



Universidad Nacional

SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Facultad de Enfermería



Conocimiento y Práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

Línea de investigación

Salud pública y conservación del medio ambiente

INFORME FINAL DE TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR (A):

William Alonso Quijaite Salazar

ASESORA:

Dra. Mariela Elida Pecho Tataje

ORCID: 0000-0002-2550-7583

Ica - Perú

2026

Dedicatoria

A Dios por darme la salud, fortaleza y valentía para superar cada obstáculo y guiar mis caminos en momentos difíciles. A mis padres por ser mi mayor apoyo, mi fuerza y motivación para seguir saliendo adelante. A mi hermana, por su compañía incondicional, a mi pareja por estar conmigo apoyándome y ser mi refugio en todo este proceso y a toda mi familia por no dejar de confiar en mí. Este logro también es de ustedes.

Agradecimiento

Con profundo reconocimiento y gratitud, extendiendo mi más sincero agradecimiento a la Dra. Mariela Élide Pecho Tataje, por su valiosa guía, conocimientos y constante apoyo durante el desarrollo de esta investigación.

Asimismo, extendiendo mi gratitud al Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, por abrirme sus puertas y proporcionarme las facilidades institucionales necesarias para la recolección de datos.

Finalmente, dedico un agradecimiento especial a cada uno de los pacientes que participaron de manera desinteresada en este estudio, su disposición y confianza son la base y el verdadero motor de este trabajo de investigación.

.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	vi
Índice de figuras	viii
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I. Introducción	1
1.1. Aspectos científicos vinculados a la investigación	1
1.2. Descripción de la realidad problemática	4
Formulación del problema.....	5
Problema general	5
Problemas específicos.....	5
1.3. Antecedentes del problema de investigación	6
Antecedentes a nivel internacional	6
Antecedentes a nivel nacional.....	7
Antecedentes a nivel local	8
1.4. Justificación de la investigación	8
1.5. Hipótesis de la investigación.....	9
Hipótesis general.....	9
Hipótesis específicas.....	9
1.6. Variables de la investigación	10
Variable 1.....	10
Variable 2.....	10
1.7. Objetivos de investigación.....	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos	10
II. Estrategia metodológica	12
2.1. Enfoque de investigación	12
2.2. Tipo de investigación	12
2.3. Nivel de investigación.....	12
2.4. Diseño de investigación	12
2.5. Población y muestra de la investigación	12
Población de estudio	12
Muestra de estudio	13
2.6. Técnicas de recolección de datos	13

2.7.	Instrumentos de recolección de datos	13
2.8.	Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de resultados.....	14
2.9.	Aspectos éticos.....	14
III.	Resultados.....	16
	Contrastación de la hipótesis general.....	17
	Contrastación de la hipótesis específica 1.....	18
	Contrastación de la hipótesis específica 2.....	19
	Contrastación de la hipótesis específica 3.....	20
	Contrastación de la hipótesis específica 4.....	21
	Contrastación de la hipótesis específica 5.....	22
IV.	Discusión	23
V.	Conclusiones	29
VI.	Recomendaciones	30
VII.	Referencias bibliográficas	32
VIII.	Anexos	36
	Anexo 1 Instrumento de recolección de datos	36
	Anexo 2 Consentimiento informado.....	40
	Anexo 3 Declaración jurada de trabajo inédito	41
	Anexo 4 Matriz de consistencia.....	42
	Anexo 5 Matriz de operacionalización de variables.....	44
	Anexo 6 Resolución decanal de aprobación del proyecto	45
	Anexo 7 Base de datos	48
	Anexo 8 Evidencia fotográfica	49
	Anexo 9 Ficha técnica de instrumento	51
	Anexo 10 Autorización de aplicación de instrumento por parte de la entidad de estudio.....	53
	Anexo 11 Permiso de Comité de Ética.....	54
	Anexo 12 Procesamiento por pregunta.....	56

Índice de tablas

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del adulto mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica-2025.....	16
Tabla 2. Relación entre el conocimiento y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025	17
Tabla 3. Relación entre la dimensión conocimiento sobre alimentación y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025.....	18
Tabla 4. Relación entre la dimensión conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025.....	19
Tabla 5. Relación entre la dimensión conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025.....	20
Tabla 6. Relación entre la dimensión conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025.....	21
Tabla 7. Relación entre la dimensión conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025.....	22
Tabla 8. ¿Cuáles son los alimentos que contienen grasas dañinas y pueden aumentar la presión alta?	56
Tabla 9. Los alimentos que contienen mucha sal y pueden aumentar la presión arterial son: ...	57
Tabla 10. ¿Cuál de las siguientes actividades realiza para controlar su presión arterial?	58
Tabla 11. ¿Cuál de las siguientes actividades son tan beneficiosos para la salud?	59
Tabla 12. ¿Qué tiempo de actividad física hace para controlar la presión arterial?	60
Tabla 13. ¿Qué consecuencias trae el consumo de tabaco para el control de la presión arterial?	61
Tabla 14. ¿Cuáles son los efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos?	62
Tabla 15. ¿Cuáles son los efectos secundarios que se da a conocer los medicamentos para su control de la presión arterial?	63
Tabla 16. ¿Cuáles son las medidas a considerar para la medicación prescrita?	64
Tabla 17. ¿Cuándo cree que debe ir a la consulta médica?	65
Tabla 18. ¿Cuánto tiempo cree que debe tomar sus medicamentos para el control de la presión arterial?.....	66

Tabla 19. ¿Qué acciones des estresantes para el conocimiento sobre manejo del estrés y control de la presión arterial?	67
Tabla 20. Controla el peso mensualmente.....	68
Tabla 21. Hace caminatas diariamente.....	69
Tabla 22. Generalmente usted prepara sus alimentos fritos.	70
Tabla 23. Generalmente usted prepara sus alimentos sancochados y a la plancha.	71
Tabla 24. Prepara sus alimentos con aceite de origen vegetal	72
Tabla 25. La frecuencia con la que usted consume ajos y apio es de 3 a 4 veces a la semana. .	73
Tabla 26. Tomar café y té de vez en cuando.....	74
Tabla 27. Frecuentemente utiliza poca cantidad de sal en la preparación de sus alimentos.	75
Tabla 28. Realiza caminatas y ejercicios durante la semana.....	76
Tabla 29. Duerme más de 7 horas diarias.	77
Tabla 30. Consume bebidas alcohólicas	78
Tabla 31. ¿Acostumbra a fumar cigarrillos durante el día?	79
Tabla 32. Toma sus medicamentos puntualmente.....	80
Tabla 33. Toma sus medicamentos sólo cuando se siente mal.	81
Tabla 34. Asiste a sus controles médicos puntualmente.	82
Tabla 35. Se controla la presión arterial sólo cuando asiste a sus controles con la Enfermera y cuando siente molestias.....	83
Tabla 36. Asiste a los controles de enfermería solo para recibir sus medicamentos.....	84
Tabla 37. Pertenece algún programa de adulto mayor.	85

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de correlación.....	12
Figura 2. ¿Cuáles son los alimentos que contienen grasas dañinas y pueden aumentar la presión alta?	56
Figura 3. Los alimentos que contienen mucha sal y pueden aumentar la presión arterial son: .	57
Figura 4. ¿Cuál de las siguientes actividades realiza para controlar su presión arterial?.....	58
Figura 5. ¿Cuál de las siguientes actividades son tan beneficiosos para la salud?.....	59
Figura 6. ¿Qué tiempo de actividad física hace para controlar la presión arterial?	60
Figura 7. ¿Qué consecuencias trae el consumo de tabaco para el control de la presión arterial?	61
Figura 8. ¿Cuáles son los efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos?.....	62
Figura 9. ¿Cuáles son los efectos secundarios que se da a conocer los medicamentos para su control de la presión arterial?	63
Figura 10. ¿Cuáles son las medidas a considerar para la medicación prescrita?	64
Figura 11. ¿Cuándo cree que debe ir a la consulta médica?	65
Figura 12. ¿Cuánto tiempo cree que debe tomar sus medicamentos para el control de la presión arterial?.....	66
Figura 13. ¿Qué acciones des estresantes para el conocimiento sobre manejo del estrés y control de la presión arterial?	67
Figura 14. Controla el peso mensualmente.	68
Figura 15. Hace caminatas diariamente	69
Figura 16. Generalmente usted prepara sus alimentos fritos.	70
Figura 17. Generalmente usted prepara sus alimentos sancochados y a la plancha.....	71
Figura 18. Prepara sus alimentos con aceite de origen vegetal.....	72
Figura 19. La frecuencia con la que usted consume ajos y apio es de 3 a 4 veces a la semana.	73
Figura 20. Tomar café y té de vez en cuando	74
Figura 21. Frecuentemente utiliza poca cantidad de sal en la preparación de sus alimentos....	75
Figura 22. Realiza caminatas y ejercicios durante la semana.	76
Figura 23. Duerme más de 7 horas diarias.....	77
Figura 24. Consume bebidas alcohólicas	78
Figura 25. ¿Acostumbra a fumar cigarrillos durante el día?.....	79
Figura 26. Toma sus medicamentos puntualmente	80
Figura 27. Toma sus medicamentos sólo cuando se siente mal.	81
Figura 28. Asiste a sus controles médicos puntualmente.....	82
Figura 29. Se controla la presión arterial sólo cuando asiste a sus controles con la Enfermera y cuando siente molestias.....	83
Figura 30. Asiste a los controles de enfermería solo para recibir sus medicamentos.	84

Figura 31. Pertenece algún programa de adulto mayor..... 85

Resumen

La hipertensión arterial constituye un problema a nivel mundial, debido a que gran cantidad de personas no mantiene un control adecuado de su presión arterial. Pese a que muchos pacientes conocen su diagnóstico, factores repercuten en el control de la enfermedad. **Objetivo:** Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025. **Metodología:** se ha considerado un estudio de tipo básico, no experimental, siendo empleado el cuestionario para obtener información de 132 pacientes. **Resultados:** Los resultados indicaron que existió una relación significativa entre el conocimiento y la práctica de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial, respaldada por valores de Chi-cuadrado de 25.90, 20.60, 33.00, 30.20, 13.50 y 12.70, con $p = 0.000$ en todos los casos. Se observó que los porcentajes de conocimiento bajo oscilaron entre 53.8% y 70.5%, asociándose con prácticas inadecuadas que variaron desde 40.20% hasta 51.50%, mientras que quienes alcanzaron un conocimiento alto, entre 29.5% y 46.2%, lograron prácticas adecuadas en rangos de 20.50% a 28.80%. **Conclusiones:** La hipertensión arterial es un problema de salud pública que requiere un manejo efectivo. En este sentido, se concluye que, en adultos mayores, la comprensión limitada sobre alimentación, actividad física, adherencia farmacológica, hábitos nocivos y conocimiento sobre manejo del estrés condiciona directamente la ejecución de conductas de autocuidado apropiadas, evidenciando la necesidad de fortalecer dichos conocimientos.

Palabras clave: Conocimiento, práctica de autocuidado, alimentación, control de peso, hábitos alimenticios.

Abstract

High blood pressure is a worldwide problem, because many people do not maintain adequate control of their blood pressure. Although many patients know their diagnosis, factors have an impact on the control of the disease. **Objective:** To determine the relationship between the knowledge and self-care practice of elderly patients with Arterial Hypertension treated in the Senior Citizen Program of the Félix Torrealva Gutiérrez Hospital, Ica - 2025. **Methodology:** A basic, non-experimental study was considered, and the questionnaire was used to obtain information from 132 patients. **Results:** The results indicated that there was a significant relationship between knowledge and self-care practice in older adults with arterial hypertension, supported by Chi-square values of 25.90, 20.60, 33.00, 30.20, 13.50 and 12.70, with $p = 0.000$ in all cases. It was observed that the percentages of low knowledge ranged between 53.8% and 70.5%, associated with inadequate practices that ranged from 40.20% to 51.50%, while those who achieved high knowledge, between 29.5% and 46.2%, achieved adequate practices in ranges from 20.50% to 28.80%. **Conclusions:** Arterial hypertension is a public health problem that requires effective management. In this sense, it is concluded that, in older adults, limited understanding of food, physical activity, pharmacological adherence, harmful habits and stress management directly conditions the execution of appropriate self-care behaviors, evidencing the need to strengthen such knowledge.

Keywords: Knowledge, self-care practice, diet, weight control, eating habits.

I. Introducción

1.1. Aspectos científicos vinculados a la investigación

Hipertensión Arterial

Es una de las enfermedades no transmisibles más comunes en la sociedad que se caracteriza porque la presión arterial del paciente está por encima de 140/90 mmHg. El cuerpo humano está conectado a todos los órganos y tejidos por canales que llevan sangre y oxígeno para su buen funcionamiento. Esta enfermedad se desarrolla, cuando el transporte sanguíneo es más fuerte y choca con fuerza con las paredes de las arterias. Si la presión es alta por mucho tiempo, el corazón trabaja mucho más para cubrir las demandas de bombear más sangre, pudiendo ocasionar daños a los vasos sanguíneos y órganos DIANA como el corazón y el cerebro. ¹

Factores de riesgo

Sisamón et al ², refiere que los factores de riesgo desempeñan un papel crucial en la aparición de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, debido a que otorga al paciente la susceptibilidad de desarrollar el problema de salud, aunque su ausencia no evita que este ocurra. Entre los factores de riesgo no modificables, se encuentran aquellos que viven intrínsecos en el ser humano, por ende, no podrán ser cambiados, como, por ejemplo: la edad avanzada, el sexo y la raza, los adultos mayores del sexo masculino y de la raza negra son más vulnerables a sufrir de presiones altas. Por otro lado, también existen los factores de riesgo modificables, entre ellos tenemos los factores socioeconómicos, pues aquellas personas que viven en mejores condiciones sanitarias tendrán mayor oportunidad de acceder y entender mejor la información proporcionada por el sector salud, y por ende mejor adherencia al tratamiento y autocuidado de la enfermedad.

Clasificación de la presión arterial

Según las recomendaciones de American Heart Association ³, la presión arterial se encuentra clasificada en 6 categorías. En su estadio normal, la presión debe oscilar menos de 120/80 mmHg. Ya es considerada una tensión elevada, cuando la presión arterial sistólica (PAS) se encuentra entre 120 – 129 mmHg con una presión arterial diastólica (PAD) menor a 80 mmHg. Los valores por encima de esta cifra se identifican como Hipertensión Arterial en etapa I y II. La hipertensión de etapa I, se definió por una PAS entre 130 y 139 mmHg y una PAD de 80 a 89 mmHg, por otro lado, en la de etapa II, se registran valores sistólicos mayores de 140 mmHg y diastólicos superiores a 90 mmHg. Asimismo, también se añadió, la clasificación de hipertensión grave y emergencia hipertensiva, ambas tienen en común valores superiores a 180/120 mmHg, sin embargo, la última mencionada estará acompañada con síntomas como el dolor de pecho, dificultad respiratoria, debilidad, cambios en la visión, dolor en la espalda y dificultad para articular palabras, signos que indicarían que el paciente debe ser trasladado a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

Variable 1: Conocimiento

El conocimiento sobre hipertensión arterial consiste en la comprensión integral de las cifras tensionales elevadas como fenómeno fisiopatológico, abarcando sus mecanismos de regulación, factores de riesgo y manifestaciones clínicas. Dicha comprensión se fundamenta en la evidencia científica actualizada, la cual permite interpretar los valores pressóricos en el contexto de cada individuo, considerando la variabilidad circadiana y las condiciones comórbidas asociadas. Este saber práctico integra, además, la habilidad para monitorizar adecuadamente la presión arterial, reconociendo las técnicas correctas de medición y los posibles errores que distorsionan los resultados. En esencia, el dominio de esta área posibilita la identificación temprana de patrones hipertensivos, facilitando así la implementación de estrategias preventivas y terapéuticas dirigidas a la estabilización hemodinámica del paciente ⁴.

Asimismo, esta noción trasciende el mero dato numérico para abarcar la percepción del impacto sistémico que la elevación mantenida de la presión ejerce sobre órganos diana como el corazón, el cerebro y el riñón. La internalización de estos efectos permite al profesional anticipar las posibles complicaciones, estableciendo vínculos causales entre la rigidez vascular y la disfunción endotelial progresiva. De igual manera, el saber incluye el reconocimiento de los determinantes sociales y conductuales que perpetúan la condición, desde los patrones dietéticos hasta el conocimiento sobre manejo del estrés cotidiano. Por consiguiente, el manejo efectivo de esa información conduce a la adopción de medidas educativas personalizadas, orientadas a modificar estilos de vida y a promover la adherencia terapéutica como pilar del control sostenido ⁵.

En este contexto, el dominio práctico de esta materia se manifiesta en la capacidad para evaluar la respuesta del organismo ante diferentes intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, ajustando las decisiones según la evolución clínica observada. Dicha pericia requiere un análisis continuo de la relación riesgo-beneficio de cada fármaco, considerando las interacciones medicamentosas y las peculiaridades metabólicas de cada persona. Paralelamente, este bagaje cognoscitivo incorpora la vigilancia de los efectos adversos y la detección de signos de alarma que indiquen descompensación aguda. Así, la aplicación juiciosa de estos conocimientos conduce a una optimización progresiva del régimen terapéutico, garantizando que la reducción tensional se logre con la máxima seguridad y eficacia, siempre dentro de un marco de atención centrado en la respuesta individual del paciente ⁶.

Variable 2: Práctica de Autocuidado

Constituye la ejecución deliberada de acciones cotidianas orientadas a preservar la estabilidad fisiológica, controlar síntomas crónicos y prevenir descompensaciones agudas. Esta dimensión conductual abarca desde la correcta administración de medicamentos en horarios establecidos hasta la regulación de patrones alimentarios y la realización sistemática de ejercicios de bajo impacto. La solidez de esta ejecución depende directamente del grado de internalización de las

recomendaciones clínicas, así como de la capacidad para organizar rutinas que integren estos comportamientos sin generar sobrecarga psicosocial.⁵

Esta alianza terapéutica mejora la eficiencia del sistema sanitario, pues reduce consultas innecesarias y previene complicaciones que demandarían hospitalización prolongada. La consolidación de estas prácticas requiere estrategias educativas longitudinales, donde cada encuentro clínico refuerce comportamientos previos e introduzca nuevos desafíos adaptados a la capacidad funcional del adulto mayor ⁷.

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Naranjo ⁸ refiere que, la teoría propuesta por Dorothea Orem, en el año 1969; es una actividad aprendida y desempeñada por el individuo, que dota de conocimientos y habilidades para alcanzar un objetivo en particular, mejorar su estado de salud. Argumenta que, en ciertas ocasiones, esta adaptación no se logra, necesitando de la operación e intervención del profesional de enfermería como ayuda para anteponerse a esta situación. Se sustenta en la premisa de que la persona desde un inicio debe ser consciente sobre su estado, y ver cuáles son los limitantes de ese desinterés y falta de compromiso, para así comprender que acciones tomar para fortalecer esas debilidades.

Prado et al ⁹ manifiesta que, Dorothea Orem sustenta su teoría en base a la persona, salud, enfermería y entorno. De manera que el individuo es un ser biológico que cuenta con la capacidad de emplear el razonamiento buscando bienestar físico, estructural y funcional. En su teoría, la enfermera solo será un apoyo al individuo, para mantener ese equilibrio en su salud, pudiendo tomar en cuenta los factores que la benefician o la perjudican.

Navarro y Castro ¹⁰, refiere que existen 3 tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, se da cuando el paciente es incapaz de ejercer su propio cuidado y la enfermera tiene que satisfacer todas sus necesidades. Por otro lado, en el parcialmente compensador, la enfermera solo actúa de apoyo, y en el sistema de apoyo educativo es el enfoque ideal que permite modificar modos de vida, mejora sus conocimientos y habilidades en el cuidado para una buena toma de decisiones con respecto a su salud.

1.2. Descripción de la realidad problemática

La hipertensión arterial (HTA) se configura como uno de los principales desafíos para la salud pública a nivel mundial, siendo reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la causa principal de muertes prematuras y discapacidad asociada a enfermedades cardiovasculares ¹¹. Diversos informes internacionales han señalado que, en las últimas décadas, la prevalencia de esta condición ha aumentado de manera sostenida, afectando especialmente a países de ingresos bajos y medios, donde el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno sigue siendo limitado. Por ejemplo, la OMS estimó que, para 2023, aproximadamente 1280 millones de adultos en el mundo viven con hipertensión, y cerca de la mitad de ellos desconocen su condición, lo que incrementa el riesgo de complicaciones graves como infartos o accidentes cerebrovasculares ⁴.

Siguiendo esta línea, a escala internacional, el ente rector de la salud mundial ha informado que la gravedad de la HTA es más relevante en países con ingresos bajos y medianos ¹², afectando al 26% de pacientes entre los 20 y 69 años, y aumentando al 50% en adultos mayores de 50 años ¹³. Sumado a ello, cerca del 40% de la población hipertensa mundial recibe tratamiento, pero la mayoría desconoce que padece la enfermedad, y solo el 13% mantiene cuidados adecuados ¹⁴. En España, por ejemplo, el 60% de los adultos mayores de 60 años tiene HTA, cifra que asciende a más de 10 millones de personas ¹⁵.

Por su parte, la OMS calculó en 2023 que en las Américas esta enfermedad afecta aproximadamente a 250 millones de individuos; además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indicó que la escasez de información y las malas prácticas de autocuidado se asocian directamente a las complicaciones de esta enfermedad¹³. Asimismo, la OMS informó que, en naciones sudamericanas como Brasil, Chile, Colombia y Argentina, cerca del 35% de su población adulta mayor sufre de HTA, cuya causa principal es la falta de conocimientos sobre los factores de riesgo asociados ⁶.

En el contexto nacional, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reporta que la hipertensión arterial afecta al 48,6% de las personas mayores de 60 años, con mayor incidencia en regiones como Lima, Piura, Tumbes y Loreto, donde esta condición impacta a más del 19% de este grupo etario. Por su parte, el Ministerio de Salud (MINSA) estima que aproximadamente 1,5 millones de peruanos padecen hipertensión, cifra que refleja la magnitud real del problema. Asimismo, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en Tacna la prevalencia alcanza al menos el 41% de la población adulta, siendo el desconocimiento sobre esta condición el principal factor que agrava su impacto en la salud pública ¹⁶.

Del mismo modo, una investigación efectuada en Lima referente al grado de saber acerca de la presión arterial alta con 200 individuos de un centro asistencial, este fue bajo en un 52.5% debido al desconocimiento de la patología; mientras que, en Trujillo, la situación fue similar, dado que el 78.2% de los pacientes reflejaron tener regulares prácticas de autocuidado, pero el 9% sus

prácticas de autocuidado fueron malas. En Tarapoto, el 70.2% de los pacientes hipertensos tenía regulares conocimientos y el 29.8% no tenía información ¹⁷.

En el contexto regional, la carencia de conocimiento al igual que el inadecuado estilo de vida, han sido dos factores que han incidido en las complicaciones asociadas con la HTA. Sumado a ello en el establecimiento de salud Los Aquijes se documentó que el incumplimiento del tratamiento también ha sido otro factor incidente en la enfermedad, siendo esta situación más notoria en los adultos mayores, dado que la mayoría de estos carece de los recursos económicos necesarios ¹⁸.

En las instalaciones del Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, se advierte un escenario donde el manejo de condiciones crónicas presenta brechas notables. Respecto al conocimiento sobre autocuidado, se observan vacíos en la comprensión de pautas preventivas y señales de alerta, limitando la capacidad de decisión diaria. De manera paralela, la práctica de autocuidado muestra irregularidades en la adherencia a rutinas farmacológicas y modificaciones dietéticas, generando un funcionamiento discontinuo. Ambos aspectos operan sin integración, manteniendo un contexto asistencial que demanda revisión.

La falta de comprensión de las indicaciones médicas, sumada a la dificultad para conseguir los medicamentos y la falta de una educación sanitaria continua, provoca que los pacientes no cumplan con su tratamiento de manera constante. Esta situación origina variaciones frecuentes en la presión arterial, un mayor número de ingresos a emergencias y un deterioro progresivo de la salud general, lo que obliga a los profesionales a realizar un seguimiento clínico más riguroso durante las consultas externas.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025?

Problemas específicos

¿Cuáles son las características demográficas del paciente adulto mayor con hipertensión arterial atendidos en el Programa del adulto mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica-2025?

