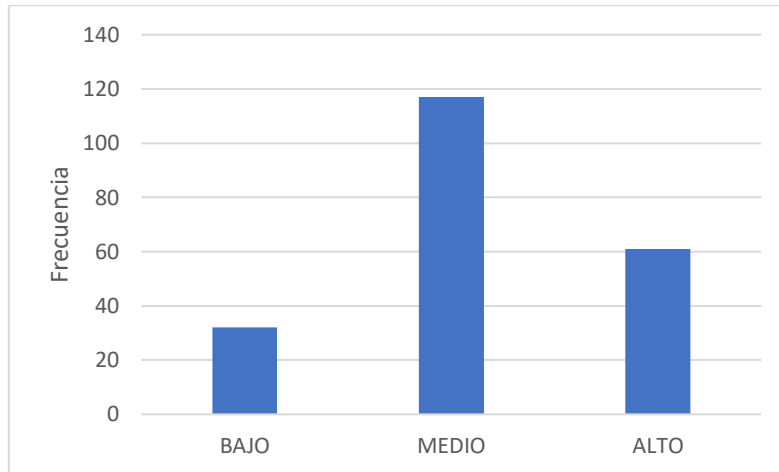


Nota. Elaboración propia

En la representación de gráfico de barras de la figura 6 sobre el nivel de practica de los hábitos se evidencia la alta prevalencia del nivel medio 117 (55,7%).

Figura 6

Nivel de práctica de los hábitos



Nota. Elaboración propia

Sobre el nivel de conocimiento y practica con relación al control y tratamiento encontramos que se obtuvo nivel de conocimiento medio 147 (70,0%), 57 (27,1%) nivel alto y 6 (2,9%) nivel bajo; el nivel de practica se encontró que 134 (63,8%) presento nivel medio, 70 (33,3%) presento nivel alto y 6 (2,9%) presento nivel bajo.

Tabla 8

Control y tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento - Control y tratamiento	Bajo	6	2,9%
	Medio	147	70,0%
	Alto	57	27,1%
Nivel de prácticas - Control y tratamiento	Bajo	6	2,9%
	Medio	134	63,8%
	Alto	70	33,3%
Total		210	100%

Nota. Elaboración propia

En la tabla 9 se evidencia el grado de correlación del nivel de conocimiento y practica sobre el control y tratamiento del paciente hipertenso encontrando el valor rho de Spearman de 0.588 lo que indica que la relación del nivel de conocimiento y practica del hábito directa y moderada (Ver Anexo 05) y la significancia bilateral ($p=0.000<0.05$) lo que indica correlación significativa.

Tabla 9

Correlación del autocuidado del control y tratamiento

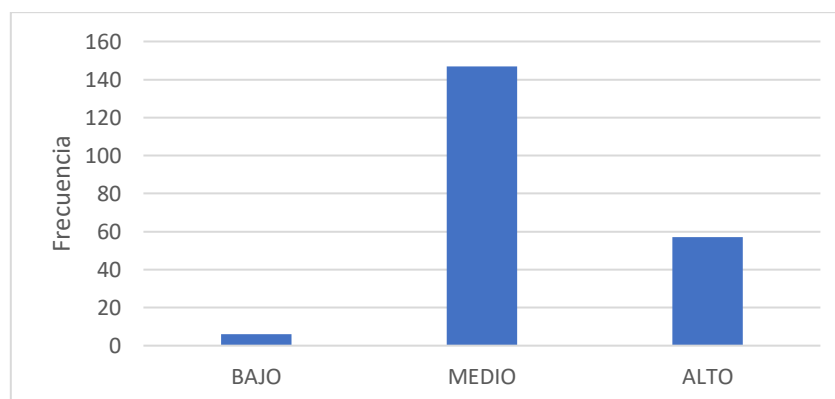
		Nivel de conocimiento - Control y tratamiento	Nivel de prácticas - Control y tratamiento
Nivel de conocimiento - Control y tratamiento	Correlación de Pearson	1	,588**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	210	210
Nivel de prácticas - Control y tratamiento	Correlación de Pearson	,588**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	210	210

Nota. Elaboración propia

En la figura 7 representando mediante gráfico de barras el nivel de conocimiento del autocuidado de control y tratamiento, encontramos que 147 pacientes hipertensos presentan un nivel medio con respecto al nivel de conocimiento lo que equivale al 70% de la muestra.