¿Cuál es la relación entre la dimensión conocimiento sobre alimentación y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025?

¿Cuál es la relación entre la dimensión conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025?

¿Cuál es la relación entre la dimensión conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025?

¿Cuál es la relación entre la dimensión conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025?

¿Cuál es la relación entre la dimensión conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025?

1.3. Antecedentes del problema de investigación

Antecedentes a nivel internacional

Lucero ¹⁹ realizó la publicación de un estudio, donde se estableció como objetivo identificar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y su incidencia en el autocuidado en los adultos mayores. El estudio realizado es cuantitativo, correlacional, donde se seleccionó una muestra de 60 pacientes adultos mayores. **Resultados:** Se obtuvo que el 11.7% con nivel de conocimiento bajo no tuvieron capacidad de autocuidado, el 23.3% tenía un nivel de conocimiento medio y un nivel parcialmente adecuado de autocuidado y el 21.7% nivel de conocimiento alto y prácticas de autocuidado adecuado. Así se concluyó que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y el autocuidado cuyo valor fue de $p = 0,000$.

Sari et al ²⁰ realizó la publicación de su artículo que tuvo como objetivo identificar las conductas de autocuidado entre pacientes con hipertensión en función de sus conocimientos. El estudio ejecutado fue con enfoque descriptivo y correlacional, en el que se seleccionó a 115 participantes para la aplicación de los instrumentos de ambas variables. **Resultados:** El 52,5% tuvo un nivel de conocimiento adecuado con un autocuidado favorable, mientras que un 63% tenía un nivel de conocimiento inadecuado con autocuidado desfavorables. Finalmente se concluyó que en el estudio no se halló una asociación significativa entre ambas variables. ($p = 0,999$; $r = 0,155$).

Jones et al ²¹ se enfocaron en analizar la asociación entre las prácticas de autocuidado y el conocimiento y la actitud entre los pacientes hipertensos. Se utilizó un diseño transversal analítico y correlacional. Se seleccionó a 200 participantes y se utilizó un cuestionario estructurado autoadministrado para la recopilación de datos. **Resultados:** El 23% obtuvo altos niveles de conocimiento con un buen autocuidado, por el contrario, el 97,7% presentó niveles bajos de conocimiento con un pobre autocuidado. Concluyéndose que existe una asociación entre las prácticas de autocuidado y niveles de conocimiento, cuyo valor fue $p = 0,017$.

Antecedentes a nivel nacional

Albán ²² analizó el conocimiento y el vínculo frente a los hábitos de autoatención en personas hipertensas. Empleó un enfoque correlacional, de corte transversal y cuantitativo, utilizó un instrumento administrado a 90 participantes. **Resultados:** Se halló que un 100% presentaron un nivel alto de conocimiento y práctica de autocuidado adecuada. Asimismo, el 87,5% tuvo un nivel de conocimiento medio y nivel adecuado de autocuidado. Sin embargo, aquellos que alcanzaron un nivel de conocimiento bajo equivalente al 100%, demostraron prácticas de autocuidado inadecuadas. Se determinó en su conclusión que, las variables alcanzaron un vínculo positivo, con un valor $p = 0.000$.

García y Ynga ²³ buscaron estudiar el conocimiento y su asociación con el autocuidado en paciente hipertensos. Trabajaron una metodología correlacional, transversal, cuantitativa y emplearon un instrumento de recolección de datos en 115 enfermos. **Resultados:** Al respecto, los datos obtenidos indicaron que, en el grado de conocimiento, el 3% es bajo con un autocuidado eficiente, el 10% es medio con autocuidado eficiente, y el 71% es alto con un autocuidado eficiente. Estableció al finalizar el estudio la existencia de una relación entre las variables, con un valor $p < 0.05$ y una $Rho = 0.949$.

Supanta y Paz ⁵ se enfocaron en analizar el conocimiento de Hipertensión arterial, así como su vínculo con la autoatención en ancianos. Utilizaron un enfoque correlacional y cuantitativo, aplicando un instrumento en 60 sujetos. **Resultados:** Los datos obtenidos evidenciaron que, en el nivel de conocimiento de HTA, el 78.3% es adecuado con un alto nivel de autocuidado, mientras que el 1,7% presentó conocimientos inadecuados con un nivel medio de autocuidado. Establecieron al finalizar, que las variables no se asocian, con un valor $p > 0.05$.

Reyes ²⁴ realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en los pacientes hipertensos. La metodología fue de enfoque cuantitativo, correlacional, de corte transversal, cuya muestra fue de 60 adultos. **Resultados:** El 6.7% tuvo nivel de conocimiento bajo y practicas inadecuadas de autocuidado, el 33.3% tenía nivel de conocimiento medio y practicas adecuadas de autocuidado y el 25% nivel de conocimiento alto y practica adecuadas de autocuidado. Se concluyó que las variables se asocian con un valor $p = 0.025$.

Sirlopu ²⁵ realizó una investigación que tuvo como objetivo estudiar la relación entre el conocimiento y la práctica del autocuidado en adultos hipertensos. Utilizo un enfoque cuantitativo, correlacional, empleando un instrumento en 72 adultos. **Resultados:** El 55% tuvo nivel de conocimiento bajo y prácticas de autocuidado bajo, el 50% tenía nivel de conocimiento alto y prácticas de autocuidado medio y el 16.7% nivel de conocimiento alto y practica de

autocuidado alto. Concluyendo que existe una relación significativa entre variables, con un valor $p = 0.012$.

Acho ²⁶ realizó la publicación de una investigación el cual tuvo como objetivo determinar la asociación entre el conocimiento y autocuidado del paciente hipertenso. Se empleó un enfoque cuantitativo, de corte transversal y correlacional, aplicando un instrumento en 112 pacientes con diagnóstico de Hipertensión. **Resultados:** El 47.8% de los pacientes con un adecuado nivel de conocimiento presentó adecuado autocuidado y el 73.33 % con inadecuado nivel de conocimiento un inadecuado autocuidado, concluyendo así una relación estadísticamente significativa con un valor $p = 0.025$.

Antecedentes a nivel local

Yataco ²⁷ realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Se aplicó un enfoque cuantitativo, con diseño correlacional y transversal, con una muestra de 152 pacientes. Se utilizó dos instrumentos para evaluar ambas variables. Resultados: el 27% tuvo un nivel de conocimiento bajo y prácticas de autocuidado moderada, el 30.3% nivel de autocuidado moderado y prácticas de autocuidado altas, y el 5.9% nivel alto de conocimiento y prácticas de autocuidado alto. Como conclusión se evidenció una asociación significativa entre ambas variables con un valor $p = 0,003$.

1.4. Justificación de la investigación

El **beneficio social** del análisis se reflejó en la promoción de ambientes seguros donde los adultos mayores reciben orientación constante sobre rutinas preventivas y cuidados básicos durante el periodo vigente. En tal sentido, el conocimiento y práctica de autocuidado fortalece los lazos comunitarios al permitir que las familias compartan estrategias preventivas y mantengan una vigilancia continua del estado general de manera permanente. Por consiguiente, la evidencia generada impulsó la creación de grupos de apoyo mutuo que sostienen hábitos saludables y optimizan la calidad de vida diaria durante las interacciones familiares regulares y constantes.

La utilidad **práctica** concreta para los participantes se observó en la adaptación de rutinas diarias que facilitan el manejo de condiciones crónicas y fomentan la autonomía durante el ciclo de atención actual. De esta manera, el conocimiento y práctica de autocuidado orientan la toma de decisiones individuales al ofrecer lineamientos claros sobre alimentación, descanso y seguimiento farmacológico en el entorno cotidiano de forma constante. Asimismo, la aplicación de dichos criterios favorece la consolidación de hábitos preventivos que reducen la vulnerabilidad ante episodios agudos y garantizan una recuperación progresiva en las actividades regulares del entorno familiar.

El **aporte al conocimiento** especializado se consolidó mediante la revisión exhaustiva de referentes académicos que fundamentan los protocolos asistenciales vigentes y enriquecen los

marcos de referencia actuales en la disciplina contemporánea. Bajo esta perspectiva, el conocimiento y práctica de autocuidado validan los postulados existentes al integrar datos clínicos relevantes que confirman la utilidad de los modelos teóricos propuestos previamente por especialistas en salud. En concordancia, el fenómeno estudiado amplió la comprensión de los procesos preventivos al ofrecer nuevas vías para actualizar la literatura académica y sustentar futuras líneas de discusión científica especializada en revistas indexadas.

La precisión **metodológica** del diseño seleccionado y el instrumento garantizó la recolección sistemática de respuestas estructuradas que permiten medir conductas específicas y registrar tendencias conductuales durante la fase de campo planificada. En tal sentido, el conocimiento y práctica de autocuidado se registran mediante ítems estandarizados que capturan la frecuencia de acciones preventivas y validan la consistencia de los datos obtenidos de forma rigurosa. De esta manera, el enfoque metodológico seleccionado sostiene la replicabilidad de los procedimientos en entornos similares y favorece la comparación de resultados con investigaciones previas de manera objetiva y sistemática.

La oportunidad de aplicación del conocimiento se confirmó al integrar directrices clínicas actualizadas que orientan las decisiones profesionales y optimizan la atención sanitaria brindada durante el periodo correspondiente en centros de salud. Conforme a esto, el conocimiento y práctica de autocuidado proporcionan herramientas valiosas a los equipos asistenciales para diseñar intervenciones educativas precisas y fortalecer la adherencia a los tratamientos prescritos por médicos especialistas. Por consiguiente, el tema abordado facilitó la elaboración de guías institucionales actualizadas que promueven la estandarización de protocolos y elevan los estándares de calidad en la atención diaria de pacientes crónicos.

1.5. Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

HA: Existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

HO: No existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

Hipótesis específicas

HA1: Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre alimentación y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

HO1: No Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre alimentación y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

HA2: Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025.

HO2: No Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025.

HA3: Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

HO3: No Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

HA4: Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

HO4 No Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

HA5: Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

HO5: No Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

1.6. Variables de la investigación

Variable 1

Conocimiento

Variable 2

Práctica de autocuidado

1.7. Objetivos de investigación

Objetivo general

Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

Objetivos específicos

Determinar las características demográficas del paciente adulto mayor con hipertensión arterial atendidos en el programa del adulto mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica- 2025

Establecer la relación entre la dimensión conocimiento sobre alimentación y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

Establecer la relación entre la dimensión conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

Establecer la relación entre la dimensión conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

Establecer la relación entre la dimensión conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

Establecer la relación entre la dimensión conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

La investigación se estructuró en apartados que describieron, de manera ordenada y secuencial, las distintas fases del proceso. Dentro del ítem I se indicaron las razones que respaldaron el proyecto, la problemática identificada y los objetivos que marcaron el rumbo de la búsqueda. El ítem II expuso el enfoque metodológico, donde se detallaron la estructura planteada, el grupo de participantes elegido, los instrumentos utilizados para recabar información y las normas de ética que se respetaron. El ítem III reflejó la información recopilada junto con el procesamiento numérico efectuado para comprobar las hipótesis. En el ítem IV se presenta la discusión de los resultados de la investigación. Los ítems V, VI, VII y VIII están referidos a las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos respectivamente.

II. Estrategia metodológica

2.1. Enfoque de investigación

El enfoque considerado llegó a ser el cuantitativo, estableciendo una serie de hechos perceptibles por medio de los participantes considerados, con la finalidad de que estos puedan aportar a responder a los objetivos, con lo que se sustenta como parte de lo dicho que se requiere de hacer uso de la estadística para demostrar tendencias entre cada uno de los planteamientos expuestos.

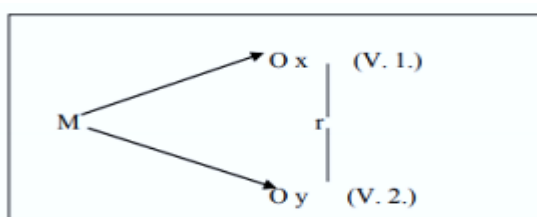
2.2. Tipo de investigación

La investigación de tipo básica dejó en evidencia clara la conformación de una arquitectura conceptual que pueda entender la trayectoria de indagación de las variables de estudio, en donde justifican que dicho análisis plantea que se pueda realizar una valoración integral como parte del procedimiento de investigación, de acuerdo con el análisis y el soporte que el conocimiento científico requiere para generar conocimiento.

2.3. Nivel de investigación

El nivel manifestado fue el descriptivo correlacional, porque demuestra la relación entre las dos variables de estudio.

Figura 1. Diagrama de correlación



Donde:

M = Muestra

O x = Variable 1

O y =Variable 2

r = Relación entre variable

2.4. Diseño de investigación

De acuerdo con un diseño no experimental, se evitó todo tipo de manipulación externa como parte del protocolo de investigación.

2.5. Población y muestra de la investigación

Población de estudio

La población estuvo conformada por un total de 200 pacientes adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial y que recibían tratamiento en el programa de adulto mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de Ica.

Muestra de estudio

La muestra fue calculada utilizando la fórmula para poblaciones finitas y estuvo integrada por 132 pacientes adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial y que recibían tratamiento en el programa del adulto mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de Ica.

$$n = (N \times Z^2 \times p \times q) / [d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q]$$

N=población total = 200

Z α =Nivel de confianza del 95% = 1.96

p=proporción esperada= 50% = 0.5

q = 1 - p = 1 - 0.5 = 0.5

d = margen de error o de precisión = 5% = 0.05

n = muestra = 132

Muestreo

El muestreo utilizado fue aleatorio simple.

Criterios de inclusión

Los pacientes adultos mayores con HTA que asistían regularmente al programa de hipertensión arterial.

Las personas mayores con hipertensión que residen en Ica.

Los pacientes mayores de sexo masculino y femenino que aceptaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Los pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo avanzado.

Los adultos mayores hipertensos que suspendieron tratamiento médico.

Los usuarios adultos mayores que ingresaron recientemente al programa.

2.6. Técnicas de recolección de datos

La técnica empleada fue la encuesta, mediante la cual se aplicaron dos cuestionarios a los pacientes adultos mayores del programa hospitalario. El investigador se acercó a cada participante de manera individual, explicó los objetivos del estudio y solicitó su consentimiento informado. Posteriormente, entregó los instrumentos y brindó las aclaraciones necesarias durante el llenado, resolviendo dudas sobre las preguntas formuladas. Este proceso se realizó en un ambiente privado del establecimiento de salud, garantizando la confidencialidad de las respuestas. La aplicación de los cuestionarios tuvo una duración aproximada de veinte minutos por participante, registrándose la información de forma sistemática.

2.7. Instrumentos de recolección de datos

Se aplicaron dos instrumentos, el primero fue utilizado para recolectar información sobre la variable conocimientos y el segundo para evaluar el autocuidado.

Variable 1: Conocimiento

El cuestionario para medir la variable de “conocimiento” fue diseñado originalmente por Mansilla²⁸, en el año 2022, contando con un total de 12 preguntas, haciéndose uso de la escala dicotómica de respuesta, con respuesta correcta de 1 punto y respuesta incorrecta de 0 puntos. Cuenta con validación por juicio de expertos y una confiabilidad aceptable de 0.8, lo que indicaría una buena consistencia interna. Su estructura cuenta con 12 ítems distribuidos en sus dimensiones: Conocimiento sobre alimentación (2 ítems), actividad física (3 ítems), hábitos nocivos (3 ítems), adherencia farmacológica (3 ítems) y conocimiento sobre manejo del estrés (1 ítem). Mientras que, los rangos fueron: conocimiento alto (7 – 12 puntos) y conocimiento bajo (0 a 6 puntos).

Variable 2: Práctica de autocuidado

El cuestionario de la variable de “autocuidado” diseñado por Gil ²⁹, en el año 2025, contando con un total de 18 preguntas, escala nominal, de respuesta tipo dicotómica utilizado para la valoración de los datos, en donde estos quedaron distribuidos en las siguientes dimensiones: Control de peso: Preguntas 1 y 2 (2 ítems), Hábitos alimenticios: Preguntas de la 3 a la 8 (6 ítems), Hábitos nocivos: Preguntas de la 9 a la 12 (4 ítems), Control y tratamiento: Preguntas de la 13 a la 18 (6 ítems). Además, los baremos quedarán fundamentados del siguiente modo: Inadecuado: 0 a 9 puntos, Adecuado: 10 a 18 puntos. Cuenta con una validación por jueces de expertos y una confiabilidad por Alfa de Cronbach de 0.88 categorizado como un instrumento excelente con una alta consistencia interna.

La estructura organizada de ambos cuestionarios, el empleo de un lenguaje claro y comprensible, así como el uso de preguntas cerradas y de fácil aplicación, favorecieron la obtención de información precisa y consistente. Estas características han contribuido a optimizar el proceso de recolección y a garantizar la calidad de los hallazgos.

2.8. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de resultados

La información recolectada se organizó mediante Microsoft Excel (en su última actualización) y el software SPSS versión 26.00, programas con los cuales se asignaron identificadores numéricos, se dispusieron los contenidos en matrices y se ordenó de manera correcta cada uno de los documentos reunidos. Durante la fase de descripción inicial, se calcularon las cantidades totales y sus respectivas proporciones para resumir las variables analizadas, presentando estos resultados en tablas e ilustraciones visuales según convenga. Para comprobar las relaciones entre las dos variables estudiadas, se aplicó el Chi cuadrado. Se estableció como límite de significación estadística el valor de $p < 0.05$, parámetro que sirvió para confirmar o rechazar la hipótesis formulada al comienzo del estudio.

2.9. Aspectos éticos

El trabajo se ajustó a las normas establecidas en la Declaración de Helsinki ³⁰ y el informe Belmont. El estudio se rigió por los principios éticos fundamentales de investigación en seres humanos.

El principio de autonomía, se respetó a través de la libertad de decisión de los participantes, pidiendo su autorización por escrito antes de comenzar el estudio mediante el consentimiento informado, asimismo se garantizó su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin perjuicio alguno, y se les informó sobre el uso exclusivo de sus datos para fines académicos.

Con respecto al principio de beneficencia, el estudio no otorgo beneficios directos y de manera inmediata, sino de manera indirecta al producir conocimientos que ayudará a la elaboración de estrategias sanitarias enfocadas a mejorar los servicios de salud.

El principio de no maleficencia, se protegerá a los sujetos evitando que el proceso de recolección de datos les provoque daños corporales o psicológicos.

El principio de justicia, se veló que todos los participantes cumplieron con los criterios de inclusión y que tuvieran la misma probabilidad de participar seleccionando una muestra representativa, sin discriminar por género, procedencia cultural, condición económica o ideología.

Dado que se trabajó con adultos mayores, considerados población vulnerable, se les explicó de manera clara los beneficios y riesgos de su participación. Se aseguró en todo momento su dignidad, bienestar y respeto durante el proceso de recolección de la información.

Además, se mantuvo la confidencialidad de los datos mediante la asignación de números identificativos a cada participante, medida que solo se implementó una vez recibida la autorización del Comité de Ética Institucional de salud, representado en el Anexo 11.

III. Resultados

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del adulto mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica-2025

		f	%
Sexo	Femenino	59	44.70%
	Masculino	73	55.30%
	Total	132	100.0%
Estado civil	Casado	39	29.55%
	Soltero	47	35.61%
	Conviviente	46	34.85%
	Total	132	100.0%
Nivel académico	Secundaria completa	56	42.42%
	Técnico superior	31	23.48%
	Universitario	45	34.09%
	Total	132	100.0%
Edad	60 a 69 años	68	51.52%
	70 a 79 años	47	35.60%
	80 a más años	17	12.88%
	Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

En la tabla 1 se observa que el grupo etario predominante fue el de 60 a 69 años con 68 participantes (51.52%), seguido por el rango de 70 a 79 años con 47 participantes (35.60%) y 80 a más años con 17 participantes (12.88%). Respecto al sexo, predominó el masculino con 55.30% (73 participantes), mientras que el femenino representó el 44.70% (59 participantes). En cuanto al estado civil, la categoría más frecuente fue soltero (35.61%), seguido de conviviente (34.85%) y casado (29.55%). Sobre el nivel académico, la mayoría completó secundaria (42.42%), seguido de universitario (34.09%) y técnico superior (23.48%). Estos resultados evidenciaron que los adultos mayores hipertensos del programa hospitalario poseen predominantemente educación básica, lo cual podría influir en su nivel de conocimiento sobre autocuidado y adherencia al tratamiento farmacológico.

Tabla 2. Relación entre el conocimiento y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

			Práctica de autocuidado			P valor / Chi cuadrado
			Inadecuado	Adecuado	Total	
Conocimiento	Conocimiento bajo	F	63	18	81	P = 0.000 X ² = 25.90
		%	47.70%	13.60%	61.40%	
	Conocimiento alto	F	17	34	51	
		%	12.90%	25.80%	38.60%	
	Total	F	80	52	132	
			%	60.60%	39.40%	100.00%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

En la tabla 2 se evidencia que el 47.70% de los participantes combinó conocimiento bajo con práctica inadecuada, mientras que el 25.80% mostró conocimiento alto junto a práctica adecuada. Estos hallazgos evidenciaron que los adultos mayores con mayor dominio conceptual tendieron a desarrollar conductas más favorables para su cuidado. Tal patrón sugirió la relevancia de fortalecer las estrategias educativas, ya que el entendimiento adecuado podría influir positivamente en la adopción de prácticas saludables para el manejo de su condición en el contexto asistencial.

Contrastación de la hipótesis general

HA: Existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

HO: No existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

Al contrastar la relación entre el conocimiento y la práctica de autocuidado, se identificó una asociación estadísticamente significativa con un valor de Chi cuadrado de 25.90 y una significancia de 0.000, por lo que se rechaza la hipótesis nula (HO) y se acepta la Hipótesis Alternativa (HA).

Tabla 3. Relación entre la dimensión conocimiento sobre alimentación y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

			Práctica de autocuidado			P valor / Chi cuadrado
			Inadecuado	Adecuado	Total	
Conocimiento sobre alimentación	Conocimiento bajo	f	68	25	93	P = 0.000 X ² = 20.60
		%	51.50%	18.90%	70.50%	
	Conocimiento alto	f	12	27	39	
		%	9.10%	20.50%	29.50%	
	Total	f	80	52	132	
			%	60.60%	39.40%	100.00%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

En la tabla 3, apreciamos que el 51.50% de los adultos mayores presentó conocimiento bajo junto a práctica inadecuada, en tanto que el 20.50% combinó conocimiento alto con práctica adecuada. Estos resultados indicaron que el dominio nutricional se vinculó con conductas más favorables para el cuidado de la salud. Tal tendencia resaltó la importancia de promover educación alimentaria, ya que un mejor entendimiento podría facilitar la adopción de hábitos que contribuyan al manejo integral de su condición en el entorno asistencial donde fueron atendidos.

Contrastación de la hipótesis específica 1

HA1: Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre alimentación y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

HO1: No Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre alimentación y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

Respecto a la relación entre el conocimiento sobre alimentación y la práctica de autocuidado, se encontró una asociación significativa con Chi cuadrado de 20.60 y significancia de 0.000, por lo que se rechaza la hipótesis nula (HO1) y se acepta la Hipótesis Alternativa (HA1).

Tabla 4. Relación entre la dimensión conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

			Práctica de autocuidado			P valor / Chi cuadrado
			Inadecuado	Adecuado	Total	
Conocimiento sobre actividad física	Conocimiento	f	62	14	76	P = 0.000 X ² = 33.00
	bajo	%	47.00%	10.60%	57.60%	
	Conocimiento	f	18	38	56	
	alto	%	13.60%	28.80%	42.40%	
	Total	f	80	52	132	
			%	60.60%	39.40%	100.00%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

En la tabla 4 se observa que el 47.00% de los participantes combinó conocimiento bajo con práctica inadecuada, mientras que el 28.80% mostró conocimiento alto junto a práctica adecuada. Estos hallazgos evidenciaron que el dominio sobre ejercicios beneficiosos se asoció con conductas más favorables para el cuidado de la salud. Tal patrón sugirió la conveniencia de fortalecer la orientación sobre actividad física, ya que un mayor entendimiento podría promover rutinas que contribuyan al manejo integral de su condición en el contexto asistencial.

Contrastación de la hipótesis específica 2

HA2: Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025.

HO2: No Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025.