Figura 7

Nivel de conocimiento del control y tratamiento

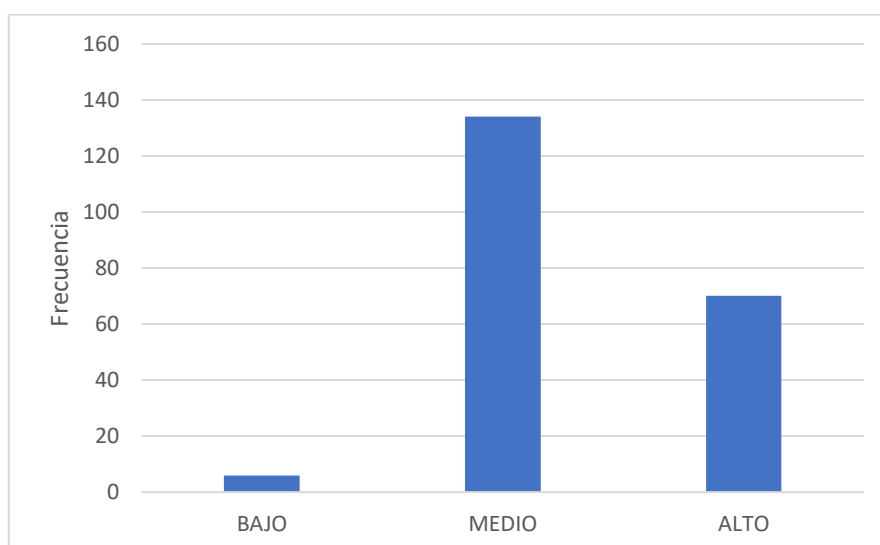


Nota. Elaboración propia

En la figura 8 representando mediante gráfico de barras el nivel de práctica autocuidado de control y tratamiento, encontramos que 134 pacientes hipertensos presentan un nivel medio con respecto al nivel de conocimiento lo que equivale al 63,8% de la muestra.

Figura 8

Nivel de práctica del control y tratamiento



Nota. Elaboración propia

Sobre las características sociodemográficas no se encontró diferencia significativa con respecto al sexo, se encontró 72 (34,3%) pacientes con 31-45 años; 101 (48,1%) presentaban grado de instrucción superior y 147 (70,0%) presentaron estado civil casado.

Tabla 10*Características sociodemográficas*

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	100	47,6%
	Femenino	110	52,4%
Edad	<30 año	0	0
	31-45 años	72	34,3%
	46-60 años	76	36,2%
	61-75 años	59	28,1%
	>75 años	3	1,4%
Grado de instrucción	Analfabeto	12	5,7%
	Primaria	44	21,0%
	Secundaria	101	48,1%
	superior	53	25,2%
Estado civil	Soltero	55	26,2%
	Casado	147	70,0%
	Viudo	8	3,8%
Total		210	100%

Nota. Elaboración propia

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se establecieron los resultados del estudio de pacientes hipertensos del en cuanto a sus características sociales, demográficas, nivel de conocimiento, nivel de práctica y la correlación de cada ítem.

Sobre los resultados del nivel de conocimiento del autocuidado del paciente con enfermedad hipertensiva obtuvimos que 138 (65,7%) presentan nivel de conocimiento alto, nivel intermedio 68 (32,4%) y nivel bajo 4 (1,9%), mientras que el estudio de Espitia Cruz (2011) obtuvo como resultados que el nivel del autocuidado en pacientes hipertensos fue un nivel de autocuidado intermedio 51% y un nivel de autocuidado bajo en 48% y un 1% obtuvo nivel de autocuidado alto, Vega Angarita (2014) evidencio que el nivel de autocuidado en los pacientes hipertensos fue del 83.1% nivel de autocuidado bajo, 6.2% nivel de autocuidado medio y 10.7% nivel de autocuidado alto, Díaz Saldaña & Infante Sánchez (2020), encontró que el 39% presenta nivel de conocimiento alto , 22% conocimiento medio, 39% conocimiento bajo y Natalia Alejandra Alejo-Erape et al., (2022) obtuvo como resultados que el nivel de conocimiento medio fue de 58,3%, se evidencia que en los años anteriores del 2015 hacia atrás un nivel de conocimiento alto muy deficiente y nivel de conocimiento bajo en grandes proporciones de diversos estudios y desde el año 2020 en adelante las cifras de prevalencia del nivel de conocimiento alto se han incrementado lo que podría deberse a una mejor concientización de la enfermedad en los pacientes hipertensos.

Con respecto al nivel de practica del autocuidado del paciente hipertenso, se encontró que 135 (64,3%) pacientes presentan nivel de practica medio, 58 (27,6%) presentan nivel de practica alto y nivel bajo se encuentra en un 17 (8.1%) en contraparte con el estudio de Díaz Saldaña & Infante Sánchez (2020), sobre el nivel de practica en pacientes hipertensos adultos mayores que encontró cifras similares del nivel de practica

medio con un 61% pero valores elevados del nivel de prácticas bajo con 39% y el estudio de Taticuán (2019) el cual encontró que el 75% tiene nivel alto de prácticas de autocuidado.

Sobre las características sociodemográficas encontramos leve predominancia del sexo femenino (52.4%) frente al sexo masculino (47.6%) similar al estudio de Natalia Alejandra alejo (2022) la cual encontró que 68% pacientes de sexo femenino y 32% de sexo masculino; o el estudio de Larico Quispe (2022) que el sexo femenino predominó en 70% mientras que el masculino en 30%, sin embargo el estudio de Taticuán Tixi (2019) encontró 69% de pacientes del sexo masculino y 31% del sexo femenino estas cifras donde se evidencia la población en su mayoría de sexo masculino se puede deber a la cantidad de la muestra que fue baja de 42 pacientes en total.

En base a la correlación de las 2 variables de estudio, nivel de conocimiento y nivel de practica se evidencio la asociación estadísticamente significativa directa baja la cual va acorde con el estudio de Cevallos Pérez (2021) el cual también encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y de practica pero demostrando este estudio asociación directa alta.

VI. CONCLUSIONES

- Se concluye que existe correlación entre el nivel de conocimiento y practica del autocuidado de los pacientes hipertensos del hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú ($r=0.319$; $p=0.00$). Encontrando que el nivel de conocimiento alto es el más frecuente sobre el nivel de conocimiento mientras que el nivel intermedio de practica del autocuidado es las más frecuente.
- Se determino la existencia de correlación significativa con respecto al item de peso y alimentación del nivel de conocimiento de practica y autocuidado de pacientes que acuden al consultorio externo de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú ($r=0.321$; $p=0.00$). Donde, el 65,7% presenta nivel alto de conocimiento en relación con el peso y la alimentación y el 58,6% presenta un nivel de práctica intermedio con respecto a ello.
- Se determino la existencia de correlación significativa del item de hábitos del nivel de conocimiento de practica y autocuidado de pacientes que acuden al consultorio externo de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú ($r=0.266$; $p=0.00$). Donde, el 81% conoce sobre las medidas correctas de los hábitos y el 55,7% presenta un nivel de practica intermedio con respecto a ello.
- Se determino la existencia de correlación significativa con respecto al item de control y tratamiento del nivel de conocimiento de practica y autocuidado de pacientes que acuden al consultorio externo de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú ($r=0.588$; $p=0.00$). Donde, el 70% tiene un nivel intermedio de conocimiento sobre las medidas correctas control y tratamiento y el 63,8% presenta un nivel de practica intermedio con respecto a ello.

VII. RECOMENDACIONES

- Al personal asistencial del hospital de nivel II-2 de Puente Piedra se recomienda el continuar con la concientización mediante actividades preventivo promocionales para seguir mejorando la calidad de vida de los pacientes.
- Es necesario capacitaciones constantes al personal encargado específicamente de las estrategias de ENT, para con ello se pueda difundir información primordial de formas de prevención y así mantener a la población consciente respecto al peso, control, tratamiento y estilos de vida saludable.
- El equipo multidisciplinario encargado se les recomienda sensibilizar a la población, e incentivar mediante refuerzo positivo las actividades que vayan acorde a lo establecido.
- Con el presente estudio se evidencia un grado de concordancia positivo y directo lo que evidencia un correcto actuar del personal asistencial del hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, pero haciendo énfasis en que se puede mejorar dichos resultados estableciendo de forma rigurosa los controles, el tratamiento y la concientización al paciente manejar una base de datos virtual como en físico para así realizar un monitoreo estricto y constante.