En la contrastación entre el conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado, se registró una relación estadísticamente significativa con Chi cuadrado de 33.00 y significancia de 0.000, por lo que se rechaza la hipótesis nula (HO2) y se acepta la Hipótesis Alternativa (HA2).

Tabla 5. Relación entre la dimensión conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

			Práctica de autocuidado			P valor / Chi cuadrado
			Inadecuado	Adecuado	Total	
Conocimiento sobre hábitos nocivos	Conocimiento bajo	f	63	16	79	P = 0.000 X ² = 30.20
		%	47.70%	12.10%	59.80%	
	Conocimiento alto	f	17	36	53	
		%	12.90%	27.30%	40.20%	
	Total	f	80	52	132	
			%	60.60%	39.40%	100.00%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

En la tabla 5 se observa que el 47.70% de los adultos mayores presentó conocimiento bajo junto a práctica inadecuada, en tanto que el 27.30% combinó conocimiento alto con práctica adecuada. Estos resultados indicaron que el entendimiento sobre factores de riesgo se vinculó con conductas más favorables para el cuidado de la salud. Tal tendencia resaltó la importancia de promover educación sobre hábitos perjudiciales, ya que un mejor dominio podría facilitar la adopción de estilos de vida que contribuyan al manejo integral de su condición en el entorno asistencial.

Contrastación de la hipótesis específica 3

HA3: Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

HO3: No Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

Al analizar la relación entre el conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado, se identificó una asociación significativa con Chi cuadrado de 30.20 y significancia de 0.000, por lo que se rechaza la hipótesis nula (HO3) y se acepta la Hipótesis Alternativa (HA3).

Tabla 6. Relación entre la dimensión conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

			Práctica de autocuidado			P valor / Chi cuadrado
			Inadecuado	Adecuado	Total	
Conocimiento sobre adherencia farmacológica	Conocimiento	f	58	21	79	P = 0.000 X ² = 13.50
	bajo	%	43.90%	15.90%	59.80%	
	Conocimiento	f	22	31	53	
	alto	%	16.70%	23.50%	40.20%	
	Total	f	80	52	132	
			%	60.60%	39.40%	100.00%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

En la tabla 6 se destaca que el 43.90% de los participantes combinó conocimiento bajo con práctica inadecuada, mientras que el 23.50% mostró conocimiento alto junto a práctica adecuada. Estos hallazgos evidenciaron que el dominio sobre el uso correcto de medicamentos se asoció con conductas más favorables para el cuidado de la salud. Tal patrón sugirió la conveniencia de reforzar la orientación terapéutica, ya que un mayor entendimiento podría promover una adherencia más consciente que contribuya al manejo integral de su condición en el contexto asistencial.

Contrastación de la hipótesis específica 4

HA4: Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

HO4: No Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

Respecto a la relación entre el conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado, se encontró una asociación estadísticamente significativa con Chi cuadrado de 13.50 y significancia de 0.000, por lo que se rechaza la hipótesis nula (HO4) y se acepta la Hipótesis Alternativa (HA4).

Tabla 7. Relación entre la dimensión conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

			Práctica de autocuidado			P valor / Chi cuadrado
			Inadecuado	Adecuado	Total	
Conocimiento sobre manejo del estrés	Conocimiento bajo	f	53	18	71	P = 0.000 X ² = 12.70
		%	40.20%	13.60%	53.80%	
	Conocimiento alto	f	27	34	61	
		%	20.50%	25.80	46.20%	
	Total	f	80	52	132	
			%	60.60%	39.40%	100.00%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

En la tabla 7 sobresale que el 40.20% de los adultos mayores presentó conocimiento bajo junto a práctica inadecuada, en tanto que el 25.80% combinó conocimiento alto con práctica adecuada. Estos resultados indicaron que el entendimiento sobre estrategias de relajación se vinculó con conductas más favorables para el cuidado de la salud. Tal tendencia resaltó la importancia de promover educación emocional, ya que un mejor dominio podría facilitar la adopción de técnicas que contribuyan al manejo integral de su condición en el entorno asistencial.

Contrastación de la hipótesis específica 5

HA5: Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

HO5: No Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

En la contrastación entre el conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado, se registró una relación estadísticamente significativa con Chi cuadrado de 12.70 y significancia de 0.000, por lo que se rechaza la hipótesis nula (HO5) y se acepta la Hipótesis Alternativa (HA5).

IV. Discusión

Los resultados del **objetivo general** validan una relación clara entre el conocimiento y la práctica de autocuidado, respaldada por un Chi-cuadrado de 25.90 y $p=0.000$. El 61.4% con escaso saber presentó un 47.70% de acciones deficientes, mientras el 38.6% con mayor dominio alcanzó un 25.80% de rutinas apropiadas, confirmando que el saber orienta la ejecución preventiva.

De manera análoga, Lucero ¹⁹, ha mostrado que el 21.7% de los adultos mayores con nivel de conocimiento alto logró prácticas de autocuidado adecuado, mientras que el 11.7% con conocimiento bajo no tuvo capacidad de autocuidado, estableciendo una relación significativa con $p=0.000$. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos en el presente estudio, donde el conocimiento se asoció directamente con las prácticas de cuidado.

En consonancia con lo expuesto, Sari et al. ²⁰, reportaron que el 52.5% de los pacientes con conocimiento adecuado presentó autocuidado favorable, mientras que el 63% con conocimiento inadecuado mostró prácticas desfavorables, aunque sin alcanzar significancia estadística ($p=0.999$). Esta discrepancia sugiere que, si bien el conocimiento es un factor importante, otros elementos como el apoyo social o la accesibilidad a servicios podrían mediar en la relación entre el saber y la acción.

La distancia entre lo aprendido y lo ejecutado diariamente suele surgir por limitaciones propias del envejecimiento, como el desgaste cognitivo o la falta de refuerzo constante. Cuando las orientaciones no se adaptan al entorno familiar ni se practican de manera repetitiva, la capacidad para sostener rutinas preventivas se fragmenta, generando un desajuste progresivo en el seguimiento terapéutico y comprometiendo la estabilidad general del paciente.

Por consiguiente, la dinámica entre lo comprendido y lo aplicado revela que la asimilación pasiva de indicaciones no garantiza su puesta en marcha, pues la vida cotidiana exige adaptación constante. Al respecto, Jones et al. ²¹, indican que la comprensión teórica funciona como base estructural, permitiendo a la persona reconocer signos de alerta y organizar respuestas preventivas de forma consciente. Del mismo modo, Albán ²², subraya que la ejecución sostenida requiere un entorno favorable, donde el apoyo familiar y la accesibilidad a insumos fortalecen la continuidad de los hábitos saludables. La teoría de Dorothea Orem, formulada en 1969, concibe el autocuidado como una competencia adquirida que faculta al individuo para gestionar su propia salud, aunque en ocasiones la persona no logra adaptarse adecuadamente y requiere la intervención del profesional de enfermería para superar esta situación ⁸.

En relación con las características demográficas identificadas (**Objetivo específico 1**), se observó que el grupo etario predominante fue el de 60 a 69 años con 51.52%, seguido por el rango de 70 a 79 años con 35.60% y 80 a más años con 12.88%. Respecto al sexo, predominó el masculino con 55.30%, mientras que el femenino representó el 44.70%. En cuanto al estado civil, la categoría más frecuente fue soltero (35.61%), seguido de conviviente (34.85%) y casado

(29.55%). Sobre el nivel académico, la mayoría completó secundaria (42.42%), seguido de universitario (34.09%) y técnico superior (23.48%).

Estos hallazgos guardan similitud con lo reportado por Albán ²², quien encontró que el 71.1% de los participantes presentó nivel de conocimiento medio y el 11.1% nivel bajo, predominando el nivel educativo secundario. La predominancia del sexo masculino en la población estudiada coincide con lo observado por Reyes ¹⁷, quien reportó que el 54% de los participantes fueron varones.

De manera comparable, Sirlopu ²⁵, reportó que el 55% de los participantes tuvo nivel de conocimiento bajo asociado a prácticas inadecuadas, lo cual se alinea con los hallazgos del presente estudio donde el nivel educativo secundario predominante limitó la comprensión de información técnica sobre el manejo de la condición.

Respecto al nivel educativo, los resultados coinciden parcialmente con lo señalado por García y Ynga ²³, quienes encontraron que la mayoría de sus participantes tenía educación básica, lo cual limita la comprensión de información técnica sobre el manejo de su condición. La predominancia de educación secundaria en la muestra estudiada sugiere que las estrategias educativas deben adaptarse a este nivel de escolaridad, utilizando lenguaje claro y materiales visuales que faciliten la comprensión de las recomendaciones terapéuticas.

La distribución del estado civil, con predominio de personas solteras y convivientes, difiere de lo esperado en población adulta mayor, donde tradicionalmente se observa mayor proporción de casados o viudos. Esta característica demográfica particular de Ica podría influir en el apoyo social disponible para el manejo de la enfermedad, ya que las personas sin pareja formal podrían tener redes de apoyo diferentes que afecten su adherencia al tratamiento.

Orem sustenta su teoría en los pilares de persona, salud, enfermería y entorno, considerando al individuo como un ser biológico con capacidad de razonamiento para alcanzar bienestar físico, estructural y funcional; en este marco, la enfermera actúa como apoyo para mantener el equilibrio, considerando los factores que benefician o perjudican al paciente ⁹.

De manera complementaria en el **objetivo específico 2**, se confirma que el conocimiento sobre alimentación se relaciona con la práctica de autocuidado (Chi-cuadrado 20.60, p 0.000). El 70.5% posee saberes limitados, y de este grupo, el 51.50% ejecuta acciones inadecuadas, frente a un escaso 20.50% que logra hábitos idóneos, reflejando cómo la desinformación altera el manejo clínico cotidiano.

Asimismo, Supanta y Paz ⁵, han evidenciado que el 98.3% de los participantes posee conocimiento adecuado sobre hipertensión arterial, aunque el 21.7% mantiene un nivel medio de autocuidado, sin lograr establecer una relación significativa ($p>0.05$). Este hallazgo contrasta con el presente estudio, donde sí se encontró asociación, lo que sugiere que el contexto y las características particulares de cada población influyen en la relación entre conocimiento y práctica.

En consecuencia, Reyes ²⁴, ha presentado una evidente similitud, al destacar que el 25% de los pacientes con nivel de conocimiento alto logró prácticas adecuadas de autocuidado, con una asociación significativa ($p=0.025$). Dicha postura coincide con la necesidad de fortalecer espacios educativos donde el paciente interiorice rutinas preventivas, logrando así una adhesión más firme a los lineamientos médicos.

Por otro lado, la capacidad de interiorizar pautas dietéticas determina cómo las personas mayores organizan sus rutinas, generando un ciclo donde la desinformación propicia el descuido progresivo de signos vitales. Al desconocer la selección de ingredientes apropiados, se favorece la retención de líquidos y la sobrecarga vascular, lo que obliga a replantear estrategias de acompañamiento continuo para garantizar que cada individuo asuma su rol activo en la preservación de su bienestar físico.

En primer lugar, la asimilación de guías dietéticas moldea directamente la adherencia terapéutica, pues sin un entendimiento claro de las restricciones culinarias, el individuo tiende a priorizar el gusto sobre la prevención vascular, alterando sus respuestas fisiológicas. De esta manera, García y Ynga ²³, señalan que la nutrición geriátrica funciona como un pilar preventivo que regula la tensión arterial mediante la ingesta controlada de sodio y grasas saturadas, favoreciendo así la estabilidad hemodinámica general del organismo. Por su parte, Albán ²², define el autocuidado como la ejecución consciente de rutinas diarias que empoderan al adulto mayor frente al manejo de su cronicidad, permitiendo una vigilancia constante de los síntomas y una adaptación progresiva al tratamiento prescrito. El modelo de Orem distingue tres sistemas de intervención enfermera: el totalmente compensatorio para pacientes dependientes, el parcialmente compensador que brinda apoyo selectivo, y el de apoyo educativo que fortalece habilidades y permite modificar estilos de vida, mejorando la toma de decisiones del paciente respecto a su salud ¹⁰.

En consecuencia, del **objetivo específico 3**, la relación significativa entre el conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado quedó confirmada mediante un Chi-cuadrado de 33.00 con $p=0.000$. Mientras el 57.6% con escaso dominio mostró un 47.00% de acciones deficientes, el 42.4% con mayor preparación alcanzó un 28.80% de rutinas idóneas, validando que el aprendizaje directriz condiciona la ejecución preventiva.

En sintonía con lo analizado, García y Ynga ²³, han evidenciado que el 83% de los evaluados poseía conocimiento alto y el 85% mantenía prácticas eficientes, con una correlación $Rho=0.949$ ($p<0.05$). Esta coincidencia refuerza la importancia del conocimiento sobre actividad física como determinante de conductas saludables en el adulto mayor hipertenso.

Bajo este mismo enfoque, Acho ²⁶, ha reflejado una alineación notable, puesto que el 47.8% de los pacientes con adecuado nivel de conocimiento presentó adecuado autocuidado, demostrando que incluso con un saber teórico limitado, los pacientes pueden internalizar hábitos beneficiosos cuando reciben orientación práctica y acompañamiento continuo durante las consultas.

Desde una mirada clínica, la separación entre lo comprendido académicamente y lo ejecutado en el día a día suele originarse por barreras articulares y cansancio progresivo. Cuando las recomendaciones no se moldean a las condiciones reales ni se refuerzan con seguimiento cercano, el individuo tiende a abandonar las secuencias de desplazamiento sugeridas. Este desfase continuo compromete la regulación tensional y dificulta el apego a las pautas de mantenimiento establecidas.

Por consiguiente, la conducta observada indica que la instrucción verbal no basta por sí sola, requiriéndose una adaptación práctica constante y supervisión continua. Así, García y Ynga ²³, definen el saber teórico como el cimiento cognitivo que permite al sujeto reconocer alteraciones corporales iniciales, estructurar respuestas preventivas lógicas y ajustar su rutina diaria conforme a sus límites físicos reales, volviendo tangible la información abstracta. En esta línea, Supanta y Paz ⁵, conceptualizan la implementación sostenida como un proceso colaborativo donde el núcleo familiar provee estabilidad emocional constante, los recursos materiales facilitan el uso de insumos básicos y la guía periódica evita recaídas conductuales graves. El enfoque oremiano parte de la premisa de que la persona debe ser consciente de su estado de salud para identificar los limitantes del desinterés y la falta de compromiso, comprendiendo así qué acciones tomar para fortalecer sus debilidades y lograr una adaptación favorable a su condición crónica ¹⁰.

Se comprobó en el **objetivo específico 4** una relación significativa entre el conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado (Chi-cuadrado 30.20, p 0.000). El 59.8% mostró saberes deficientes y el 47.70% conductas inadecuadas, mientras que del 40.2% informado, únicamente el 27.30% mantuvo rutinas idóneas, evidenciando que la desinformación frena la prevención activa en esta población.

En concordancia con lo expuesto, Reyes ²⁴, ha revelado una marcada consonancia con los datos actuales, al registrar que el 33.3% con nivel de conocimiento medio presentó prácticas adecuadas y el 25% con conocimiento alto también mantuvo prácticas adecuadas, con una asociación significativa (p=0.025). Este vínculo confirma que, al interiorizar riesgos externos, la población geriátrica fortalece su autonomía.

Por su parte, Sirlopú ²⁵, ha presentado una notable divergencia frente a la tendencia esperada, pues aunque el 16.7% alcanzó conocimiento alto y prácticas altas, la relación fue significativa (p=0.012). Esta discrepancia sugiere que el dominio conceptual no siempre garantiza automáticamente la ejecución de conductas protectoras, requiriéndose estrategias prácticas.

En este sentido, la comprensión sobre sustancias perjudiciales determina cómo las personas mayores organizan su rutina diaria, generando un ciclo donde la desinformación propicia el descuido progresivo de la salud vascular. Al ignorar los efectos del consumo regular, se favorece el deterioro endotelial, lo que obliga a replantear intervenciones educativas.

En primera instancia, la internalización de pautas sobre sustancias dañinas moldea directamente la adherencia terapéutica, pues sin una conciencia clara de los riesgos, el individuo prioriza el

confort inmediato sobre la protección vascular, alterando sus respuestas fisiológicas. Por consiguiente, Reyes ²⁴, señala que la educación sanitaria geriátrica funciona como un mecanismo preventivo que regula la tensión mediante la evitación de toxinas, favoreciendo así la estabilidad hemodinámica general del organismo. De igual manera, Sirlopú ²⁵, define la autogestión clínica como la ejecución reflexiva de rutinas diarias que empoderan al adulto mayor frente a su cronicidad, permitiendo una vigilancia constante de los síntomas y una adaptación progresiva al tratamiento. La teoría de Dorothea Orem considera que el ser humano cuenta con la capacidad de emplear el razonamiento para buscar bienestar, y la enfermera solo será un apoyo para mantener ese equilibrio en la salud, pudiendo tomar en cuenta los factores que la benefician o la perjudican en el proceso de cuidado ⁹.

En el **objetivo específico 5**, la relación entre el conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado se confirmó mediante un Chi-cuadrado de 13.50 y $p=0.000$. El 59.8% con dominio reducido mostró un 43.90% de conductas deficientes, mientras el 40.2% con mayor preparación logró un 23.50% de rutinas idóneas, validando que la comprensión terapéutica dirige el cumplimiento.

En coherencia con lo descrito, Reyes ²⁴, documentó que los pacientes con nivel intermedio de conocimiento alcanzaron prácticas adecuadas en un 33.3%, mientras que aquellos con saber limitado evidenciaron conductas inapropiadas en un 6.7%, respaldando una conexión estadísticamente relevante ($p=0.025$). Esta proporción refleja una tendencia similar a la observada en nuestro estudio, donde la carencia de información sobre el esquema farmacológico obstaculizó la continuidad del tratamiento.

Por su parte, Sirlopú ²⁵, encontró que el 55% de los participantes con dominio escaso presentó prácticas deficientes, mientras que solo el 16.7% con conocimiento elevado logró un autocuidado óptimo, con un nivel de significancia de $p=0.012$. Este patrón evidencia que el entendimiento acerca de los intervalos de administración, la duración de la terapia y las posibles reacciones adversas constituye un factor determinante para la constancia en el seguimiento terapéutico, coincidiendo plenamente con los hallazgos de nuestra investigación.

La brecha entre la comprensión de las indicaciones médicas y la ejecución diaria suele originarse por limitaciones fisiológicas propias del envejecimiento, como la disminución de la memoria reciente o la presencia de efectos secundarios molestos. Cuando las pautas no se adaptan a la realidad cotidiana ni se refuerzan con seguimiento cercano, el paciente tiende a abandonar la rutina prescrita, comprometiendo la estabilidad clínica.

Por otro lado, la conducta observada revela que la asimilación pasiva de indicaciones clínicas no asegura su puesta en marcha, pues la vida diaria exige ajustes constantes y supervisión continua. En este sentido, Meneses y Vega ¹⁸, definen la internalización de pautas medicamentosas como el proceso cognitivo mediante el cual el individuo comprende los mecanismos de acción, reconoce los riesgos de la suspensión abrupta y organiza su rutina diaria con base en alertas fisiológicas

claras. A su vez, Acho ²⁶, conceptualiza la ejecución sostenida como una dinámica colaborativa donde el entorno familiar brinda recordatorios constantes, la accesibilidad a insumos facilita la toma oportuna y la educación continua previene el abandono terapéutico. Dentro del sistema de apoyo educativo propuesto por Orem, la enfermera actúa como facilitadora del aprendizaje, permitiendo que el adulto mayor modifique sus modos de vida y mejore sus conocimientos y habilidades en el cuidado, lo cual constituye el enfoque ideal para una buena toma de decisiones con respecto a su salud ¹⁰.

Se ratificó en el **objetivo específico 6** una relación significativa entre el conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado (Chi-cuadrado 12.70, p 0.000). El 53.8% mostró saberes limitados y el 40.20% acciones deficientes, frente a un 25.80% que logró rutinas idóneas del 46.2% informado, evidenciando que la falta de herramientas emocionales frena la prevención. Bajo esta perspectiva, Meneses y Vega ¹⁸, han mostrado una clara correspondencia con los hallazgos actuales, al señalar que el 93.6% de los evaluados poseía saberes intermedios, respaldado por un Rho de 0.388 y p=0.02. Esto confirma que, al comprender técnicas de relajación, los adultos mayores ajustan sus rutinas diarias para cuidar su bienestar emocional y evitar complicaciones.

Desde un enfoque integral, la asimilación de técnicas calmantes moldea directamente la respuesta fisiológica frente a situaciones demandantes, pues sin herramientas de contención adecuadas, el organismo mantiene estados de alerta constante que deterioran progresivamente la función cardiovascular y alteran los patrones de descanso. Por consiguiente, Yataco ²⁷, define la regulación emocional como un proceso cognitivo esencial que permite filtrar estímulos externos, reduciendo la liberación excesiva de catecolaminas y favoreciendo la homeostasis interna del paciente geriátrico. Orem sostiene que el autocuidado es una actividad aprendida y desempeñada por el individuo que le dota de conocimientos y habilidades para alcanzar un objetivo particular, mejorar su estado de salud; sin embargo, cuando esta adaptación no se logra, se requiere la operación e intervención del profesional de enfermería ⁸.

V. Conclusiones

1. Se determinó que las características demográficas de los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del programa hospitalario mostraron un predominio del grupo etario de 60 a 69 años (51.52%), del sexo masculino (55.30%), del estado civil soltero (35.61%) y del nivel educativo secundaria completa (42.42%).
2. Se determinó una relación significativa entre el conocimiento y la práctica de autocuidado (Chi-cuadrado = 25.90, $p = 0.000$). El 61.4% presentó conocimiento bajo, asociado a un 47.70% de prácticas inadecuadas, mientras que solo el 25.80% con conocimiento alto logró prácticas adecuadas, confirmando que un menor saber afecta el control de la enfermedad.
3. Se estableció una relación significativa entre el conocimiento sobre alimentación y la práctica de autocuidado (Chi-cuadrado = 20.60, $p = 0.000$). El 70.5% tuvo conocimiento bajo, y de ellos, el 51.50% realizó prácticas inadecuadas, evidenciando que la falta de información nutricional limita el control efectivo de la presión arterial.
4. Se encontró una relación significativa entre el conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado (Chi-cuadrado = 33.00, $p = 0.000$). El 57.6% presentó conocimiento bajo con un 47.00% de prácticas inadecuadas, demostrando que el desconocimiento sobre el ejercicio recomendado limita la incorporación de rutinas activas.
5. Se confirmó una relación significativa entre el conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado (Chi-cuadrado = 30.20, $p = 0.000$). El 59.8% tuvo conocimiento bajo y el 47.70% mostró prácticas inadecuadas, evidenciando que la falta de conciencia sobre el tabaco y el alcohol limita las conductas preventivas.
6. Se demostró una relación significativa entre el conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado (Chi-cuadrado = 13.50, $p = 0.000$). El 59.8% presentó conocimiento bajo con un 43.90% de prácticas inadecuadas, indicando que el desconocimiento sobre horarios y efectos secundarios influye en el incumplimiento terapéutico.
7. Se evidenció una relación significativa entre el conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado (Chi-cuadrado = 12.70, $p = 0.000$). El 53.8% tuvo conocimiento bajo y el 40.20% realizó prácticas inadecuadas, confirmando que la falta de herramientas antiestrés afecta directamente las conductas de autocuidado diario.

VI. Recomendaciones

1. Se recomienda al equipo de enfermería del Programa del Adulto Mayor diseñar estrategias educativas diferenciadas, utilizando materiales visuales y un lenguaje sencillo adaptado al nivel de instrucción predominante de los pacientes. Asimismo, se sugiere priorizar intervenciones específicas para el grupo etario más representativo, ya que se encuentran en una etapa donde la prevención secundaria tiene un mayor impacto para evitar complicaciones. Estas acciones permitirán mejorar la comprensión de las indicaciones terapéuticas y fortalecer la adherencia al tratamiento integral.
2. Se recomienda al equipo de enfermería del Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez implementar sesiones educativas continuas y personalizadas sobre autocuidado en hipertensión arterial, utilizando materiales visuales y recordatorios domiciliarios. Esta recomendación se sustenta en que la falta de conocimiento se asoció directamente con prácticas inadecuadas de autocuidado, afectando el control tensional de los pacientes. Fortalecer la educación sanitaria permitirá mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, reduciendo complicaciones agudas y crónicas derivadas de la hipertensión no controlada.
3. Se recomienda a la nutricionista del hospital y al personal de enfermería desarrollar talleres prácticos de educación nutricional dirigidos a adultos mayores hipertensos, con demostraciones culinarias y degustaciones de alimentos saludables. Esta recomendación se basa en que el conocimiento insuficiente sobre alimentación limitó la adopción de prácticas adecuadas, perpetuando el consumo de productos con alto contenido de grasas dañinas y sal. Mejorar la alfabetización nutricional a través de experiencias vivenciales permitirá a los pacientes identificar y seleccionar alimentos protectores, favoreciendo el control sostenido de la presión arterial.
4. Se recomienda al servicio de rehabilitación y al personal de enfermería implementar un programa comunitario de "Caminatas saludables" adaptado a adultos mayores hipertensos, con sesiones supervisadas tres veces por semana y registro de frecuencia cardíaca. Esta recomendación surge porque la falta de conocimiento sobre los beneficios, el tiempo y el tipo de ejercicio físico recomendado limitó la incorporación de rutinas activas en la vida diaria. Promover la actividad física estructurada y monitoreada mejorará el control del peso corporal, la circulación periférica y la respuesta tensional post-ejercicio.
5. Se recomienda al médico tratante y al equipo de salud mental del hospital incorporar charlas breves y consejería individualizada sobre cesación del consumo de tabaco y alcohol durante cada control periódico, utilizando técnicas de entrevista motivacional. Esta recomendación se justifica porque el desconocimiento sobre las consecuencias cardiovasculares del tabaco y el alcohol perpetuó prácticas nocivas que elevan la presión arterial. Reducir estos hábitos

mediante intervenciones personalizadas contribuirá a estabilizar las cifras tensionales, disminuir la progresión del daño vascular y prevenir eventos cardiovasculares mayores.

6. Se recomienda al personal de farmacia y enfermería entregar un plan de medicación visual personalizado (calendario de pastillas ilustrado) y reforzar la educación sobre la importancia del tratamiento diario en cada entrega de medicamentos, resolviendo dudas sobre efectos secundarios. Esta recomendación se sustenta en que el desconocimiento sobre horarios, duración del tratamiento y efectos adversos influyó negativamente en la constancia terapéutica. Mejorar la comprensión del tratamiento farmacológico mediante herramientas visuales reducirá el abandono medicamentoso y mantendrá las cifras tensionales dentro de rangos normales.
7. Se recomienda al psicólogo del programa del adulto mayor implementar sesiones semanales de relajación, respiración profunda, musicoterapia y actividades recreativas grupales para reducir el estrés, así como entregar guías de autoayuda domiciliarias. Esta recomendación se basa en que la falta de herramientas para manejar la ansiedad y las emociones negativas afectó directamente las conductas de autocuidado diario. Fortalecer las habilidades de afrontamiento emocional mediante técnicas simples y accesibles permitirá disminuir los picos hipertensivos inducidos por estrés, mejorando la adherencia al tratamiento integral y la calidad de vida.

VII. Referencias bibliográficas

1. Regino-Ruenes YM, Quintero-Velásquez MA, Saldarriaga-Franco JF. La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión. Rev Colomb Cardiol. [Internet]. 2021 [citado el 23 de abril de 2026] 28 (6): 648 - 655. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000600648
2. Sisamón I, García I, Moros B, Delgado B, Muñoz C, Lozano S. Hipertensión arterial. Revista Sanitaria de Investigación. [Internet]. 2021. [citado el 23 de abril de 2026]: 1 - 7. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/hipertension-arterial/>
3. American Heart Association [Internet]. Estados Unidos: American Heart Association; 2025. [citado el 23 de abril de 2026]. <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/understanding-blood-pressure-readings>
4. Abad, S., Manrique, M. Cocimiento y práctica de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial en el centro de salud Nuevo Imperial, Cañete – 2023 [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad Autónoma de Ica; 2023 [citado el 23 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2454>
5. Supanta, M., Paz, Y. Conocimientos de hipertensión arterial y autocuidado de pacientes del centro integral del adulto mayor, Lima – 2023 [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad César Vallejo; 2023 [citado el 23 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/126909>
6. Sánchez, K. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso. Centro de Salud San Miguel. Cajamarca. 2025 [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2025 [citado el 23 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/9174>
7. Escalante, A. Conocimiento Y Estilos De Vida En Adultos Con Hipertensión Del Centro De Salud Las Esmeraldas Arequipa - 2022 [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad César Vallejo; 2022 [citado el 23 de abril de 2026]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/106029/Escalante_PAB-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Naranjo Y. La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2017 [citado el 23 de abril de 2026]. 19(3): 89 - 100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
9. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención [Internet]. Rev Med Electrón. 2014 [citado el 23 de abril de 2026]. 36 (6): 835 - 845. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2014/me146d.pdf>
10. Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm Glob. [Internet]. 2010 junio [citado el 23 de abril de 2026].

Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004#:~:text=Autocuidado%3A%20Es%20una%20conducta%20que,su%20vida%2C%20salud%20y%20bienestar.

11. Cárdenas, S., Villarreal, M. La aplicación de la Teoría de los Cuidados de Dorothea Orem en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas. ASCE MAGAZINE [Internet]. 2025 [citado el 31 de marzo de 2026];4(4):1579–607. Disponible en: <https://magazineasce.com/index.php/1/article/view/503>
12. Peralta Reyes KN, Abad Correa KE, Oviedo Rodríguez RJ. Modelo de Incertidumbre de Mishel en el Cuidado del Paciente en UCI. Reincisol [Internet]. 2025 [citado el 23 de abril de 2026];4(7):4585–603. Disponible en: [https://doi.org/10.59282/reincisol.V4\(7\)4585-4603](https://doi.org/10.59282/reincisol.V4(7)4585-4603)
13. Castro, A. Estrategias Educativas En El Autocuidado Del Adulto Mayor Con Hipertension Arterial [Informe técnico] [Internet]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2022 [citado el 23 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.usat.edu.pe/items/3c7fe43c-22ed-4581-aeb2-d8348473a8a4>
14. Reyes, T. Autocuidado en prevención de complicaciones a pacientes con hipertensión arterial [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2022 [citado el 23 de abril de 2026]. Disponible en: [http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4140/1/Proyecto de Investigación Bibliografica Lcdo Tony Reyes oficial.pdf](http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4140/1/Proyecto%20de%20Investigaci%C3%B3n%20Bibliogr%C3%A1fica%20Lcdo%20Tony%20Reyes%20oficial.pdf)
15. Chavéz, M. Capacidad de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en el Centro de Salud Lauriama, Barranca [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad Nacional de Barranca; 2023 [citado el 23 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unab.edu.pe/item/67e5e3ba-be69-4cd3-8e95-00b178c1ff46>
16. Serna, M. Nivel de conocimiento y su relación con la práctica del autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial de un hospital público de Lima 2024 [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2025 [citado el 23 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f02e6fe1-fa8f-492a-bbe3-8e92d2dd82c8/content>
17. Navarro, G. Nivel De Conocimiento Y Practicas De Autocuidado En Adultos Mayores Hipertensos, Servicio De Neurologia De Una Entidad Privada, Tarapoto 2022 [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad Autónoma de Ica; 2023 [citado el 23 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.autonoma-de-ica.edu.pe/handle/20.500.14441/2343>
18. Meneses, L., Vega, K. Conocimiento y estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el centro de salud Los Aquijes, Ica – 2021 [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad Autónoma de Ica; 2022 [citado el 23 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.autonoma-de-ica.edu.pe/handle/20.500.14441/2160>

19. Lucero W. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y autocuidado en los adultos mayores de la parroquia “El Ideal”, cantón Gualaquiza [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad Nacional de Loja, 2025 [citado 25 de abril 2026]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/server/api/core/bitstreams/c9eca949-00d5-4303-8359-b4c3698fb527/content>
20. Sari E, Mirwanti R, Kurnia Y, Hartati S. Comportamiento de autocuidado basado en el conocimiento de pacientes con hipertensión: un estudio transversal. Pubmed. [Internet]. 2025. [consultado 29 de junio de 2026]; 21: 17 – 24. Disponible: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11742891/#s0005>
21. Jones C, Phiri F, Munjili B, Nyahodah I, Kachimba J, Siakapanga S, et al. Conocimiento y actitudes de pacientes hipertensos hacia las prácticas de autocuidado en Mbala, Provincia del Norte, Zambia. Scientific Research. [Internet]. 2025. [consultado 29 de junio de 2026]; 12 (7): 1 – 16. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=143934>
22. Albán, R., Calderón, N. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial en un hospital público, Nuevo Chimbote, 2023. [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad Nacional del Santa; 2024 [citado el 23 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14278/4629/Tesis%20Alb%c3%a1n%20-%20Calder%c3%b3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Garcia, A., Ynga, A. Conocimiento y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Salaverry– Trujillo, 2023 [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad César Vallejo; 2023 [citado el 23 de abril de 2026]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/133555/Garcia_CACH-Ynga_GAK-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Reyes, K. Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con Hipertensión Arterial el Puesto de Salud Buenos Aires Sur - 2024. [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo, 2024 [citado 23 abril 2026]. Disponible: <https://repositorio.unitru.edu.pe/entities/publication/f57bb66f-fa1b-4132-9281-a27fe4f83ef3/full>
25. Sirlopu, R. Conocimiento y práctica del autocuidado en adultos hipertensos que se atienden en el centro de salud materno infantil Magdalena del distrito de Magdalena del Mar, Lima - 2022 [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad Norbert Wiener, 2022. [citado 23 abril 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/763e45fb-0517-415e-8c89-957a632a0cac/content>
26. Acho, K. Asociación entre el conocimiento y autocuidado del paciente hipertenso de la ciudad de Tamshiyacu, Loreto - 2022 [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad

- Científica del Perú, 2022. [citado 23 abril 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/75c794c4-7f68-46c8-af9f-1214357417ad/content>
27. Yataco D. Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de un Hospital MINSA Chíncha 2025. [Informe de pregrado] [Internet]. Universidad Privada San Juan Bautista, 2026. [citado 23 de abril 2026]. <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/683bbd9b-6295-4973-8e62-2476f36a5a3f>
 28. Mansilla G. Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en adultos mayores con hipertensión arterial, en Centro de Salud Ambo– Huánuco 2022 [Informe de pregrado] [Internet]. [Huánuco]: Universidad de Huánuco; 2024 [citado el 29 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/5512/Mansilla%20Cáceres%20c%20Gabriela%20Guadalupe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 29. Gil P. Conocimiento sobre hipertensión arterial y práctica del autocuidado en paciente adulto del servicio de cardiología de un hospital nacional, Lima 2024 [Informe de pregrado] [Internet]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2025 [citado el 23 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0ef96a01-9751-4c0c-af33-d1ca13318156/content>
 30. Ferrero F. Todas las investigaciones que involucran seres humanos requieren aprobación ética. Arch Argent Pediat [Internet]. 2024 [citado el 27 de marzo de 2026];122(3):1–12. Disponible en: <https://doi.org/10.5546/aap.2023-10277>

VIII. Anexos

Anexo 1 Instrumento de recolección de datos



Conocimiento y Práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

El estudio tiene como finalidad Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica - 2025

INSTRUCCIONES:

Estimados señores buen día, se está realizando un proyecto de investigación. El objetivo es brindarle una información clara y oportuna para el cuidado de su salud; por ello, se desea aplicar el presente cuestionario que con sus respuestas veraces ayudarán a fortalecer la atención en salud para ustedes. No hay respuesta correcta o incorrecta, por favor no deje preguntas sin responder.

Parte I: Complete la Información

Edad: Sexo: F M

Estado Civil:

Casado () Soltero () Conviviente ()

Nivel académico:

Secundaria Completa () Técnico Superior () Universitario ()

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

CONOCIMIENTO:

AUTOR: MANSILLA CACERES, GABRIELA

I. CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN

- 1) ¿Cuáles son los alimentos que contienen grasas dañinas y pueden aumentar la presión alta?
 - a) Aceite de oliva, mermelada, pan integral
 - b) Pescado, yogur natural, rosquillas
 - c) Mantequilla, la carne de carnero, embutidos, queso mantequilloso, hamburguesas y papas fritas.
 - d) Galletas saladas, mazamorra, torta.
- 2) Los alimentos que contienen mucha sal y pueden aumentar la presión arterial son:
 - a) Camote, azúcar, fideos, pollo, mostaza.
 - b) Papa, carne de chanco, pizza, embutidos

- c) Cubitos de caldo de carne, pescado salado, mostaza, jamón serrano, chorizo, embutidos.

II. CONOCIMIENTO SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA

- 3) ¿Cuál de las siguientes actividades realiza para controlar su presión arterial?
 - a) Caminata
 - b) Saltos
 - c) Taichi
 - d) Yoga
- 4) ¿Cuál de las siguientes actividades son tan beneficiosos para la salud?
 - a) Quedarse solo en casa pensando en sus problemas
 - b) Escuchar música
 - c) Meditación
 - d) Ir de paseo
- 5) ¿Qué tiempo de actividad física hace para controlar la presión arterial?
 - a) 30 min
 - b) 1 hora
 - c) 2 horas
 - d) No práctico

III. CONOCIMIENTO SOBRE HáBITOS NOCIVOS

- 6) ¿Qué consecuencias trae el consumo de tabaco para el control de la presión arterial?
 - a) Descontrol de la presión arterial
 - b) Incremento de la presión arterial
 - c) Altera la coagulación de la sangre
 - d) Fatiga
- 7) ¿Cuáles son los efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos?
 - a) Desnutrición
 - b) Aumenta la presión arterial
 - c) Menos aprendizaje
 - d) Cáncer
- 8) ¿Cuáles son los efectos secundarios que se da a conocer los medicamentos para su control de la presión arterial?
 - a) Dolor de cabeza, mareos, taquicardia, diarrea
 - b) Tos, fiebre, dolor muscular
 - c) Disnea, aumento de peso, desmayo
 - d) Somnolencia, dificultad para hablar

IV. CONOCIMIENTO SOBRE ADHERENCIA FARMACOLÓGICA

- 9) ¿Cuáles son las medidas a considerar para la medicación prescrita?
 - a) Tomar a la hora que quiere

- b) Debe tomar su medicación durante o después de ingerir los alimentos.
 - c) Antes de acostarse
- 10) ¿Cuándo cree que debe ir a la consulta médica?
- a) Solo cuando comienzo a sentir algún malestar.
 - b) Solo en caso de que den medicinas.
 - c) Cada vez que me toca algún control médico a pesar de sentirme bien.
 - d) Si en caso de las medicinas no hacen efecto.
- 11) ¿Cuánto tiempo cree que debe tomar sus medicamentos para el control de la presión arterial?
- a) Solo cuando se controla
 - b) Solo por 3 años
 - c) Durante toda la vida
 - d) Cuando me siento mal

V. CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DEL ESTRÉS

- 12) ¿Qué acciones des estresantes para el conocimiento sobre manejo del estrés y control de la presión arterial?
- a) Realizo las actividades recomendadas por mi médico
 - b) Se me acumula mucha actividad en mis días.
 - c) Realizo actividades físicas o como mínimo camino de 3 a 4 horas en el transcurso del día.
 - d) Tengo una alimentación saludable cada vez que tengo tiempo, suelo beber pocos líquidos y evito hacer actividades que me agiten.

PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO AUTOR: GIL NALVARTE, PAMELA

N°	Preguntas	Sí	No
Control de peso			
1	Controla el peso mensualmente.		
2	Hace caminatas diariamente		
Hábitos alimenticios			
3	Generalmente usted prepara sus alimentos fritos.		
4	Generalmente usted prepara sus alimentos sancochados y a la plancha.		
5	Prepara sus alimentos con aceite de origen vegetal		
6	La frecuencia con la que usted consume ajos y apio es de 3 a 4 veces a la semana.		
7	Tomar café y té de vez en cuando		
8	Frecuentemente utiliza poca cantidad de sal en la preparación de sus alimentos.		
Hábitos nocivos			
9	Realiza caminatas y ejercicios durante la semana.		
10	Duerme más de 7 horas diarias.		
11	Consumo bebidas alcohólicas		
12	¿Acostumbra a fumar cigarrillos durante el día?		
Control y tratamiento			
13	Toma sus medicamentos puntualmente		

14	Toma sus medicamentos sólo cuando se siente mal.			
15	Asiste a sus controles médicos puntualmente.			
16	Se controla la presión arterial sólo cuando asiste a sus controles con la Enfermera y cuando siente molestias			
17	Asiste a los controles de enfermería solo para recibir sus medicamentos.			
18	Pertenece algún programa de adulto mayor.			

Gracias por su participación

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, con Dirección en
_____, con DNI

_____ autorizo y acepto participar en el proyecto titulado: Conocimiento y
Práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el
Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025.

Estoy enterado y acepto que los resultados sean utilizados para fines científicos.

Atentamente.

William Alonso Quijaite Salazar

.....

FIRMA

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE PLAN DE TESIS

Yo, **William Alonso Quijaite Salazar** identificada con DNI N° **76127672**, me dirijo a Ud. para efectos de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el reglamento de Grados y Títulos de la **UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA**, Facultad de Enfermería, Escuela Profesional de Enfermería, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es verás y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la **UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA**.

Ica, Mayo del 2026

Bach. William Alonso Quijaite Salazar

Anexo 4 Matriz de consistencia

Problemas de investigación	Objetivos de investigación	Hipótesis de investigación	Variables	Metodología
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable 1	Tipo de investigación Tipo básica Enfoque de investigación Cuantitativo Nivel de investigación: Nivel relacional Diseño de la investigación: Diseño no experimental Población y muestra Población: 200 pacientes adultos mayores Muestra: 132 pacientes adultos mayores Tipo de muestra: Probabilístico Muestreo: Aleatorio simple Técnica de recolección de datos Encuesta Instrumento Cuestionario
¿Cuál es la relación entre el conocimiento y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025?	Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025	Existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025	Conocimiento	
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Dimensiones	
¿Cuáles son las características demográficas del paciente adulto mayor con hipertensión arterial atendidos en el Programa del adulto mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica-2025? ¿Cuál es la relación entre la dimensión conocimiento sobre alimentación y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025? ¿Cuál es la relación entre la dimensión conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del	- Determinar las características demográficas del paciente adulto mayor con hipertensión arterial atendidos en el programa del adulto mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica- 2025 - Establecer la relación entre la dimensión conocimiento sobre alimentación y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025 - Establecer la relación entre la dimensión conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del	- Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre alimentación y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025 - Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre actividad física y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025 - Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado del paciente adulto	Conocimiento sobre alimentación Conocimiento sobre actividad física Conocimiento sobre hábitos nocivos Conocimiento sobre adherencia farmacológica Conocimiento sobre el manejo del estrés Variable 2 Práctica de autocuidado Dimensiones	

Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025? • ¿Cuál es la relación entre la dimensión conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025? • ¿Cuál es la relación entre la dimensión conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025? • ¿Cuál es la relación entre la dimensión conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025?	Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025 • Establecer la relación entre la dimensión conocimiento sobre hábitos nocivos y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025 • Establecer la relación entre la dimensión conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025 • Establecer la relación entre la dimensión conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025	mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025 • Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre adherencia farmacológica y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025 • Existe relación significativa entre la dimensión conocimiento sobre el manejo del estrés y la práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica 2025	Control de peso Hábitos alimenticios Hábitos nocivos Control y tratamiento
--	--	---	---

Anexo 5 Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Instrumento
Variable 1: Conocimiento	El saber adquirido por la persona sobre su condición de salud implica la asimilación de información básica respecto a la enfermedad, sus señales de alerta y las rutinas necesarias para mantener la estabilidad física durante la vida diaria, lo cual facilita decisiones informadas ²⁸ .	El conocimiento sobre alimentación, actividad física, hábitos nocivos, adherencia farmacológica y los cuidados sobre el conocimiento sobre manejo del estrés quedaron enmarcados con la finalidad de poder conocer el grado de conocimiento de los pacientes adultos mayores.	Conocimiento sobre alimentación	Reconocimiento de insumos regionales Identificación de porciones cotidianas	Nominal	Cuestionario
			Conocimiento sobre actividad física	Valoración de caminatas seguras Identificación de plazas comunales		
			Conocimiento sobre hábitos nocivos	Reconocimiento de consumos habituales Identificación de conductas perjudiciales		
			Conocimiento sobre adherencia farmacológica	Comprensión de horarios terapéuticos Identificación de fármacos indicados		
			Conocimiento sobre el manejo del estrés	Identificación de señales corporales Reconocimiento de momentos sobrecogedores		
Variable 2: Práctica de autocuidado	Conjunto de acciones habituales que ejecuta la persona en edad avanzada para manejar su presión elevada, incluyendo hábitos alimenticios equilibrados, control constante de la tensión y seguimiento de indicaciones médicas, con el propósito de conservar el bienestar general a largo plazo ²⁹ .	Los pacientes adultos mayores fueron analizados en base al control de peso, hábitos alimenticios, hábitos nocivos y, control y tratamiento para poder analizar la práctica de autocuidado.	Control de peso	Registro corporal voluntario Evaluación antropométrica clínica	Nominal	Cuestionario
			Hábitos alimenticios	Preparación culinaria casera Consumo vegetal predominante		
			Hábitos nocivos	Uso tabáquico prolongado Ingestión alcohólica social		
			Control y tratamiento	Monitorización arterial domiciliaria Cumplimiento terapéutico estricto		



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE ENFERMERIA
DECANATO



RESOLUCIÓN DECANAL N° 014-2026-FE-UNICA-D

Ica, 09 de enero de 2026

VISTO:



El Oficio N° 007-UI-FE-UNICA-2026 de fecha 05 de enero de 2026, remitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería, quien solicita la emisión de la Resolución Decanal de aprobación de Proyecto de Investigación Titulado: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDO EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ, ICA 2025** del Bach. **WILLIAM ALONSO QUIJAITE SALAZAR**, habiendo obtenido el 3% de índice de similitud como resultado de la evaluación de originalidad de los documentos de investigación conforme lo estipula la R.R. N° 048-R-UNICA-2021 de fecha 25 de enero del 2021, que en su Art. 32 inc. 9 del Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales, cumpliendo con la aprobación de su Docente Asesora **Dra. MARIELA ELIDA PECHO TATAJE**, y;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al Art. 48 del Estatuto de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" las Facultades son unidades de formación académica, profesional y de gestión. Está integrada por docentes y estudiantes. Las Facultades organizan, gestionan y conducen al régimen de estudios de pregrado, posgrado y segunda especialidad profesional, que permiten la obtención de grados académicos y de títulos a nombre de la nación;

Que, con fecha 25 de setiembre del 2024, de acuerdo al cronograma de elecciones de rector, vicerrectores, decanos, docentes y estudiantes representantes ante los órganos de gobierno de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, aprobado mediante Resolución Rectoral N° 932-R-UNICA-2024, se realizó el acto electoral de sufragio; y habiéndose producido el escrutinio y cómputo contenido en las actas finales de esta misma fecha, el Comité Electoral Universitario proclama a los ganadores de Decanos de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga;

Que, mediante Resolución Presidencial N° 100-CEU-UNICA-2024, de fecha 26 de setiembre de 2024, se proclama ganadores del proceso electoral de Decanos de las diversas Facultades de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, quienes fueron el 25 de setiembre de 2024, para el periodo comprendido del 30 de setiembre de 2024 al 29 de setiembre de 2028;

Que, mediante Resolución Rectoral N° 1577-R-UNICA-2024, de fecha 28 de setiembre del 2024, en el art. 2° se NOMBRA a la Dra. SUSANA ALVARADO ALFARO como Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" para el periodo comprendido del 30 de setiembre del 2024 al 29 de setiembre del 2028;

Que, mediante Oficios N° 101019 y 01032-SG-UNICA-2024, la Secretaria General de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" solicita el registro de datos de las autoridades elegidas y; de acuerdo a lo solicitado la SUNEDU emite el Oficio N° 00621-2024-SUNEDU-DS-DIRGRATU-URGT de fecha 03 de octubre del 2024, comunicando el registro de los datos de la Dra. SUSANA ALVARADO ALFARO;

Que, según lo estipulado en el artículo 37° del Reglamento General de Investigación de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", el Comité de Investigación es el encargado de proponer el asesor para los proyectos de investigación presentados para la obtención del título profesional, quienes deben contar con la especialidad del tema que se



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE ENFERMERIA
DECANATO



desarrolla, enmarcados en las líneas de investigación garantizando la calidad académica de la investigación;



Que, mediante Resolución Rectoral N° 048-UNICA-2020 de fecha 25 de enero de 2021, se aprueba el Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga";

Que, de acuerdo al Reglamento General de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", en su Artículo 32.-Procedimiento para la obtención del Título Profesional, numeral 3 a la letra dice. "El Decano, en el plazo de cuarenta y ocho (48) horas máximo deriva la solicitud al director de la Unidad de Investigación quien en el plazo de setenta y dos (72) horas máximo cita al Comité de Investigación (integrado por el director de la Unidad de Investigación, el director de la Escuela Profesional y un docente designado por el Decano) para que en el plazo de veinticuatro (24) horas designe al asesor del proyecto. Esta designación la formaliza el director de la Unidad de Investigación mediante oficio dirigido al docente asesor con el nombre del proyecto, del asesorado y del asesor;

Que, mediante Resolución Rectoral N° 1654-R-UNICA-2025, de fecha 16 de setiembre de 2025, se modifica el art. 32 incisos 10 y 11 del Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, quedando establecido de la siguiente manera: (...) 10. Con esta aprobación, el asesorado deberá desarrollar el proyecto de tesis en un plazo mínimo de dos (2) meses, debiendo concluirse en un plazo máximo de dieciocho (18) meses, pudiéndose prorrogar el plazo por dos (2) meses más. Vencido el plazo, el asesorado tendrá que presentar un nuevo proyecto. 11. Una vez desarrollado el proyecto y con la revisión y conformidad del asesor, el asesorado presenta la tesis ante la unidad de investigación solicitando la designación de los docentes revisores de la tesis, quienes deben tener la especialidad del tema a desarrollarse. La unidad de investigación verificará que la investigación realizada cumpla con los principios deontológicos y se adecúe a las políticas institucionales y líneas de investigación y lo derivará al comité de investigación para que proponga a los revisores. Esta propuesta la formaliza el director de la unidad de investigación mediante oficio dirigido a cada uno de los revisores con el nombre de la tesis del asesorado, del asesor y de los revisores. Los revisores deben emitir su informe en el plazo máximo de 10 días calendario, de no cumplir, el presidente (a) del comité de investigación procederá a su cambio. (...)