VIII. REFERENCIAS

Acosta, C., Sposito, P., Torres Esteche, V., Sacchi, F., Pomies, L., Pereda, M., Viñas, S., Soto, E., Acosta, C., Sposito, P., Torres Esteche, V., Sacchi, F., Pomies, L., Pereda, M., Viñas, S., & Soto, E. (2021). Variabilidad de la presión arterial, hipertensión arterial nocturna y su asociación con tabaquismo. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 6(1), 54-65. <https://doi.org/10.26445/06.01.6>

Alvarado, K. (2022). Hipertensión arterial y su relación con el consumo de café en adultos de 20 a 44 años. El Fortín, Guayaquil. 2022 [Bachelor Thesis, La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2022.]. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/7996>

Anastacio, M. (2022). Nivel de Conocimiento sobre el Autocuidado en el paciente con Hipertensión Arterial en el Hospital Uldarico Rocca Fernández en Villa el Salvador, 2022. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6354>

Ruiz, R., Carrillo, R., Bernabé A. (2022). Prevalence and incidence of arterial hypertension in Peru: A systematic review and meta-analysis | *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/8502>

Angulo, S., Gomez, J. (2021). Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en adultos mayores hipertensos en Trujillo—2021. Repositorio Institucional - UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/88400>

Castro, A. (2022). Estrategias educativas en el autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial. <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/5183>

Cevallos, M. (2021). Prácticas de autocuidado en pacientes hipertensos ciudadela Bellavista Jipijapa.

Díaz, M., Infante, E. (2020). Conocimiento sobre hipertensión arterial y práctica de autocuidado—Programa adulto mayor. Universidad Nacional de Trujillo. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15942>

Espinosa, A. (2018). Hipertensión arterial: Cifras para definirla al comenzar 2018. *Revista Finlay*, 8(1), 66-74. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342018000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Espitia, L. (2011). Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del Hospital Universitario La Samaritana. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/8259>

Herrera, P., Pacheco, J., Valenzuela, G., Málaga, G. (2017). Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: Una revisión narrativa. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34, 497-504. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2622>

Larico, Y. (2022). Nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y autocuidado en los pacientes adultos que acude al centro de salud de Vilquechico – 2021. Universidad Privada San Carlos. <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC S.A.C./137>

León, G., Espinoza, G., Silva, J. (2020). Prevalencia de obesidad y dislipidemias, y su relación con la hipertensión arterial en trabajadores universitarios en Ecuador. *SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO*, 33-43.

Meléndez, C. (2018). UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE” ESCUELA ENFERMERÍA. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3274>

Mendoza, C. (2015). Nivel de autocuidado del adulto hipertenso que acude al consultorio externo de medicina del Hospital de apoyo Jesús Nazareno, Ayacucho 2015. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/882>

Alejo, N., César, M., Ruiz, M. (2022). Nivel de autocuidado en personas que viven con hipertensión arterial de Santa María de Guido, Michoacán | Paraninfo Digital. <http://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e34043d>

Pernia, I., Rada, J. (2019). IMPACTO DE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y SOMNOLENCIA DIURNA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Biociencias*, 14(1), Art. 1. <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.1.5322>

Rodrigo, P. (2018). SciELO - Brasil—Avanços recentes do impacto da apneia obstrutiva do sono na hipertensão arterial sistêmica Avanços recentes do impacto da apneia obstrutiva do sono na hipertensão arterial sistêmica. <https://www.scielo.br/j/abc/a/hYGZpfmzBcpkmfntfvSmjGx/abstract/?lang=es>

Sellén, J., Sellén, E., Barroso Pacheco, L., Sellén, S. (2009). Evaluación y diagnóstico de la Hipertensión Arterial. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 28(1), 0-0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03002009000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Taticuán, Y. (2019). Estrategias educativas del autocuidado en hipertensión arterial, personas privadas de la libertad, centro de rehabilitación, ciudad de Tulcán, 2018 [BachelorThesis]. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9954>

Vargas, M. (2023). Relación entre los conocimientos y prácticas de autocuidado en el paciente adulto mayor hipertenso Hospital Regional Ica- Minsa enero 2021. <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4506>

Vega, O (2014). Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia).