Que, mediante Oficio N° 007-UI-FE-UNICA-2026 de fecha 05 de enero de 2026, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería, solicita la emisión de la Resolución Decanal de aprobación de Proyecto de Investigación Titulado: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDO EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ, ICA 2025** del Bach. **WILLIAM ALONSO QUIJAITE SALAZAR**, habiendo obtenido el 3% de índice de similitud como resultado de la evaluación de originalidad de los documentos de investigación conforme lo estipula la R.R. N° 048-R-UNICA-2021 de fecha 25 de enero del 2021, que en su Art. 32 inc. 9 del Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales, cumpliendo con la aprobación de su Docente Asesora **Dra. MARIELA ELIDA PECHO TATAJE**;

Por lo que, en uso de las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Enfermería" otorgada por el artículo 70° de la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el Proyecto de Investigación Titulado: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDO EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ, ICA 2025**, presentado por el Bach. **WILLIAM ALONSO QUIJAITE**



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE ENFERMERIA
DECANATO



SALAZAR, para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería, en estricto cumplimiento de los artículos pertinentes del Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".

Artículo 2°.- DESIGNAR como Asesor del desarrollo del Proyecto de Investigación a la **Dra. MARIELA ELIDA PECHO TATAJE**.

Artículo 3°.- OTORGAR un plazo mínimo de (02) meses para el desarrollo del proyecto de tesis, debiendo concluirse en un plazo máximo de dieciocho (18) meses, pudiéndose prorrogar el plazo por dos (02) meses más. Vencido el plazo, el asesorado tendrá que presentar un nuevo proyecto.

Artículo 4°.- TRANSCRIBIR la presente Resolución a la Unidad de Investigación y demás instancias de la Facultad de Enfermería para su conocimiento y fines.

Regístrese, comuníquese y archívese.

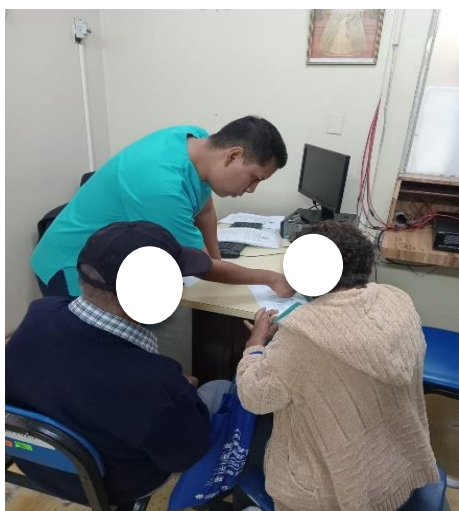
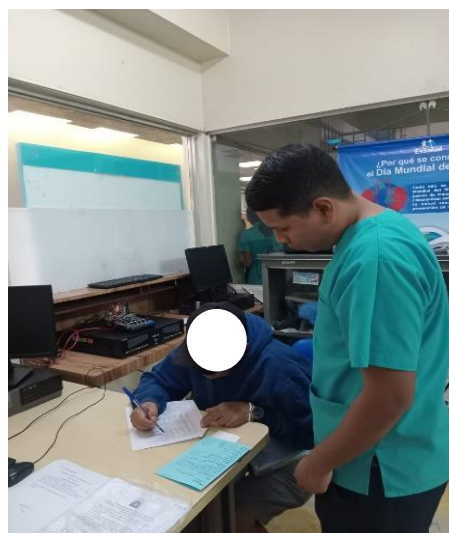
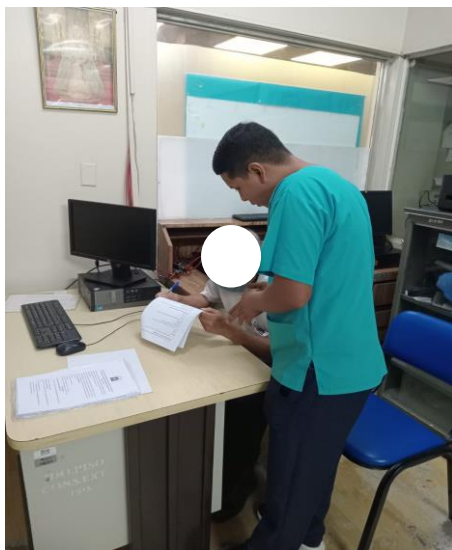
UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE ENFERMERIA

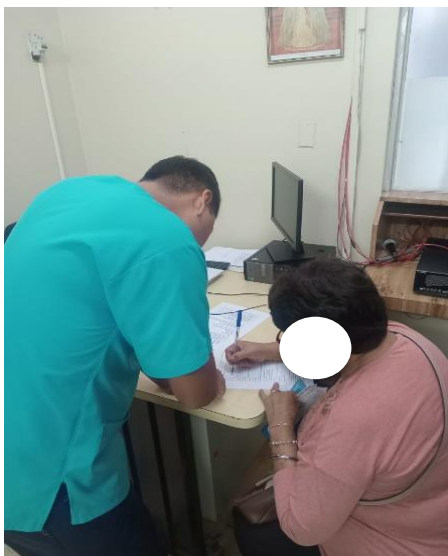
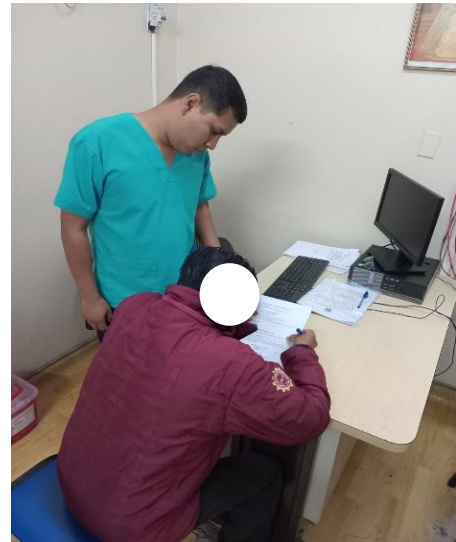
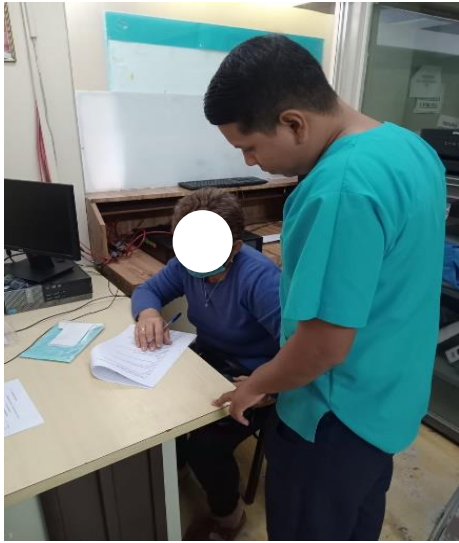
Dra. SUSANA ALVARADO ALFARO
DECANA

Anexo 7 Base de datos

[illegible]

Anexo 8 Evidencia fotográfica





Anexo 9 Ficha técnica de instrumento

Elaborado por Mansilla G.

Variable: Conocimiento

Publicado por: Universidad de Huánuco

Año: 2024

Lugar: Perú

Título: Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en adultos mayores con hipertensión arterial, en Centro de Salud Ambo– Huánuco 2022

Duración: 20 minutos

Valoración: Para la presente investigación, se ha considerado la escala Likert de valoración

Confiabilidad del instrumento: La confiabilidad del presente instrumento, se ha encontrado determinado, por medio del Alfa de Cronbach, en el que se alcanzó una valoración mayor a 0.70

Profesionales validadores: enfermeros y magísteres – Bertha Serna – Percy Rodante – Diza Berrios – David Barrueto – Graciela Reyes.

Link:

<https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/5512/Mansilla%20Cáceres%2c%20Gabriela%20Guadalupe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Elaborado por Gil P.

Variable: Práctica de autocuidado

Publicado por: Universidad Norbert Wiener;

Año: 2025

Lugar: Perú

Título: Conocimiento sobre hipertensión arterial y práctica del autocuidado en paciente adulto del servicio de cardiología de un hospital nacional, Lima 2024

Duración: 20 minutos

Valoración: Para la presente investigación, se ha considerado la escala Likert de valoración

Confiabilidad del instrumento: La confiabilidad del presente instrumento, se ha encontrado determinado, por medio del Alfa de Cronbach, en el que se alcanzó una valoración mayor a 0.70

Profesionales validadores: Dr. Molina Torres, José Gregorio.

Link: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0ef96a01-9751-4c0c-af33-d1ca13318156/content>

Anexo 10 Autorización de aplicación de instrumento por parte de la entidad de estudio

Firmado digitalmente por
PACCO CARRION Cesar Augusto FAU
20131257750 Hard
Motivo: Soy el autor del documento.
Fecha: 27.04.2026 13:01:46-0500

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

NOTA N° 000134-UCIYD-GRAICA-ESSALUD-2026
Ica, 27 de Abril del 2026

Señor
DR. JUAN CARLOS GALINDO MATTA
Director de Hospital I Félix Torrealva Gutierrez
Red Asistencial Ica
PRESENTE

Asunto: **ACREDITACIÓN DE ESTUDIANTE DE LA CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EJECUCIÓN DE INVESTIGACIÓN**

Referencia : **RESOLUCIÓN N° 000020-CEI-HIVAHM-ESSALUD-2026**

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y se acredita a Don WILLIAM ALONSO QUIJAITE SALAZAR, estudiante de la carrera profesional de Enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, quien llevara a cabo el desarrollo de la Investigación Titulada: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDO EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIÉRREZ, ICA - 2025 , para su conocimiento y fines que estime pertinente.

Sin otro particular; me despido de usted.

Atentamente;

Firmado digitalmente por
CESAR AUGUSTO PACCO CARRION
UNIDAD DE CAPACITACION, INVESTIGACION Y DOCENCIA - GRAICA
ESSALUD

CAPC/nifs
Expediente: 0605020260000001.

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013- PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM.

www.gob.pe/essalud | Jr. Domingo Cueto N.° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
Tel.: 265 - 6000 / 265 - 7000



Firmado digitalmente por
CAMACHO ELIAS RONALD STUART FAU
20131257750 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 24.04.2026 10:24:28-0500

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

RESOLUCIÓN N° 000020-CEI-HIVAHM-ESSALUD-2026

Ica, 24 de Abril del 2026

VISTOS:

En atención a la segunda revisión del protocolo de investigación "CONOCIMIENTO Y PRACTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDO EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ, ICA 2025", presentado por **WILLIAM ALONSO QUIJAITE SALAZAR**, el Comité Institucional de Ética e Investigación de la Red Asistencial Ica - ESSALUD, en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley N° 29130, Ley General de Salud, y la Ley N° 29347, Ley de Investigación en Salud, ha evaluado los aspectos éticos, científicos y técnicos del estudio propuesto.

1. ANTECEDENTES

- 1.1. De acuerdo con los principios establecidos en el Reglamento de la Ley N° 29347, así como en la Directiva Sanitaria N° 076-MINSA/DGIESP-2020, y en concordancia con la normativa internacional, como la Declaración de Helsinki (1964) y el Código de Núremberg (1947), se ha asegurado que el estudio cumple con los principios éticos fundamentales, incluyendo el consentimiento informado, la protección de la privacidad de los participantes y la minimización de riesgos.
- 1.2. En virtud de la Ley N° 27232, Ley de Protección de Datos Personales, se garantiza que los datos de los sujetos de investigación serán tratados conforme a las normativas vigentes de protección de datos personales.
- 1.3. Basado en la Directiva N° 000001-2020-Salud-ESSALUD: "Norma Técnica para la Investigación Científica en ESSALUD, norma que regula las actividades de investigación en el ámbito de ESSALUD donde se especifican las etapas de los proyectos de investigación, los requisitos éticos y las responsabilidades de los investigadores, los comités de ética y las autoridades de ESSALUD.

2. DETERMINACIÓN DE LOS PUNTOS CONTROVERTIDOS

- 2.1. En función de la revisión y los aspectos planteados en el protocolo de investigación, el Comité de Ética e Investigación no ha identificado puntos controvertidos que obstaculicen la ejecución del estudio, considerando que se cumplen con las condiciones éticas y legales exigidas por las normativas vigentes.
- 2.2. Se ha dispuesto que la investigación se llevará a cabo bajo estricta supervisión, con el objetivo de asegurar el cumplimiento continuo de los principios éticos establecidos, de acuerdo con la legislación nacional e internacional aplicable.

3. ANÁLISIS

- 3.1. Tras un análisis detallado del protocolo de investigación presentado, se concluye que el estudio propuesto cumple con los requisitos éticos establecidos

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.essalud.gob.pe/validadorDocumental> ingresando la siguiente clave: SCGSGBK.

www.gob.pe/essalud

Jr. Domingo Cueto N.° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
Tel.: 265 - 6000 / 265 - 7000



Scanned with
TapScanner



por la legislación peruana, y se ajusta a las mejores prácticas internacionales en la investigación en salud.

- 3.2. Se ha evaluado la adecuación del protocolo en cuanto a la protección de los derechos de los participantes, la validez científica de la investigación y los mecanismos para garantizar la integridad de los datos, encontrando que el estudio tiene la calidad y el rigor necesario para su aprobación.

SE RESUELVE:

Artículo Primero. -

Aprobar el protocolo de investigación presentado por la investigadora **WILLIAM ALONSO QUIJAITE SALAZAR**, en virtud del cumplimiento de los estándares éticos y científicos establecidos en las leyes y normativas aplicables.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

Firmado digitalmente por

RONAL STUART CAMACHO ELIAS

Presidente de Comité de Ética en Investigación – RED ASISTENCIAL ICA
ESSALUD

cc.:

RSCE

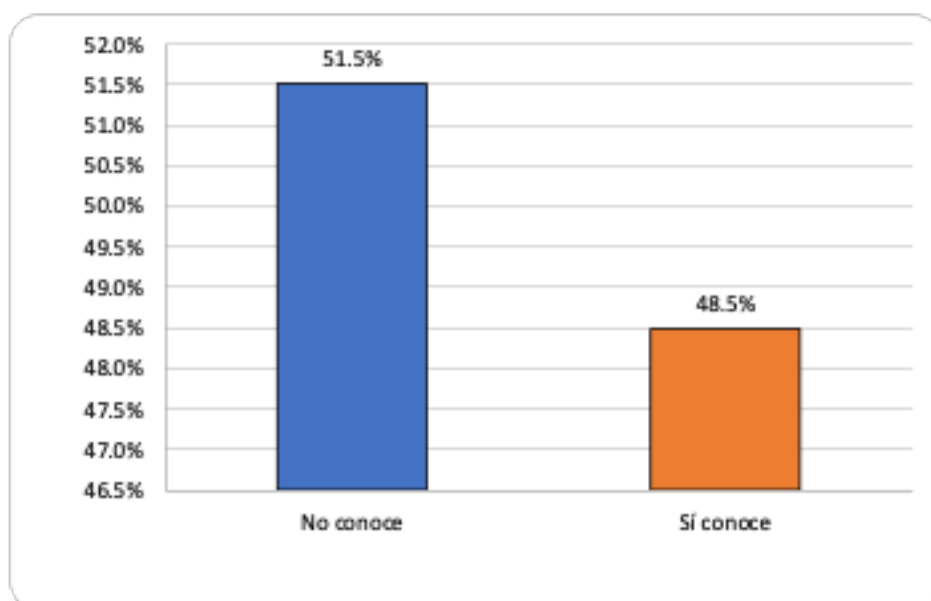
Anexo 12 Procesamiento por pregunta

Tabla 8. ¿Cuáles son los alimentos que contienen grasas dañinas y pueden aumentar la presión alta?

	Frecuencia	Porcentaje
No conoce	68	51.5%
Sí conoce	64	48.5%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 2. ¿Cuáles son los alimentos que contienen grasas dañinas y pueden aumentar la presión alta?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

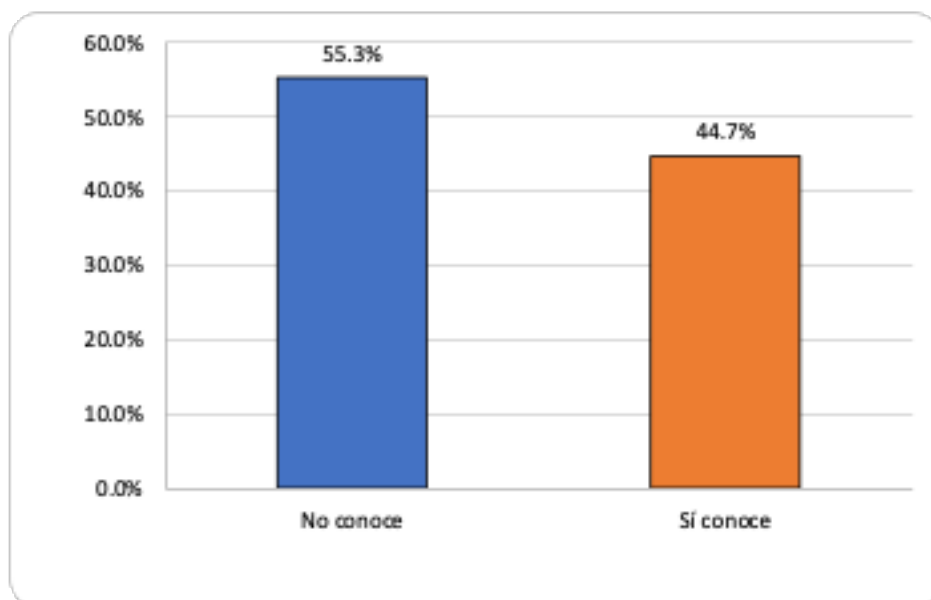
Al indagar sobre el reconocimiento de alimentos con grasas dañinas, el 51.5% de los adultos mayores consultados manifestó no conocer cuáles podrían aumentar la presión arterial, mientras que el 48.5% restante indicó sí tener este conocimiento. Esta distribución casi equilibrada sugirió que cerca de la mitad de los participantes presentó limitaciones para identificar factores alimentarios de riesgo. Tal circunstancia podría influir en la selección de productos inadecuados para su dieta, lo cual resaltó la conveniencia de reforzar la educación nutricional, con el fin de promover decisiones informadas que favorezcan el control de su condición de salud en el contexto asistencial donde fueron atendidos.

Tabla 9. Los alimentos que contienen mucha sal y pueden aumentar la presión arterial son:

	Frecuencia	Porcentaje
No conoce	73	55.3%
Sí conoce	59	44.7%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 3. Los alimentos que contienen mucha sal y pueden aumentar la presión arterial son:



Nota: Procesado en SPSS V26.00

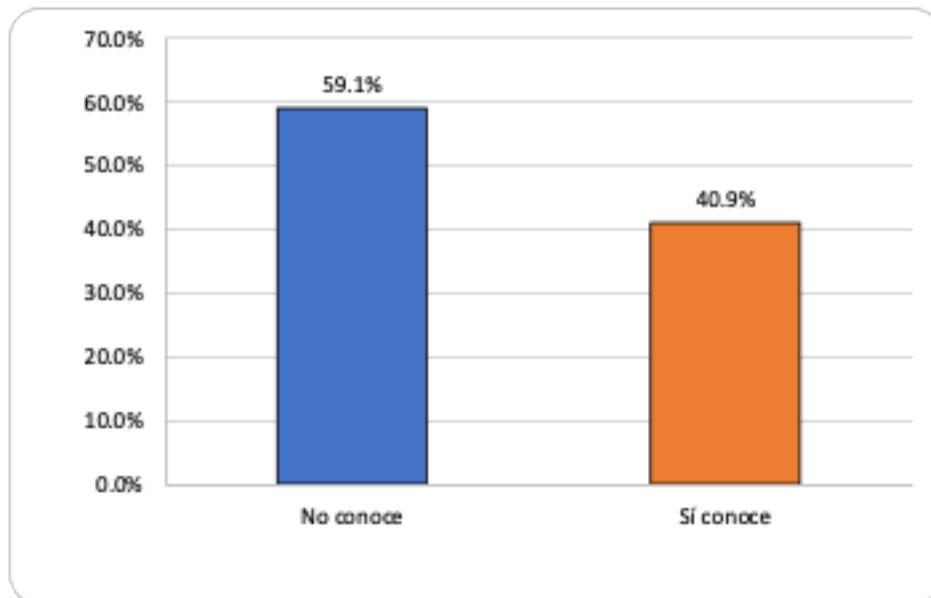
En relación con la identificación de alimentos altos en sal, se encontró que el 55.3% de los adultos mayores evaluados no reconoció cuáles podrían elevar la presión arterial, en contraste con el 44.7% que sí mostró dominio en este aspecto. Este resultado indicó que más de la mitad de los participantes presentó dificultades para distinguir productos con alto contenido de sodio, lo cual podría repercutir en la adopción de una alimentación menos favorable para su condición. La brecha identificada sugirió la necesidad de fortalecer la orientación sobre el reconocimiento de estos alimentos, promoviendo así elecciones más saludables en su rutina diaria.

Tabla 10. ¿Cuál de las siguientes actividades realiza para controlar su presión arterial?

	Frecuencia	Porcentaje
No conoce	78	59.1%
Sí conoce	54	40.9%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 4. ¿Cuál de las siguientes actividades realiza para controlar su presión arterial?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

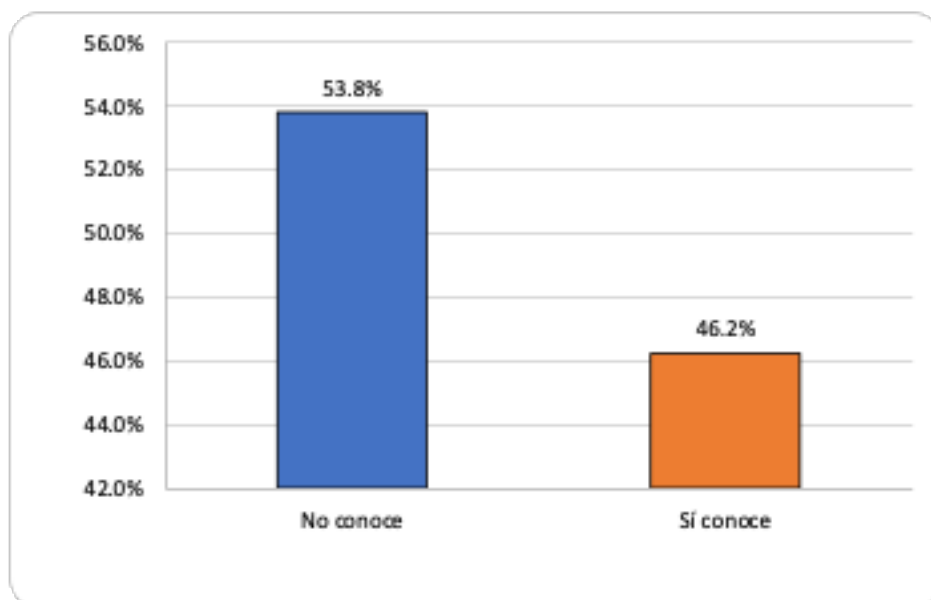
Respecto al conocimiento de actividades para controlar la presión arterial, el 59.1% de los adultos mayores encuestados manifestó no conocer las opciones disponibles, mientras que el 40.9% restante indicó sí tener esta información. Esta tendencia evidenció que la mayoría de los participantes presentó limitaciones para identificar prácticas beneficiosas en el manejo de su condición. Tal situación podría asociarse con la adopción de rutinas menos efectivas para el control de su salud, lo cual resaltó la importancia de promover espacios de orientación que faciliten el reconocimiento de acciones adecuadas y favorezcan la implementación de cambios positivos en su estilo de vida cotidiano.

Tabla 11. ¿Cuál de las siguientes actividades son tan beneficiosos para la salud?

	Frecuencia	Porcentaje
No conoce	71	53.8%
Sí conoce	61	46.2%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 5. ¿Cuál de las siguientes actividades son tan beneficiosos para la salud?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

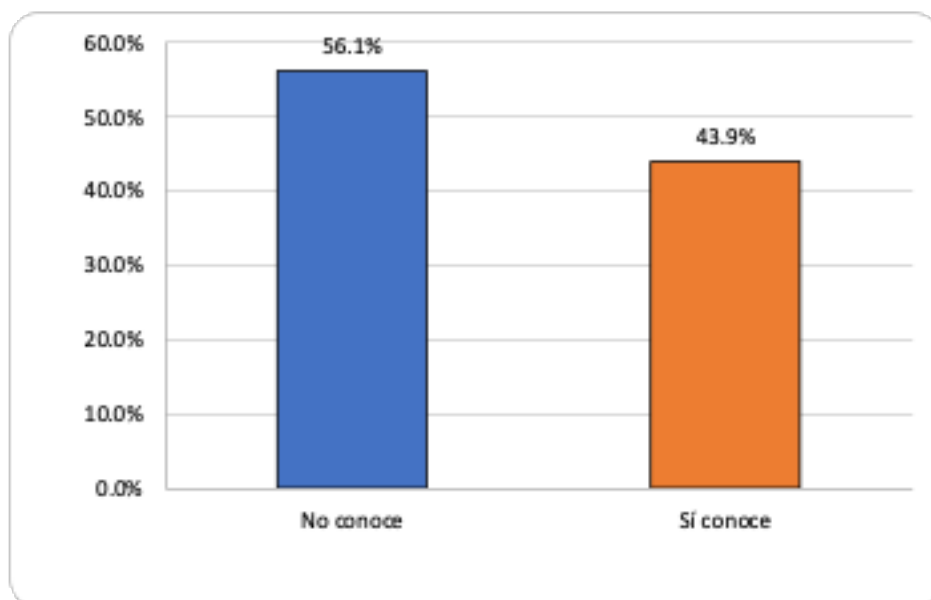
Al consultar sobre actividades beneficiosas para la salud, se registró que el 53.8% de los adultos mayores consultados no reconoció cuáles resultaban más favorables, en tanto que el 46.2% restante sí mostró conocimiento en este aspecto. Esta distribución cercana entre ambas categorías sugirió que, aunque existió un grupo significativo con dominio adecuado, aún prevaleció una mayoría con limitaciones para identificar prácticas saludables. Tal escenario podría influir en la selección de rutinas menos efectivas para el cuidado de su bienestar, lo cual resaltó la relevancia de incorporar orientación específica sobre acciones que promuevan un manejo integral de su condición de salud.

Tabla 12. ¿Qué tiempo de actividad física hace para controlar la presión arterial?

	Frecuencia	Porcentaje
No conoce	74	56.1%
Sí conoce	58	43.9%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 6. ¿Qué tiempo de actividad física hace para controlar la presión arterial?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

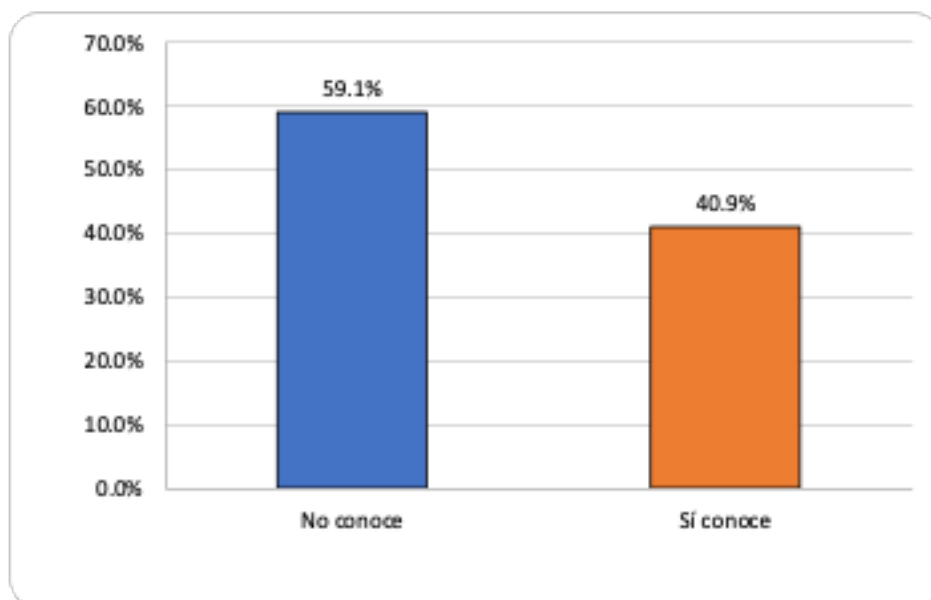
En cuanto al tiempo de actividad física recomendado para controlar la presión arterial, el 56.1% de los adultos mayores evaluados manifestó no conocer esta información, frente al 43.9% que sí mostró dominio en este aspecto. Estos valores indicaron que más de la mitad de los participantes presentó dificultades para identificar la duración adecuada de ejercicio, lo cual podría repercutir en la implementación de rutinas menos efectivas para el manejo de su condición. La brecha encontrada sugirió la conveniencia de reforzar la orientación sobre parámetros de actividad física, con el propósito de promover prácticas que favorezcan el control óptimo de su salud en el contexto asistencial.

Tabla 13. ¿Qué consecuencias trae el consumo de tabaco para el control de la presión arterial?

	Frecuencia	Porcentaje
No conoce	78	59.1%
Sí conoce	54	40.9%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 7. ¿Qué consecuencias trae el consumo de tabaco para el control de la presión arterial?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

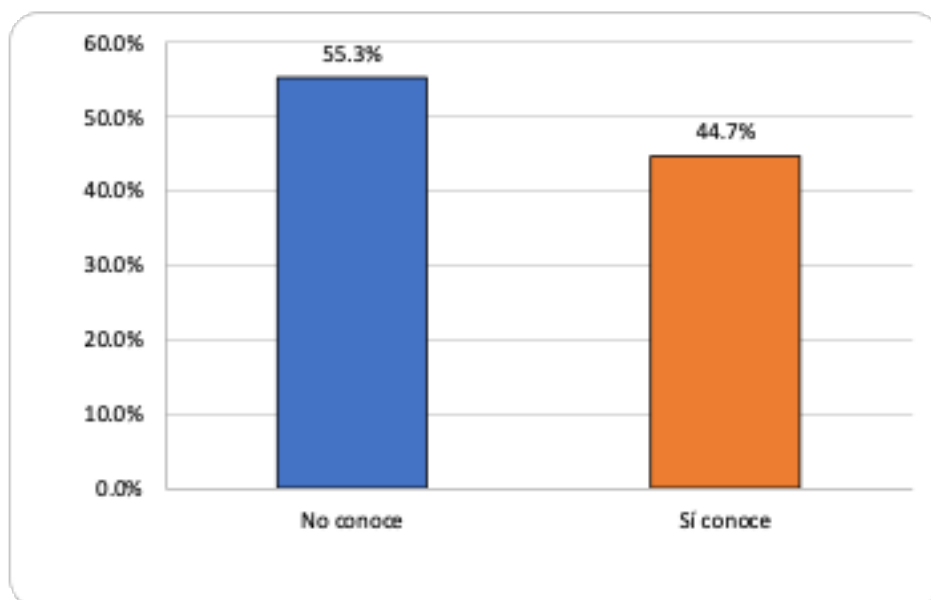
Sobre las consecuencias del consumo de tabaco en el control de la presión arterial, se identificó que el 59.1% de los adultos mayores encuestados no reconoció estos efectos, mientras que el 40.9% restante sí mostró conocimiento al respecto. Esta tendencia evidenció que la mayoría de los participantes presentó limitaciones para comprender el impacto negativo del tabaquismo en su condición de salud. Tal circunstancia podría incidir en la persistencia de este hábito perjudicial, dificultando el manejo óptimo de su estado. Por ello, resultó pertinente fortalecer la educación sobre los riesgos asociados, promoviendo así cambios favorables en su estilo de vida y bienestar integral.

Tabla 14. ¿Cuáles son los efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos?

	Frecuencia	Porcentaje
No conoce	73	55.3%
Sí conoce	59	44.7%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 8. ¿Cuáles son los efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

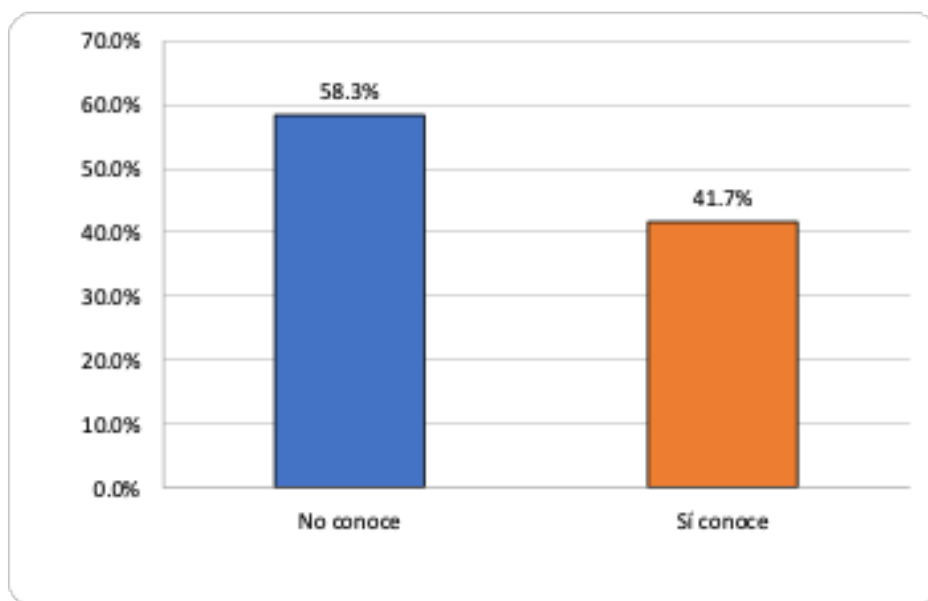
Al indagar sobre los efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos, el 55.3% de los adultos mayores consultados manifestó no conocer esta información, en contraste con el 44.7% que sí mostró dominio en este aspecto. Este resultado indicó que más de la mitad de los participantes presentó dificultades para identificar posibles reacciones adversas de su tratamiento farmacológico. Tal situación podría afectar la adherencia terapéutica o generar inquietudes no resueltas durante el seguimiento de su condición. Por ello, resultó relevante considerar el fortalecimiento de la orientación médica, con el fin de promover una comprensión clara que favorezca el manejo adecuado de su esquema terapéutico.

Tabla 15. ¿Cuáles son los efectos secundarios que se da a conocer los medicamentos para su control de la presión arterial?

	Frecuencia	Porcentaje
No conoce	77	58.3%
Sí conoce	55	41.7%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 9. ¿Cuáles son los efectos secundarios que se da a conocer los medicamentos para su control de la presión arterial?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

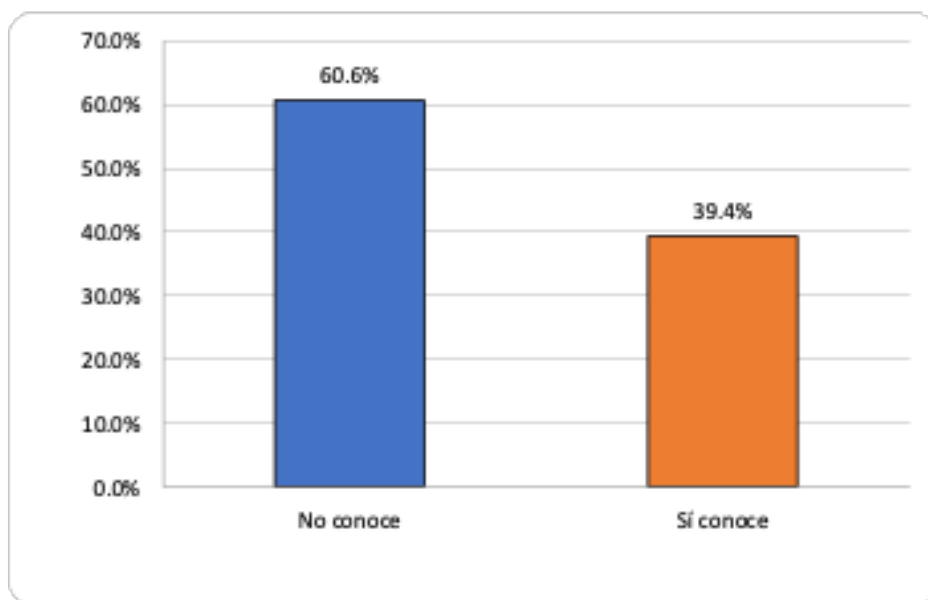
Respecto a los efectos secundarios comunicados sobre los medicamentos para el control de la presión arterial, se encontró que el 58.3% de los adultos mayores evaluados no reconoció esta información, mientras que el 41.7% restante sí mostró conocimiento al respecto. Esta distribución reflejó que más de la mitad de los participantes presentó limitaciones para identificar las reacciones adversas informadas por el personal de salud. Tal circunstancia podría influir en la percepción y adherencia al tratamiento prescrito, lo cual resaltó la importancia de reforzar la comunicación clara sobre estos aspectos, promoviendo así una mejor comprensión que favorezca el seguimiento adecuado de su esquema terapéutico.

Tabla 16. ¿Cuáles son las medidas a considerar para la medicación prescrita?

	Frecuencia	Porcentaje
No conoce	80	60.6%
Sí conoce	52	39.4%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 10. ¿Cuáles son las medidas a considerar para la medicación prescrita?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

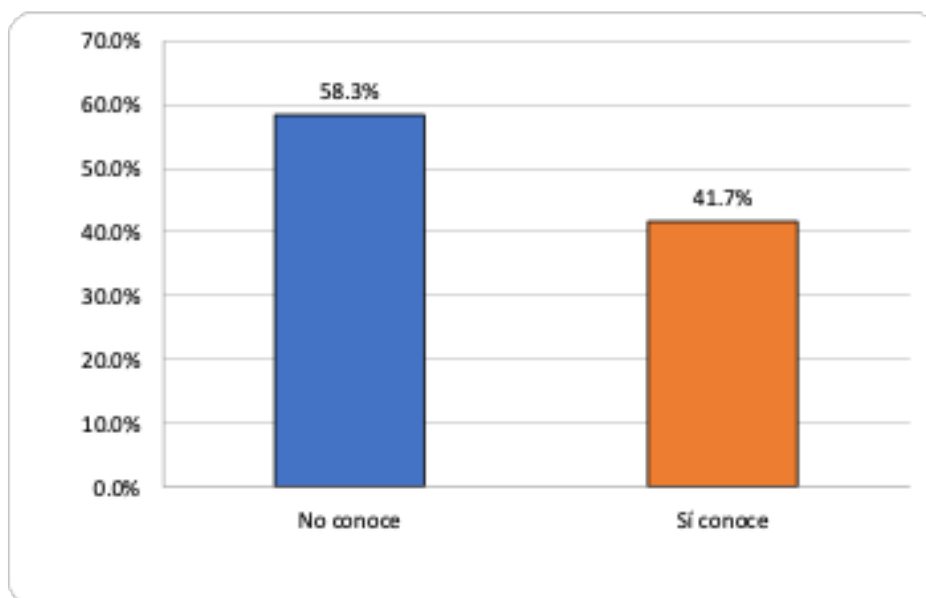
En relación con las medidas a considerar para la medicación prescrita, el 60.6% de los adultos mayores encuestados manifestó no conocer estas indicaciones, en tanto que el 39.4% restante sí mostró dominio en este aspecto. Estos valores indicaron que la mayoría de los participantes presentó dificultades para identificar pautas importantes en el manejo de sus fármacos. Tal situación podría repercutir en la efectividad del tratamiento y en la prevención de complicaciones asociadas. Por ello, resultó pertinente fortalecer la orientación sobre las precauciones y recomendaciones terapéuticas, con el propósito de promover una adherencia más consciente y favorable para el control de su condición de salud.

Tabla 17. ¿Cuándo cree que debe ir a la consulta médica?

	Frecuencia	Porcentaje
No conoce	77	58.3%
Sí conoce	55	41.7%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 11. ¿Cuándo cree que debe ir a la consulta médica?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

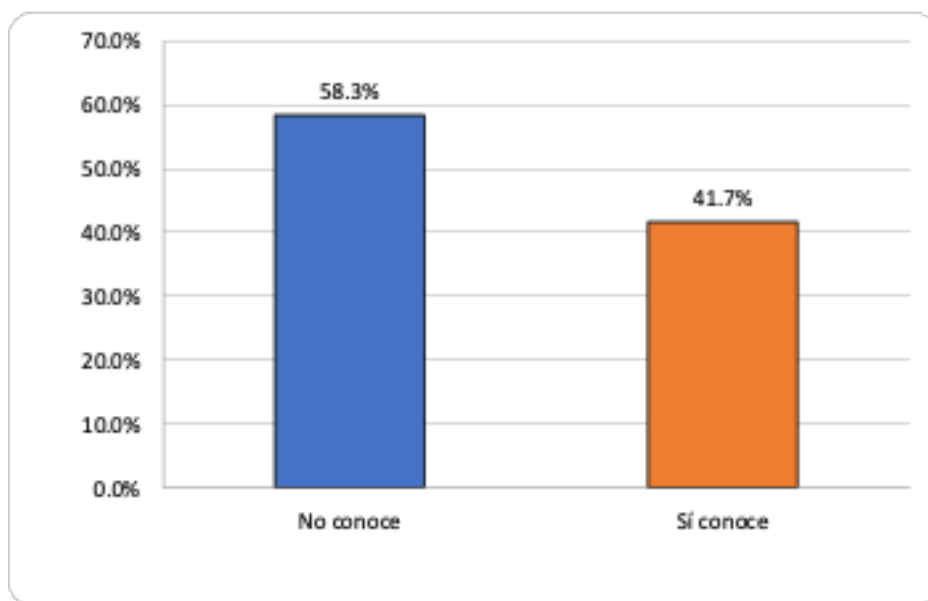
Al consultar sobre el momento adecuado para acudir a la consulta médica, se registró que el 58.3% de los adultos mayores consultados no reconoció esta información, frente al 41.7% que sí mostró conocimiento al respecto. Esta tendencia evidenció que más de la mitad de los participantes presentó limitaciones para identificar las circunstancias que ameritan atención profesional. Tal circunstancia podría incidir en la demora de la búsqueda de cuidado oportuno, afectando el manejo de su condición. Por ello, resultó relevante reforzar la orientación sobre los indicadores que señalan la necesidad de consulta, promoviendo así una respuesta más oportuna frente a cambios en su estado de salud.

Tabla 18. ¿Cuánto tiempo cree que debe tomar sus medicamentos para el control de la presión arterial?

	Frecuencia	Porcentaje
No conoce	77	58.3%
Sí conoce	55	41.7%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 12. ¿Cuánto tiempo cree que debe tomar sus medicamentos para el control de la presión arterial?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

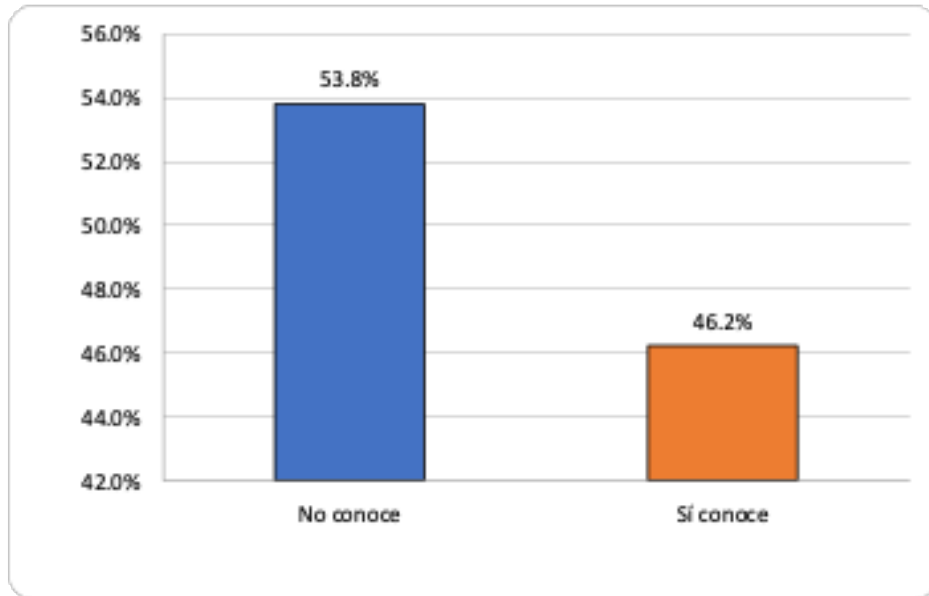
Respecto a la duración del tratamiento farmacológico para el control de la presión arterial, el 58.3% de los adultos mayores evaluados manifestó no conocer este aspecto, mientras que el 41.7% restante sí mostró dominio en esta información. Estos resultados indicaron que la mayoría de los participantes presentó dificultades para comprender la continuidad requerida en su esquema terapéutico. Tal situación podría afectar la adherencia a largo plazo y el control óptimo de su condición. Por ello, resultó pertinente fortalecer la comunicación sobre la importancia de mantener el tratamiento según las indicaciones establecidas, promoviendo así un manejo más consistente y favorable para su bienestar integral.

Tabla 19. ¿Qué acciones desestresantes para el conocimiento sobre manejo del estrés y control de la presión arterial?