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-

55522014000200005

VI. REFERENCIALES

6.1. Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	JUSTIFICACIÓN	METODOLOGIA	INSTRUMENTO
<p>Formulación del Problema: ¿Cuál es el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio de cardiología de un Hospital Nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022?</p> <p>Variables: Hipertensión arterial Nivel de autocuidado</p> <p>Bases Teóricas Hipertensión arterial definida como presión arterial igual o encima de 140/90 mmHg siendo además un síndrome multifactorial de origen genético muy fácil de diagnosticar y de difícil control en el mundo</p> <p>Nivel de autocuidado Definido como la práctica de las actividades que las personas llevan a cabo en</p>	<p>Objetivo General Determinar el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022</p> <p>Objetivos Específicos Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del autocuidado de peso y alimentación del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio externo de cardiología de un hospital de nivel II-2</p>	<p>H₁: Se planteó un estudio exploratorio con fines de valorar el nivel de conocimiento sobre el autocuidado del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio de cardiología de un Hospital Nivel II-2 de Puente Piedra, no se comparación entre grupos o comprobación de asociaciones por lo que no se consideró necesaria la formulación de hipótesis de trabajo.</p>	<p>Siendo la hipertensión una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial, latinoamericano y nacional y ocasionando además la gran mayoría de AVISA lo que genera un gran costo a la población se vio por conveniente estudiar el nivel de conocimiento y práctica del paciente hipertenso para así poder prevenir las complicaciones es así que los resultados del estudio proporcionarían estadística básica sobre el conocimiento y las prácticas de autocuidados en el paciente hipertenso, lo que permitirá proponer estrategias educativas orientadas a las prácticas de autocuidado, de esta</p>	<p>Tipo de Investigación: Cuantitativo, se efectuará una recopilación y análisis de datos que se obtendrá en la construcción del instrumento</p> <p>Nivel de Investigación: Descriptivo - Correlacional</p> <p>Diseño de Investigación: De corte transversal, retrospectivo.</p> <p>Población: La población de estudio, estará conformada por los pacientes con hipertensión atendidos en el consultorio de cardiología de un hospital de Puente Piedra II-2, Lima, Perú 2022.</p> <p>Muestra: La muestra estará conformada por 186 pacientes con hipertensión atendidos</p>	<p>Ficha de recolección de datos en físico titulado “Cuestionario De Conocimiento y Práctica De Autocuidado Del Adulto Hipertenso”.</p>

<p>determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para la regulación funcional y del desarrollo</p>	<p>de Puente Piedra, Lima-Perú 2022. Relacionar el nivel de conocimiento y la práctica del autocuidado de los hábitos del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio externo de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022. Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del autocuidado de control y tratamiento del paciente hipertenso que acude al consultorio externo de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022. Identificar las características sociodemográficas</p>		<p>manera permitirá la prevención de complicaciones que genera la hipertensión arterial.</p>	<p>en el consultorio de cardiología de un consultorio de cardiología de un hospital de Puente Piedra II-2, Lima, Perú 2022. que cumplan con los criterios de inclusión del estudio</p>	
--	---	--	--	--	--

	<p>del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio externo de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022.</p>				
--	--	--	--	--	--

6.2. Anexo 2: Operacionalización de variables

Variables y definición operacional

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE 1 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO	Aquello que las personas necesitan saber que es requerido y que deben estar haciendo y cumpliendo por ellos mismos para regular su propio funcionamiento y desarrollo.	Conocimiento sobre las medidas a tomar en lo respectivo a el peso, alimentación, hábitos y tratamiento medido según el siguiente puntaje: Nivel de conocimiento alto: 13-18 puntos Nivel de conocimiento medio: 7-12 puntos Nivel de conocimiento bajo: 0-6 puntos	PESO Y ALIMENTACION	Del peso como factor de riesgo	Pregunta 1	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
				Del consumo de alimentos	Pregunta 2 y 3	Ordinal NO = 1 puntos SI = 0 puntos
				Del consumo de aceite de origen vegetal	Pregunta 4	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
				Consumo de pescados	Pregunta 5	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
				Acerca del consumo de ajos y apio	Pregunta 6	Ordinal NO = 1 puntos SI = 0 puntos
				Del consumo de té y café	Pregunta 7	Ordinal NO = 1 puntos SI = 0 puntos
				Del consumo de sal y condimentos	Pregunta 8	Ordinal NO = 1 puntos SI = 0 puntos
			HABITOS	De la caminata y ejercicios	Pregunta 9	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos

			Del tiempo recomendable para realizar ejercicios físicos	Pregunta 10	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
			Del descanso y sueño	Pregunta 11	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
			De las horas de sueño	Pregunta 12	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
			Del consumo de cigarro y alcohol	Pregunta 13	Ordinal NO = 1 punto SI = 0 puntos
		CONTROL Y TRATAMIENTO	De la frecuencia de medicamentos (Se responde solo si consume medicación)	Pregunta 14	Ordinal SI = 1 punto No = 0 puntos
			De la frecuencia de medicamentos	Pregunta 15	Ordinal NO = 1 punto SI = 0 puntos
			De los controles médicos	Pregunta 16	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
			Del control de la presión arterial	Pregunta 17	Ordinal NO = 1 punto SI = 0 puntos
			Del control con el personal de salud	Pregunta 18	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos

VARIABLE 2	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICION
NIVEL PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO	Es la promoción de los estilos de vida saludables tales como un adecuado control de peso, ejercicio rutinario, restricción del consumo de sal, evitar hábitos nocivos como alcohol y tabaco, que son los pilares fundamentales en el tratamiento de un paciente con hipertensión arterial	Realizar seguimiento continuo al peso, adecuada alimentación, ejercicios, evitar hábitos nocivos, Tomar la medicación respectiva y asistir a sus controles según	PESO Y ALIMENTACION	Se controla el peso mensualmente	Pregunta 1	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
				Preparación de alimentos	Pregunta 2	Ordinal NO = 1 punto SI = 0 puntos
				Preparación de alimentos	Pregunta 3	Ordinal SI = 1 punto No = 0 puntos
				Preparación de alimentos aceite de origen vegetal	Pregunta 4	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
				Consumo de pescados	Pregunta 5	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
				Acerca del consumo de ajos y apio	Pregunta 6	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
				Del consumo de té y café	Pregunta 7	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos

<p>lo indicado medidos según el nivel:</p> <p>Nivel de práctica alto: 13-18 puntos</p> <p>Nivel de práctica medio: 7-12 puntos</p> <p>Nivel de práctica bajo: 0-6 puntos</p>		Del consumo de sal y condimentos	Pregunta 8	Ordinal NO = 1 punto SI = 0 puntos
	HABITOS	De la caminata y ejercicios durante la semana	Pregunta 9	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
		Ejercicios la frecuencia de moderada intensidad	Pregunta 10	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
		Horas de sueño diarios	Pregunta 11 y 12	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
		Del consumo de cigarro y alcohol	Pregunta 13	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
		Toma de medicamentos	Pregunta 14	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos
	CONTROL Y TRATAMIENTO	Toma de medicamentos	Pregunta 15	Ordinal NO = 1 punto SI = 0 puntos
		Asistencia al control	Pregunta 16	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos

				Control de presión arterial	Pregunta 17	Ordinal NO = 1 punto SI = 0 puntos
				Control con la enfermera	Pregunta 18	Ordinal SI = 1 puntos No = 0 puntos

6.3. Anexo 3: Instrumento

CUESTIONARIO DE NIVEL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO HIPERTENSO

PRESENTACIÓN

Este instrumento tiene por finalidad obtener información sobre el nivel de conocimiento y las prácticas del autocuidado que debe tener todo paciente con presión alta. Para lo cual solicito su colaboración a través de la respuesta sincera a las preguntas. Este cuestionario es anónimo y las respuestas solo serán de uso para la investigación. Gracias por su participación en el trabajo.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se le presenta una serie de enunciados el cual deberá leer y responder marcando con una “X” la respuesta que Usted considera la correcta y responda brevemente algunas con letra imprenta y legible.

DATOS GENERALES:

Edad:

- Menos de 30 años
- Entre 31 años y 45 años
- Entre 46 y 60 años
- Entre 61 años y 75 años
- Más de 75 años

sexo:

- Hombre Mujer

Grado de Instrucción:

- Analfabeto Primaria
- Secundaria Superior

Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Divorciado

I PARTE NIVEL CONOCIMIENTO:

N°	ITEMS	SI	NO
PESO Y ALIMENTACION			
1	¿El peso es un factor de riesgo para tener presión arterial alta por lo que debe controlarse cada mes?		

2	¿La preparación de sus alimentos en forma de fritura controla la presión arterial?		
3	¿La preparación de sus alimentos de manera sancochada y a la plancha alteran su presión arterial?		
4	¿El aceite que consume un paciente con presión alta debe ser de origen vegetal?		
5	Los pescados como: atún, caballa, trucha ¿son alimentos que se consideran importantes en la dieta de un paciente con presión alta?		
6	El consumo de ajos y apio parecen aumentar la presión arterial.?		
7	El mayor consumo de café y té ayudan a disminuir la presión arterial.?		
8	La sal es un condimento necesario en la preparación de los alimentos para los pacientes con presión alta.?		
HABITOS			
9	¿La caminata y los ejercicios son algunas actividades físicas recomendadas para mejorar la presión arterial?		
10	¿El tiempo recomendable para realizar ejercicios físicos de moderada intensidad es cinco veces por semana por 30 minutos?		
11	¿Considera usted que el descanso y sueño influye positivamente en la disminución de la presión arterial?		
12	¿Considera usted que dormir 8 horas es bueno para su salud?		
13	El cigarro y el alcohol mejoran la presión arterial.?		
CONTROL Y TRATAMIENTO			
14	¿Los medicamentos que toma para controlar su presión arterial son para toda la vida? (Responder solo si toma medicación para la presión arterial)		