	Frecuencia	Porcentaje
No conoce	71	53.8%
Sí conoce	61	46.2%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 13. ¿Qué acciones desestresantes para el conocimiento sobre manejo del estrés y control de la presión arterial?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

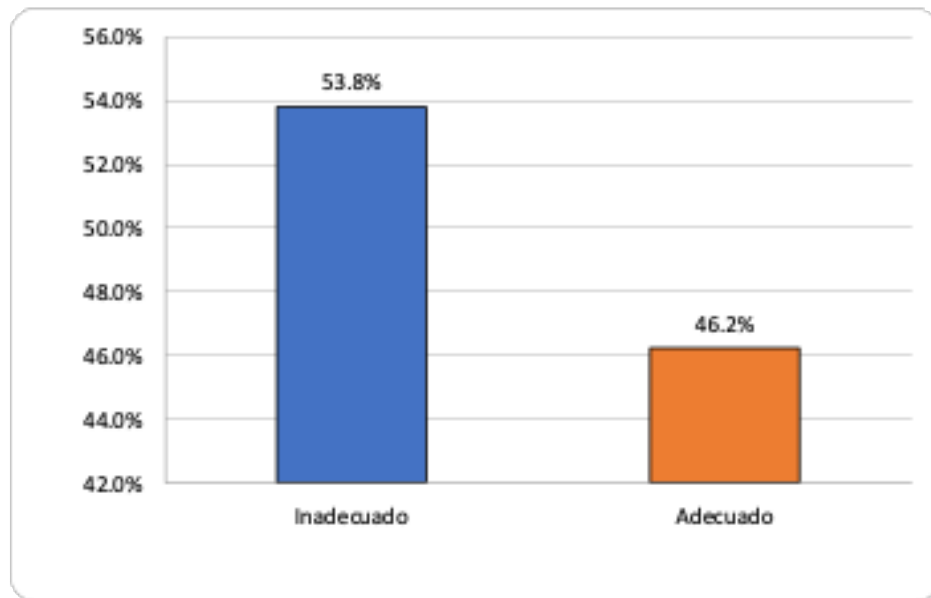
En cuanto a las acciones desestresantes para el conocimiento sobre manejo del estrés y control de la presión arterial, se identificó que el 53.8% de los adultos mayores encuestados no reconoció estas prácticas, en contraste con el 46.2% que sí mostró conocimiento al respecto. Esta distribución cercana entre ambas categorías sugirió que, aunque existió un grupo significativo con dominio adecuado, aún prevaleció una mayoría con limitaciones para identificar técnicas de relajación beneficiosas. Tal escenario podría influir en la capacidad de los participantes para gestionar adecuadamente el estrés, lo cual resaltó la relevancia de incorporar orientación específica sobre mecanismos que favorezcan su bienestar emocional y el control de su condición de salud.

Tabla 20. Controla el peso mensualmente.

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	71	53.8%
Adecuado	61	46.2%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 14. Controla el peso mensualmente.



Nota: Procesado en SPSS V26.00

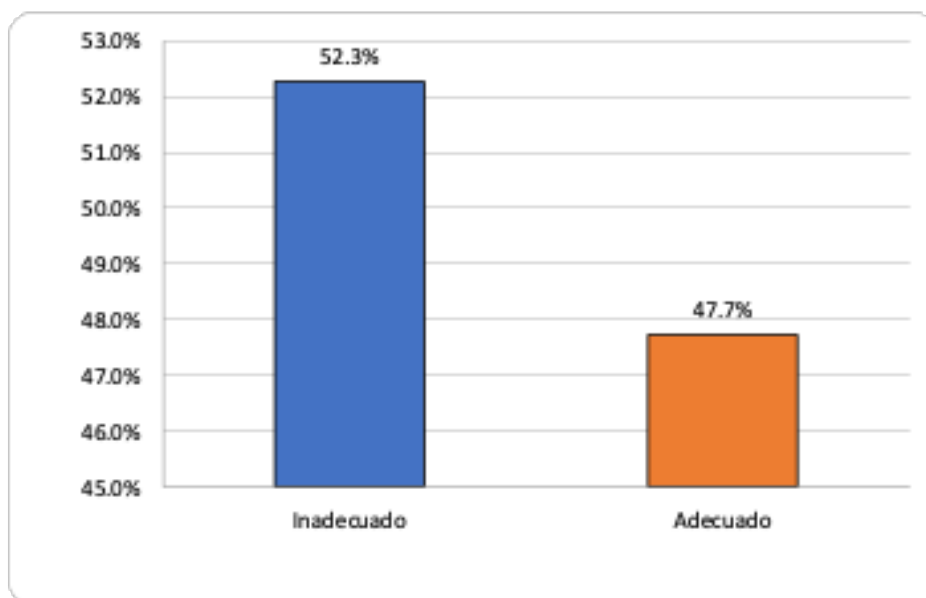
Sobre la práctica de controlar el peso mensualmente, el 53.8% de los adultos mayores consultados mostró un desempeño inadecuado, mientras que el 46.2% restante mantuvo una conducta adecuada en este aspecto. Esta distribución cercana indicó que, si bien existió un grupo considerable que realizó seguimiento de su peso, aún prevaleció una mayoría con limitaciones para integrar esta acción en su rutina. Tal circunstancia podría repercutir en el monitoreo de cambios relevantes para el manejo de su condición, lo cual resaltó la importancia de promover estrategias que faciliten la incorporación de este hábito como parte de su autocuidado en el contexto asistencial donde fueron atendidos.

Tabla 21. Hace caminatas diariamente

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	69	52.3%
Adecuado	63	47.7%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 15. Hace caminatas diariamente



Nota: Procesado en SPSS V26.00

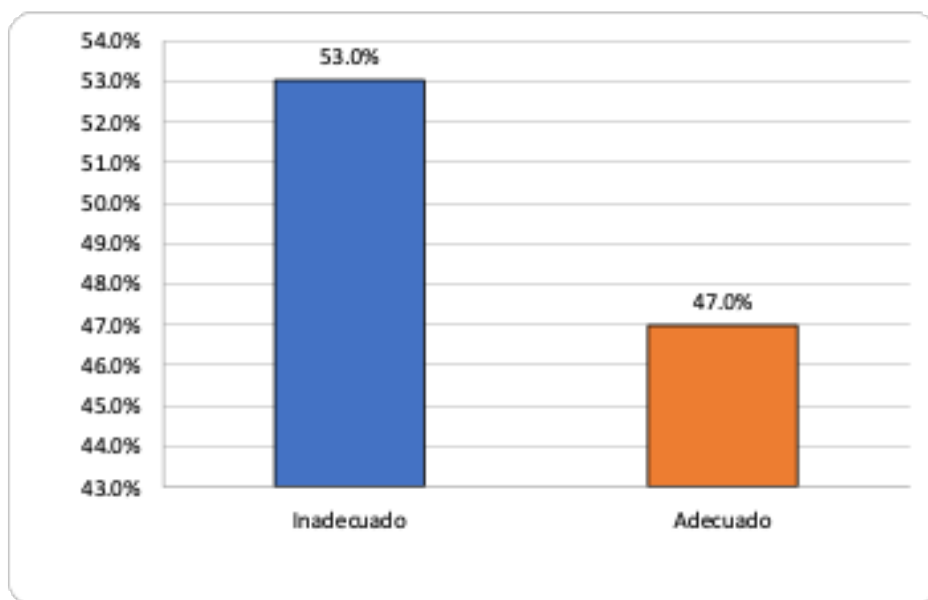
En relación con la realización de caminatas diarias, se encontró que el 52.3% de los adultos mayores evaluados presentó una práctica inadecuada, en contraste con el 47.7% que mantuvo un desempeño adecuado. Estos valores reflejaron una distribución equilibrada, aunque con ligera predominancia de quienes no incorporaron esta actividad en su rutina habitual. Tal situación podría asociarse con limitaciones para adoptar ejercicios de bajo impacto beneficiosos para su condición, lo cual sugirió la conveniencia de fomentar espacios que promuevan la actividad física regular, favoreciendo así un manejo más integral de su salud y bienestar en el entorno donde fueron atendidos.

Tabla 22. Generalmente usted prepara sus alimentos fritos.

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	70	53.0%
Adecuado	62	47.0%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 16. Generalmente usted prepara sus alimentos fritos.



Nota: Procesado en SPSS V26.00

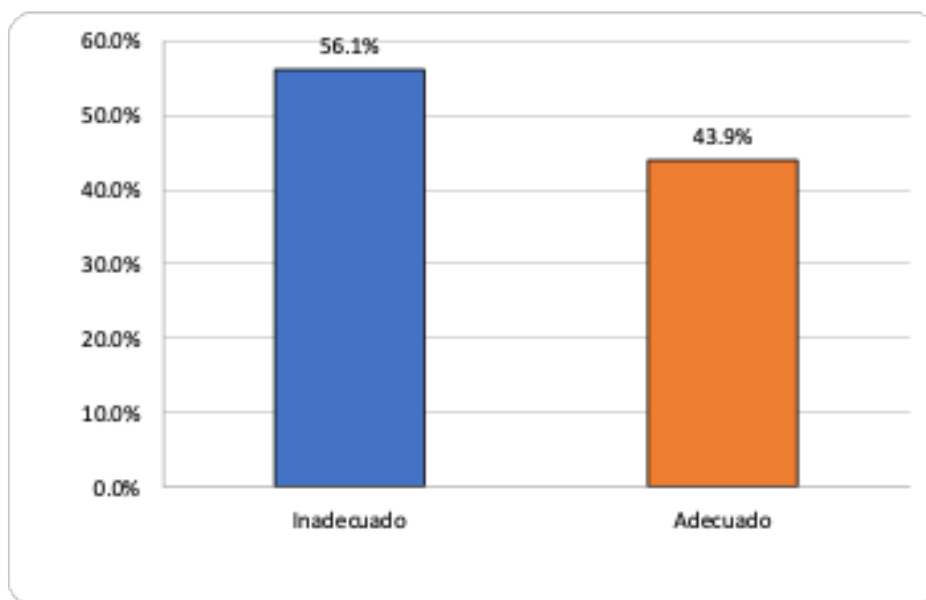
Respecto a la preparación de alimentos fritos, el 53.0% de los adultos mayores encuestados mostró una práctica inadecuada, mientras que el 47.0% restante evidenció un desempeño adecuado al evitar esta técnica culinaria. Esta tendencia indicó que más de la mitad de los participantes mantuvo un hábito que podría afectar negativamente el control de su condición de salud. La persistencia de esta práctica sugirió la necesidad de reforzar la orientación sobre métodos de cocción más saludables, con el propósito de promover cambios en la preparación de alimentos que favorezcan su bienestar integral dentro del contexto asistencial donde fueron atendidos.

Tabla 23. Generalmente usted prepara sus alimentos sancochados y a la plancha.

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	74	56.1%
Adecuado	58	43.9%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 17. Generalmente usted prepara sus alimentos sancochados y a la plancha.



Nota: Procesado en SPSS V26.00

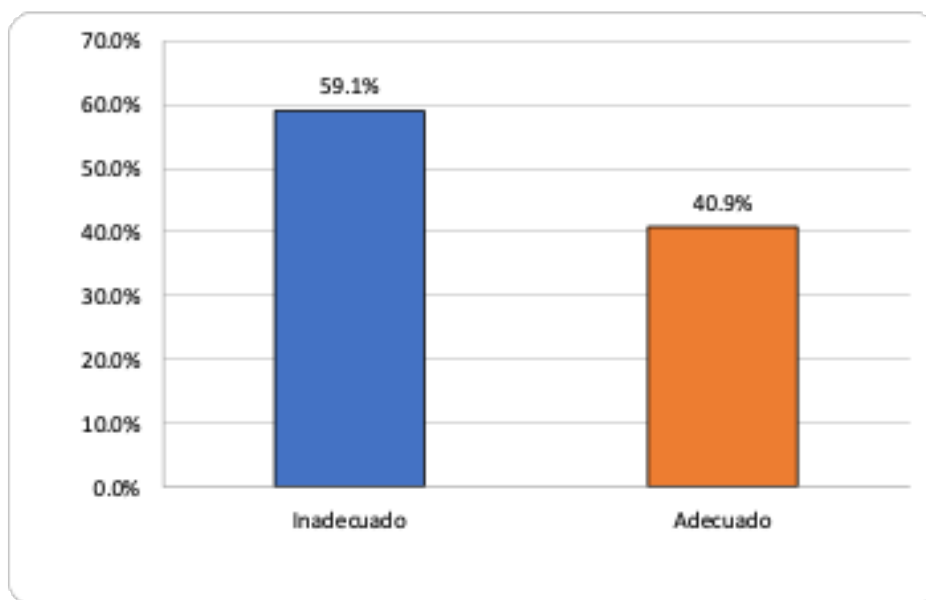
Al indagar sobre la preparación de alimentos sancochados y a la plancha, se registró que el 56.1% de los adultos mayores consultados presentó una práctica inadecuada, en tanto que el 43.9% restante mantuvo un desempeño adecuado en este aspecto. Estos resultados evidenciaron que más de la mitad de los participantes no incorporó de manera consistente métodos de cocción saludables en su rutina alimentaria. Tal circunstancia podría influir en la calidad nutricional de su dieta, lo cual resaltó la relevancia de fortalecer la orientación culinaria, promoviendo así la adopción de técnicas que favorezcan el manejo adecuado de su condición de salud en el entorno asistencial.

Tabla 24. Prepara sus alimentos con aceite de origen vegetal

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	78	59.1%
Adecuado	54	40.9%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 18. Prepara sus alimentos con aceite de origen vegetal



Nota: Procesado en SPSS V26.00

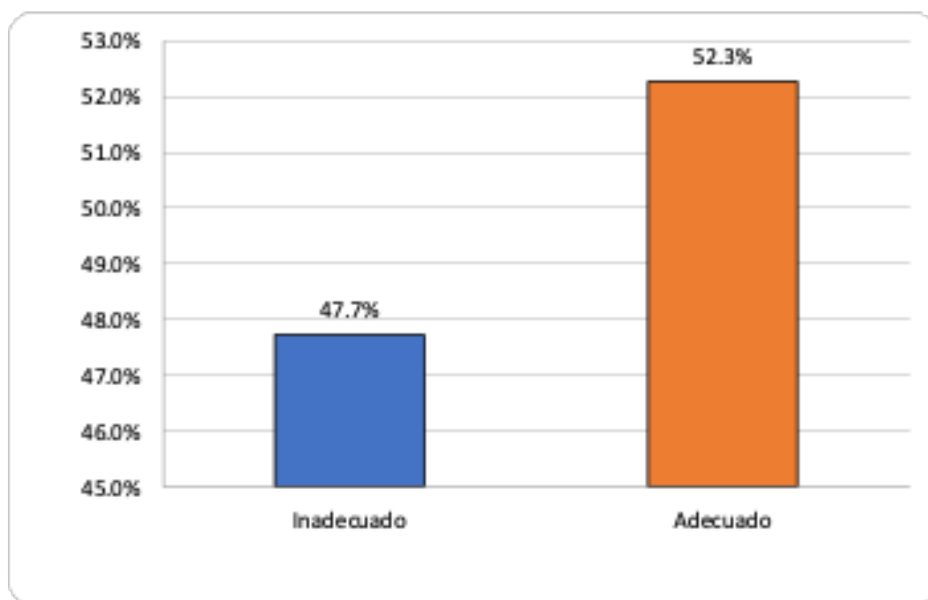
En cuanto al uso de aceite de origen vegetal en la preparación de alimentos, el 59.1% de los adultos mayores evaluados mostró una práctica inadecuada, frente al 40.9% que evidenció un desempeño adecuado. Esta distribución indicó que la mayoría de los participantes no priorizó el empleo de grasas más saludables en su alimentación cotidiana. Tal situación podría repercutir en el perfil lipídico de su dieta y en el control de su condición, lo cual sugirió la conveniencia de reforzar la educación nutricional sobre la selección de ingredientes, con el propósito de promover decisiones culinarias que favorezcan su bienestar integral en el contexto asistencial donde fueron atendidos.

Tabla 25. La frecuencia con la que usted consume ajos y apio es de 3 a 4 veces a la semana.

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	63	47.7%
Adecuado	69	52.3%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 19. La frecuencia con la que usted consume ajos y apio es de 3 a 4 veces a la semana.



Nota: Procesado en SPSS V26.00

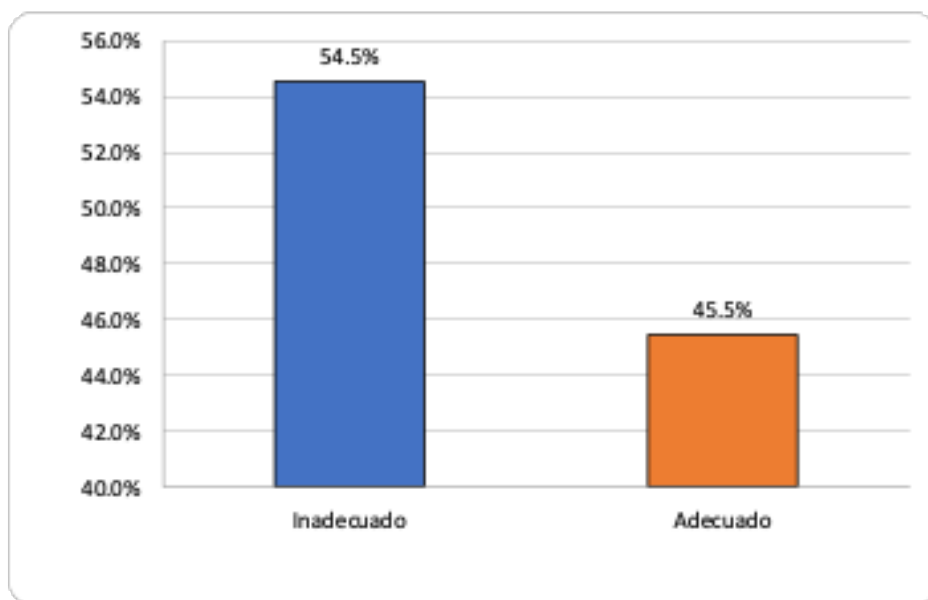
Sobre la frecuencia de consumo de ajos y apio de 3 a 4 veces por semana, se identificó que el 52.3% de los adultos mayores encuestados mantuvo una práctica adecuada, mientras que el 47.7% restante mostró un desempeño inadecuado. Esta ligera predominancia de conductas favorables indicó que más de la mitad de los participantes incorporó estos alimentos en su dieta con la regularidad recomendada. Tal hallazgo sugirió un avance en la adopción de hábitos alimentarios beneficiosos, aunque persistió un grupo considerable con oportunidades de mejora, lo cual resaltó la importancia de continuar fortaleciendo la orientación nutricional para consolidar estas prácticas en su rutina diaria.

Tabla 26. Tomar café y té de vez en cuando

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	72	54.5%
Adecuado	60	45.5%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 20. Tomar café y té de vez en cuando



Nota: Procesado en SPSS V26.00

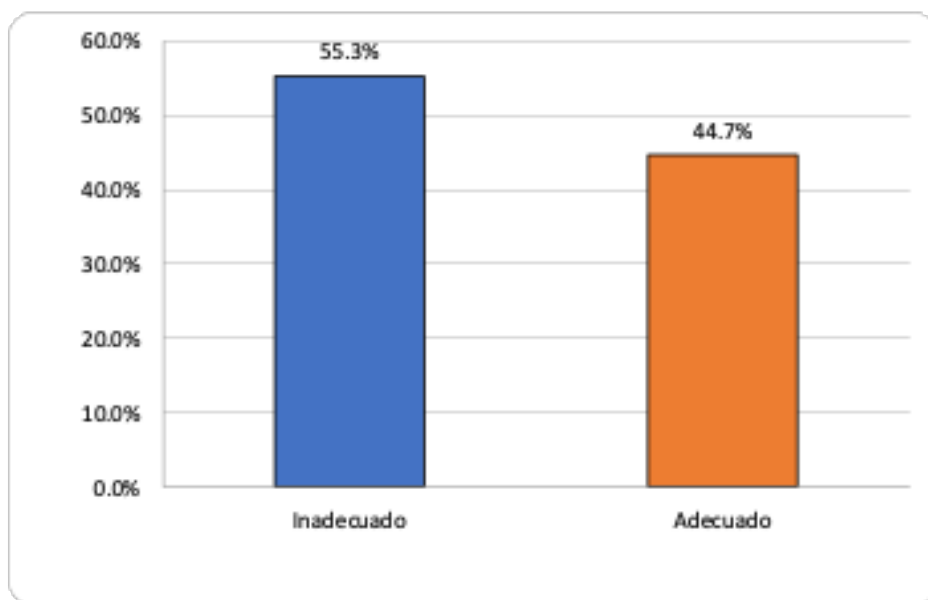
Respecto al consumo moderado de café y té, el 54.5% de los adultos mayores consultados presentó una práctica inadecuada, en contraste con el 45.5% que mantuvo un desempeño adecuado al limitar su ingesta. Esta tendencia indicó que más de la mitad de los participantes no reguló de manera óptima el consumo de estas bebidas, lo cual podría influir en el control de su condición de salud. La persistencia de este hábito sugirió la necesidad de reforzar la orientación sobre los efectos de la cafeína, promoviendo así decisiones informadas que favorezcan un manejo más equilibrado de su alimentación y bienestar integral en el contexto asistencial.

Tabla 27. Frecuentemente utiliza poca cantidad de sal en la preparación de sus alimentos.

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	73	55.3%
Adecuado	59	44.7%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 21. Frecuentemente utiliza poca cantidad de sal en la preparación de sus alimentos.



Nota: Procesado en SPSS V26.00

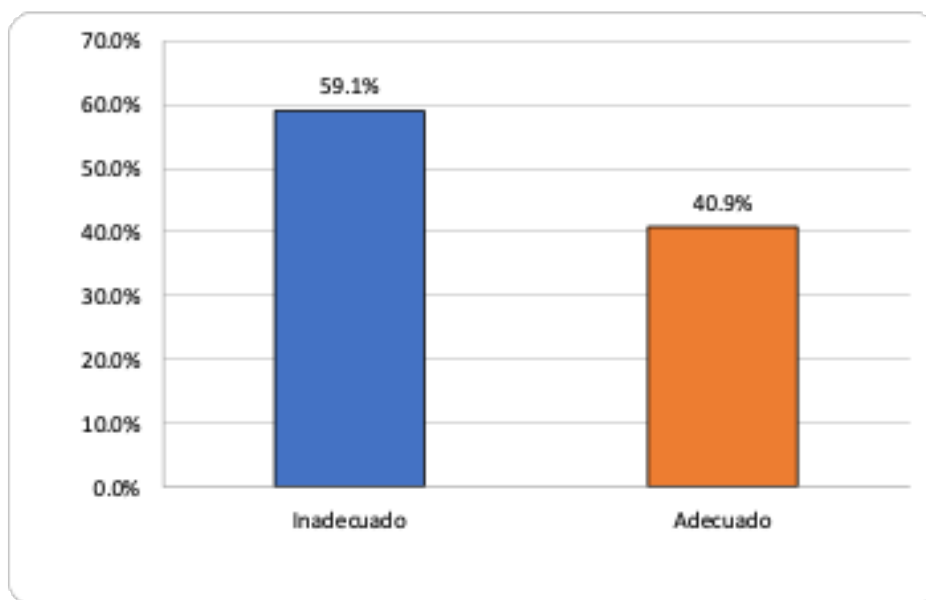
En relación con el uso de poca sal en la preparación de alimentos, se encontró que el 55.3% de los adultos mayores evaluados mostró una práctica inadecuada, mientras que el 44.7% restante evidenció un desempeño adecuado en este aspecto. Estos valores indicaron que más de la mitad de los participantes no limitó de manera consistente el sodio en su dieta, lo cual podría repercutir negativamente en el control de su condición. Tal circunstancia resaltó la importancia de fortalecer la educación sobre alternativas de sazonado, promoviendo así cambios en los hábitos culinarios que favorezcan un manejo más saludable de su alimentación y bienestar en el entorno asistencial.

Tabla 28. Realiza caminatas y ejercicios durante la semana.

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	78	59.1%
Adecuado	54	40.9%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 22. Realiza caminatas y ejercicios durante la semana.