15	¿Solo toma la medicación para controlar la presión arterial cuando siente molestias (Dolor de cabeza, malestar general, dolor muscular, dolor corporal, quemazón de manos y pies)?		
16	¿Usted considera que asistir a sus controles médicos puntualmente ayuda a evitar que se presenten complicaciones en otros órganos del cuerpo?		
17	¿Solo debo controlarme la presión arterial cuando siento algún malestar?		
18	¿Asistir a los controles con la enfermera puntualmente es importante porque recibe orientación interesante y novedosa sobre sus cuidados en cada cita?		

II PARTE: NIVEL DE PRÁCTICA

N°	ITEMS	SI	NO
PESO Y ALIMENTACIÓN			
1	¿Controla su peso mensualmente?		
2	¿Generalmente su alimentación es a base de alimentos fritos?		
3	¿Generalmente su alimentación es a base de alimentos sancochados y a la plancha?		
4	¿Su alimentación contiene aceite de origen vegetal?		
5	¿La frecuencia con la que usted consume atún, caballa y trucha es tres veces por semana o más?		
6	¿La frecuencia con la que usted consume ajos y apio es tres veces por semana o más?		
7	¿Toma café y té 2 veces por semana o menos?		

8	¿Usted consume más de 5 veces por semana más de 1 cucharadita de sal en sus comidas?		
HÁBITOS			
9	¿Usted realiza caminatas y ejercicios al menos 2 veces por semana?		
10	¿Usted realiza ejercicios de moderada intensidad cinco veces por semana por 30 minutos?		
11	¿Usted duerme más de 7 horas diarias?		
12	¿Si no duermo más de 7 horas mi presión se eleva?		
13	¿Toma cerveza y vino menos de 2 veces por semana?		
CONTROL Y TRATAMIENTO			
14	¿Toma sus medicamentos puntualmente?		
15	¿Toma sus medicamentos sólo cuando se siente mal?		
16	¿Asiste a sus controles médicos puntualmente?		
17	¿Se mide la presión arterial con el tensiómetro sólo cuando asiste a sus controles?		
18	¿Asiste a los controles de enfermería solo para recibir sus medicamentos?		

6.4. Anexo 4 Análisis de Fiabilidad (Alfa de Cronbach)

6.4.1. Análisis De Fiabilidad General

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,811	18

6.4.2. Análisis De Fiabilidad Por Cada Pregunta

Estadísticas de total de elemento
--

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
El peso es un factor de riesgo para tener presión arterial alta por lo que debe controlarse cada mes	16,47	1,838	0,888	0,754
La preparación de sus alimentos en forma de fritura controla la presión arterial	16,40	2,114	0,837	0,766
La preparación de sus alimentos de manera sancochada y a la plancha ayudan a controlar la presión arterial	16,40	2,543	0,243	0,816
El aceite que consume un paciente con presión alta debe ser de origen vegetal	16,40	2,114	0,837	0,766
Los pescados como: atún, caballa, trucha son alimentos que se consideran importantes en la dieta de un paciente con presión alta	16,40	2,114	0,837	0,766
El consumo de ajos y apio parecen aumentar la presión arterial	16,33	2,810	0,000	0,814
El mayor consumo de café y té disminuyen la presión arterial	16,33	2,810	0,000	0,814
La sal es un condimento necesario en la preparación de los alimentos para los pacientes con presión alta	16,40	2,543	0,243	0,816
La caminata y los ejercicios son algunas actividades físicas recomendadas para mejorar la presión arterial	16,33	2,810	0,000	0,814
El tiempo recomendable para realizar ejercicios físicos de moderada intensidad es cinco veces por semana por 30 minutos	16,40	2,829	-0,099	0,841
Considera usted que el descanso y sueño influye en la presión arterial	16,33	2,810	0,000	0,814
Considera usted que dormir 8 horas es bueno para su salud	16,33	2,810	0,000	0,814
El cigarro y el alcohol mejoran la presión arterial	16,40	2,114	0,837	0,766

Los medicamentos que toma para controlar su presión arterial son para toda la vida	16,33	2,810	0,000	0,814
Los medicamentos que toma para controlar su presión arterial son solo cuando siente molestias	16,40	2,114	0,837	0,766
Asistir a sus controles médicos puntualmente ayuda a evitar que se presenten complicaciones en otros órganos del cuerpo	16,33	2,810	0,000	0,814
El control de la presión arterial se debe hacer sólo cuando se siente mal	16,33	2,810	0,000	0,814
Asistir a los controles con la enfermera puntualmente es importante porque recibe orientación interesante y novedosa sobre sus cuidados en cada cita	16,33	2,810	0,000	0,814