Nota: Procesado en SPSS V26.00

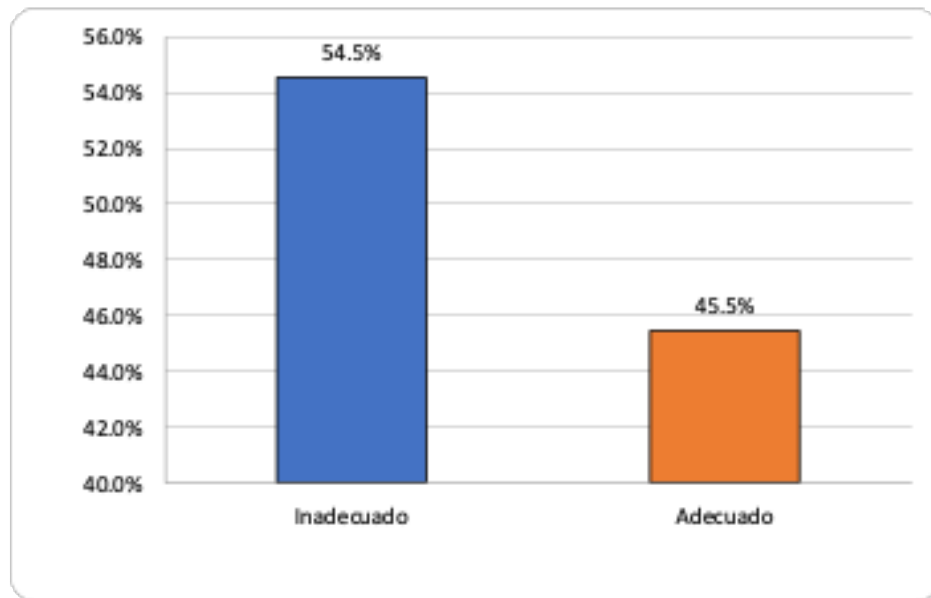
Al consultar sobre la realización de caminatas y ejercicios durante la semana, el 59.1% de los adultos mayores encuestados presentó una práctica inadecuada, frente al 40.9% que mantuvo un desempeño adecuado. Esta distribución evidenció que la mayoría de los participantes no incorporó de manera regular la actividad física en su rutina habitual. Tal situación podría asociarse con limitaciones para adoptar movimientos beneficiosos en el manejo de su condición, lo cual sugirió la conveniencia de promover espacios que fomenten el ejercicio constante, favoreciendo así un enfoque más integral para el cuidado de su salud y calidad de vida en el contexto asistencial donde fueron atendidos.

Tabla 29. Duerme más de 7 horas diarias.

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	72	54.5%
Adecuado	60	45.5%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 23. Duerme más de 7 horas diarias.



Nota: Procesado en SPSS V26.00

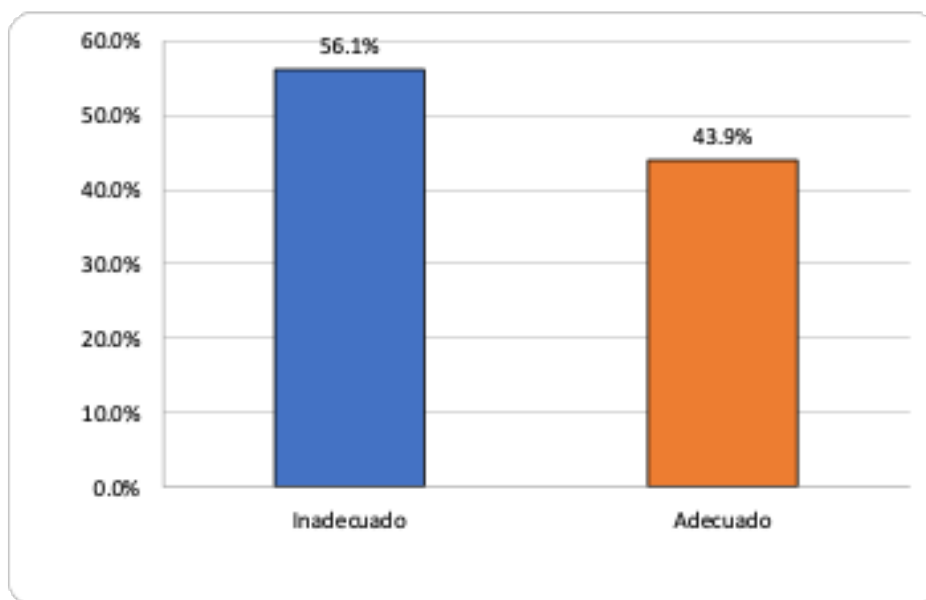
Respecto a la práctica de dormir más de 7 horas diarias, se registró que el 54.5% de los adultos mayores consultados mostró un desempeño inadecuado, en tanto que el 45.5% restante mantuvo una conducta adecuada en este aspecto. Esta tendencia indicó que más de la mitad de los participantes no alcanzó la duración de sueño recomendada, lo cual podría influir en su recuperación y bienestar general. Tal circunstancia resaltó la relevancia de fortalecer la orientación sobre hábitos de descanso, promoviendo así rutinas que favorezcan un sueño reparador como parte del manejo integral de su salud en el entorno asistencial donde fueron atendidos.

Tabla 30. Consume bebidas alcohólicas

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	74	56.1%
Adecuado	58	43.9%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 24. Consume bebidas alcohólicas



Nota: Procesado en SPSS V26.00

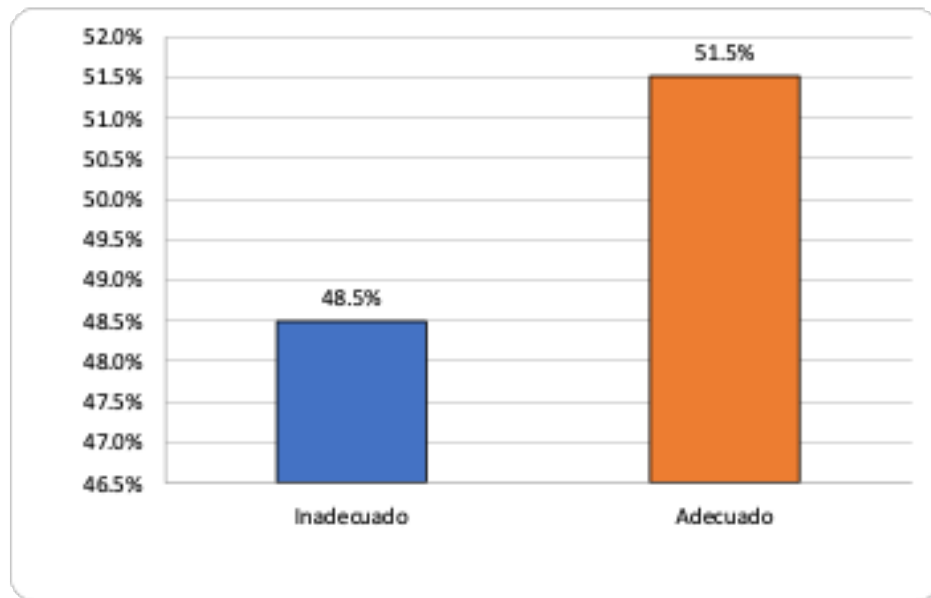
En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, el 56.1% de los adultos mayores evaluados presentó una práctica inadecuada, mientras que el 43.9% restante evidenció un desempeño adecuado al evitar o limitar esta ingesta. Estos valores indicaron que más de la mitad de los participantes mantuvo un hábito que podría afectar negativamente el control de su condición de salud. La persistencia de este comportamiento sugirió la necesidad de reforzar la educación sobre los riesgos asociados al alcohol, promoviendo así decisiones informadas que favorezcan un estilo de vida más saludable y un manejo óptimo de su bienestar en el contexto asistencial.

Tabla 31. ¿Acostumbra a fumar cigarrillos durante el día?

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	64	48.5%
Adecuado	68	51.5%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 25. ¿Acostumbra a fumar cigarrillos durante el día?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

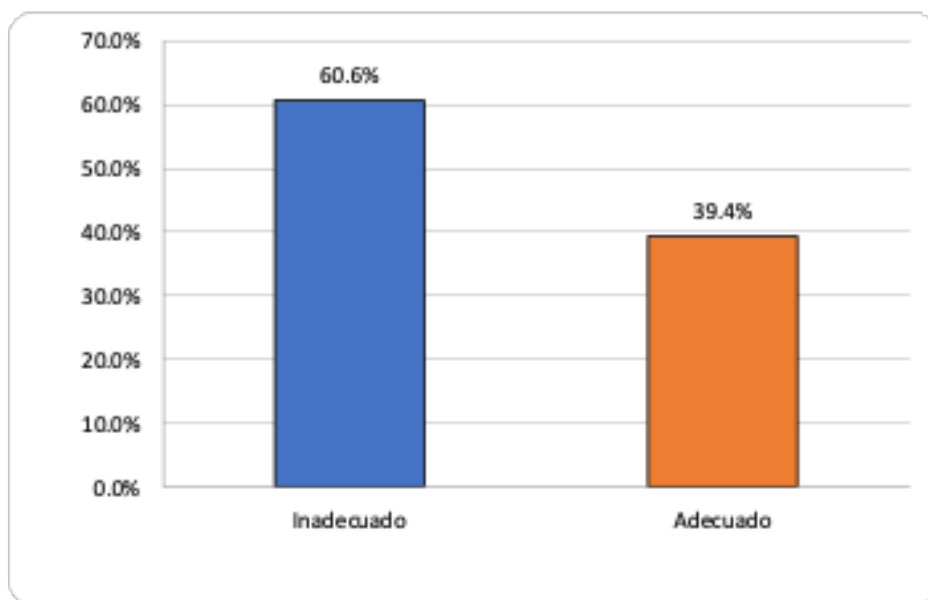
Sobre el hábito de fumar cigarrillos durante el día, se identificó que el 51.5% de los adultos mayores encuestados mostró una práctica adecuada al no fumar, mientras que el 48.5% restante presentó un desempeño inadecuado. Esta ligera predominancia de conductas favorables indicó que más de la mitad de los participantes evitó este factor de riesgo, aunque persistió un grupo considerable con exposición al tabaquismo. Tal hallazgo sugirió un avance en la adopción de estilos de vida saludables, aunque resaltó la importancia de continuar fortaleciendo estrategias para reducir el consumo de tabaco y promover un manejo más integral de su salud en el entorno asistencial.

Tabla 32. Toma sus medicamentos puntualmente

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	80	60.6%
Adecuado	52	39.4%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 26. Toma sus medicamentos puntualmente



Nota: Procesado en SPSS V26.00

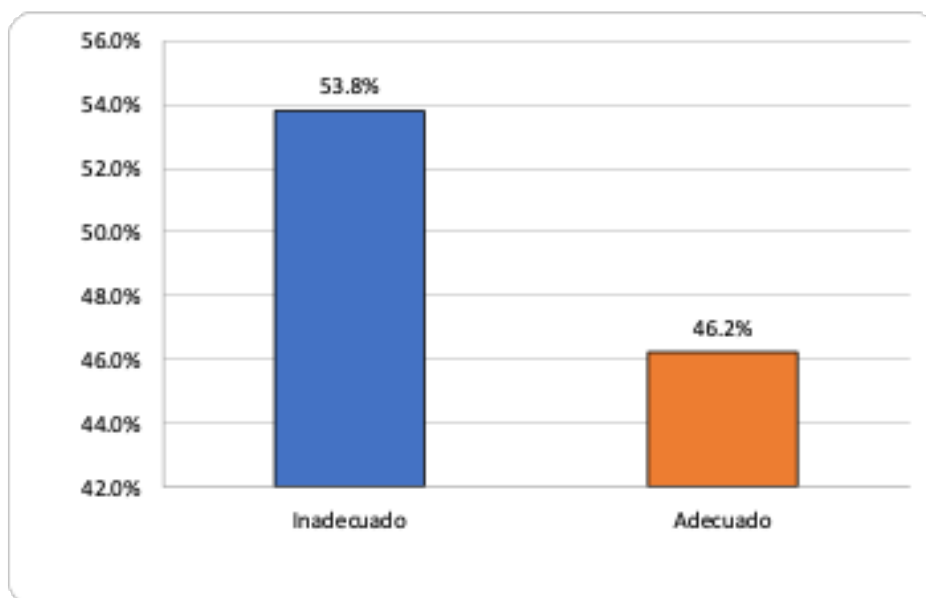
Respecto a la toma puntual de medicamentos, el 60.6% de los adultos mayores consultados presentó una práctica inadecuada, en contraste con el 39.4% que mantuvo un desempeño adecuado en este aspecto. Esta distribución evidenció que la mayoría de los participantes mostró dificultades para seguir de manera consistente el horario establecido de su tratamiento farmacológico. Tal situación podría repercutir en la efectividad terapéutica y en el control óptimo de su condición, lo cual resaltó la importancia de reforzar la orientación sobre la adherencia medicamentosa, promoviendo así rutinas que favorezcan un manejo más disciplinado y beneficioso para su salud en el contexto asistencial.

Tabla 33. Toma sus medicamentos sólo cuando se siente mal.

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	71	53.8%
Adecuado	61	46.2%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 27. Toma sus medicamentos sólo cuando se siente mal.



Nota: Procesado en SPSS V26.00

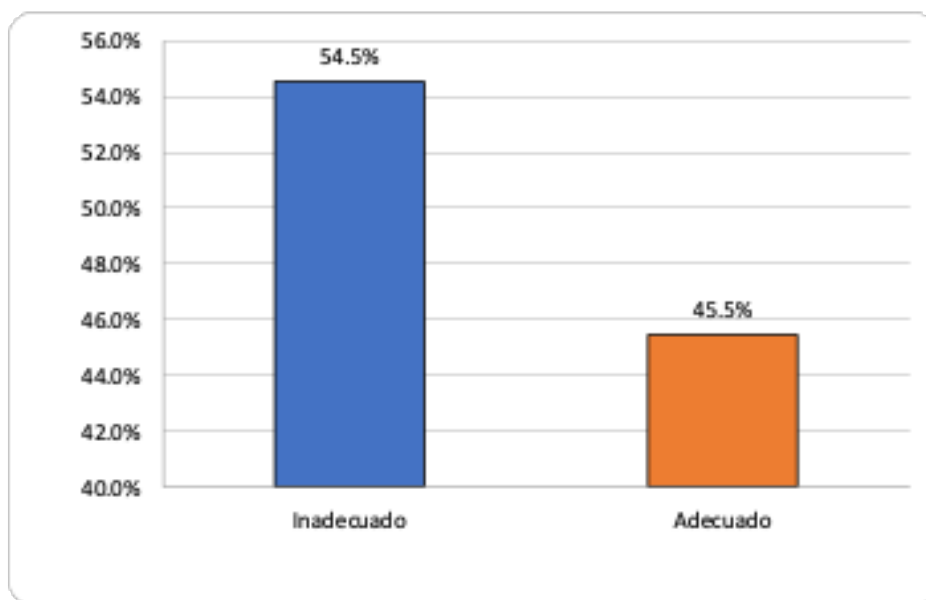
En relación con la práctica de tomar medicamentos solo al sentirse mal, se encontró que el 53.8% de los adultos mayores evaluados mostró un desempeño inadecuado, mientras que el 46.2% restante mantuvo una conducta adecuada al evitar este comportamiento. Esta tendencia indicó que más de la mitad de los participantes asoció la medicación con la presencia de síntomas, lo cual podría afectar la continuidad del tratamiento prescrito. Tal circunstancia resaltó la relevancia de fortalecer la educación sobre la importancia de la adherencia terapéutica, promoviendo así un enfoque más preventivo y constante en el manejo de su condición de salud en el entorno asistencial.

Tabla 34. Asiste a sus controles médicos puntualmente.

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	72	54.5%
Adecuado	60	45.5%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 28. Asiste a sus controles médicos puntualmente.



Nota: Procesado en SPSS V26.00

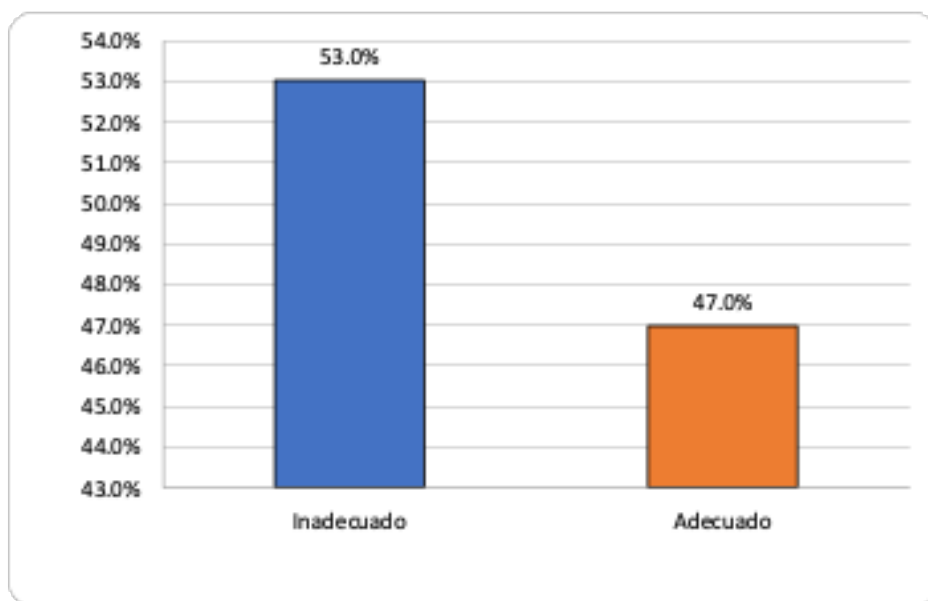
Al indagar sobre la asistencia puntual a controles médicos, el 54.5% de los adultos mayores encuestados presentó una práctica inadecuada, frente al 45.5% que mantuvo un desempeño adecuado en este aspecto. Estos valores reflejaron que más de la mitad de los participantes no asistió de manera regular a sus citas de seguimiento, lo cual podría incidir en la monitorización oportuna de su condición. Tal situación sugirió la conveniencia de reforzar la orientación sobre la importancia del acompañamiento profesional continuo, promoviendo así una mayor adherencia a los controles que favorezcan un manejo más integral y preventivo de su salud en el contexto asistencial.

Tabla 35. Se controla la presión arterial sólo cuando asiste a sus controles con la Enfermera y cuando siente molestias

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	70	53.0%
Adecuado	62	47.0%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 29. Se controla la presión arterial sólo cuando asiste a sus controles con la Enfermera y cuando siente molestias



Nota: Procesado en SPSS V26.00

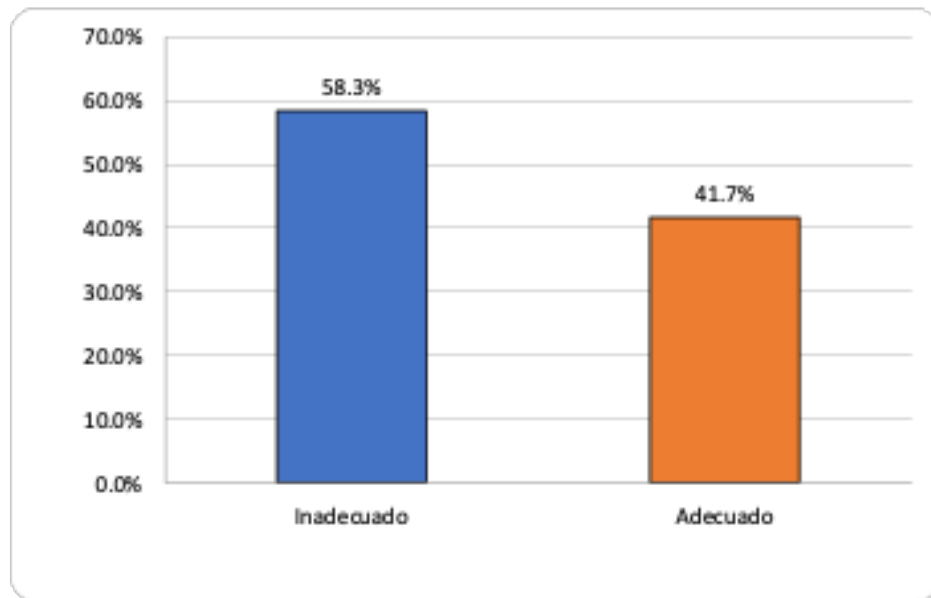
Respecto a la práctica de controlarse la presión arterial solo durante consultas o al sentir molestias, se registró que el 53.0% de los adultos mayores consultados mostró un desempeño inadecuado, en tanto que el 47.0% restante mantuvo una conducta adecuada. Esta distribución cercana indicó que más de la mitad de los participantes no realizó monitoreos regulares en su hogar, lo cual podría limitar la detección temprana de variaciones en su condición. Tal circunstancia resaltó la importancia de promover la automedición como parte de su autocuidado, favoreciendo así un seguimiento más constante y preventivo de su salud en el entorno asistencial donde fueron atendidos.

Tabla 36. Asiste a los controles de enfermería solo para recibir sus medicamentos.

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	77	58.3%
Adecuado	55	41.7%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 30. Asiste a los controles de enfermería solo para recibir sus medicamentos.



Nota: Procesado en SPSS V26.00

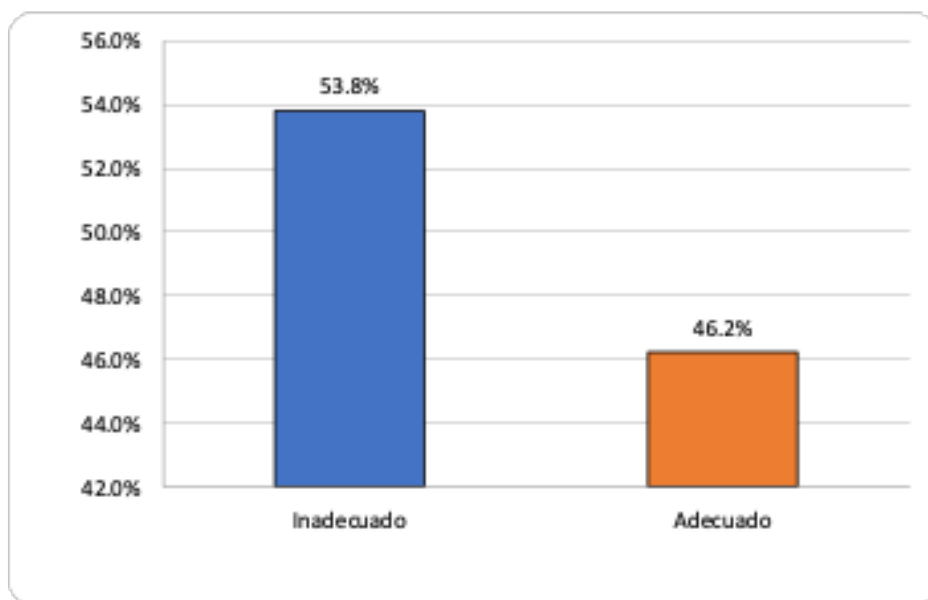
En cuanto a la asistencia a controles de enfermería únicamente para recibir medicamentos, el 58.3% de los adultos mayores evaluados presentó una práctica inadecuada, mientras que el 41.7% restante evidenció un desempeño adecuado. Esta tendencia indicó que la mayoría de los participantes no aprovechó integralmente estos espacios de atención, lo cual podría limitar la recepción de orientación adicional relevante para su cuidado. Tal situación sugirió la conveniencia de reforzar la comunicación sobre los beneficios de los controles de enfermería, promoviendo así una participación más activa y consciente que favorezca un manejo más completo de su condición de salud en el contexto asistencial.

Tabla 37. Pertenece algún programa de adulto mayor.

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	71	53.8%
Adecuado	61	46.2%
Total	132	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 31. Pertenece algún programa de adulto mayor.



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Sobre la pertenencia a programas de adulto mayor, se identificó que el 53.8% de los adultos mayores encuestados mostró una práctica inadecuada al no integrarse a estas iniciativas, en contraste con el 46.2% que mantuvo un desempeño adecuado. Esta distribución cercana sugirió que, aunque existió un grupo significativo participando en programas de apoyo, aún prevaleció una mayoría con oportunidades para acceder a beneficios adicionales. Tal hallazgo resaltó la relevancia de promover la vinculación con estos espacios, los cuales podrían fortalecer el acompañamiento social y sanitario, favoreciendo así un manejo más integral de su salud y calidad de vida en el entorno asistencial.



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE INVESTIGACION
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA N° 144 – 2026

El que suscribe, deja constancia que se la realizado el análisis con el software de verificación de similitud al **INFORME FINAL** cuyo título es:

Conocimiento y Práctica de autocuidado del paciente adulto mayor con Hipertensión Arterial atendido en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, Ica – 2025

Presentado por:

BACH. WILLIAM ALONSO QUIJAITE SALAZAR

Bachiller del nivel de Pregrado de la Facultad de Enfermería El resultado obtenido es 1% por el cual se otorga el calificativo de APROBADO, según Reglamento para la evaluación de la Originalidad de los documentos de investigación. Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Ica, 08 de julio del 2026

Operador KDT
Fecha y hora: 8 jul 2026 9:18 A.M.
Id: 605718724

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE INVESTIGACION

Dra. NORMA PASTOR RAMIREZ
DIRECTORA