6.5. Anexo 5: Cuadro de interpretación de correlación de spearman y Alfa de Cronbach

6.5.1. Rho de spearman

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: Rosas y Zuñiga (2010)

6.5.2. Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Consistencia Interna
$\alpha \geq 0,9$	Excelente
$0,8 \leq \alpha < 0,9$	Buena
$0,7 \leq \alpha < 0,8$	Aceptable
$0,6 \leq \alpha < 0,7$	Cuestionable
$0,5 \leq \alpha < 0,6$	Pobre
$\alpha < 0,5$	Inaceptable

6.6. Anexo 6: Constancia de acceso a la información

SUMILLA: SOLICITO CONSTANCIA DE ACCESO
A LA INFORMACION DEL AREA DE
ESTADÍSTICA y ADMISIÓN.

SR.

DR JOSE ANTONIO MENDOZA ROJAS

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

SD:

ORDOÑEZ SAAVEDRA, ZAREMIA identificado con **DNI N°10286907** Y CODIGO **UNIVERSITARIO 2009009419**, número telefónico 934 456 344, correo electrónico zaremgob@gmail.com señalando domicilio en Virrey Amat 101 Rimac , interna de medicina de la Facultad de medicina "Hipólito Unanue", Universidad Nacional Federico Villarreal con el debido respeto me presento y digo:

Que por convenir a mi derecho y amparado en el artículo 2 inc. 20° de la Constitución Política del Perú y al amparo del derecho a la información pública solicito se permita obtener el acceso a la información del área de estadística y del área de admisión del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para así poder recolectar los datos de las historias clínicas y ejecutar de esta manera mi proyecto tesis "**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE HIPERTENSO DEL CONSULTORIO EXTERNO DE CARDIOLOGIA DE UN HOSPITAL DE NIVEL II-2 DE PUENTE PIEDRA, LIMAPERU 2022**"

Por lo tanto:

Solicito acceder a lo peticionado por ser justicia que espero alcanzar.

Lima, 26 de Junio de 2023

Ordoñez Saavedra, Zaremnia DNI
N° 10286907



— Adjunto pago
— Adjunto obs

6.6. Anexo 7: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

Institución: Universidad Nacional Federico Villareal

Investigador: Ordoñez Saavedra Zaremnia

Título: 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.

Propósito del estudio: A usted se le invita a participar en el estudio denominado; “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” para optar el título de la especialidad de enfermera instrumentista, cuyo propósito de estudio es “Determinar el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del paciente con enfermedad hipertensiva que acude al consultorio de cardiología de un hospital de nivel II-2 de Puente Piedra, Lima-Perú 2022”

Procedimiento: El presente documento contiene información que le permitirá decidir si acepta participar o no, antes debe conocer y comprender cada uno de los apartados, tómese el tiempo necesario y lea minuciosamente la información que se le proporciona líneas abajo; no dar su consentimiento hasta que comprenda la información y sus dudas hayan sido absueltas. Las encuestas para desarrollar pueden demorar unos 10-15 minutos, los resultados obtenidos son de carácter anónimo y confidencial.

Beneficios: El presente estudio no tiene beneficio económico, pero si colaboración activa con la comunidad científica en la obtención de nuevos conocimientos.

Inconvenientes y riesgos: el presente estudio no presenta ningún inconveniente ni riesgo para el participante.

Costo o incentivo: Por participar en el presente estudio no tiene ningún costo para usted, de igual manera no recibir remuneración por su participación.

Confidencialidad: La información que usted proporciona estará protegida y codificada,

solo el investigador puede conocer y utilizar para fines académicos. No se utilizarán para otros medios y la información brindada es confidencial.

Renuncia: Si usted se sintiera incomodo durante el desarrollo de las encuestas puede renunciar a participar, en cualquier momento puede retirarse o negarse a llenar la encuesta, además si usted tuviera alguna duda puede comunicarse con la tesista Ordoñez Saavedra, Zaremnia.

Consentimiento: Acepto voluntariamente participar en este estudio respondiendo la encuesta brindada, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción, ni he influido indebidamente participar, asimismo he comprendido los beneficios y riesgos de mi participación, puedo decidir no participar, a pesar de haber aceptado y retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombre y Apellido del participante:

FIRMA:

DNI: