

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIDAD DE POSGRADO**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DE  
LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL  
CONSULTORIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE  
SALUD JUAN PABLO II, CALLAO – 2021.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO  
EN SALUD PÚBLICA**

**AUTORES:  
JUÁREZ CHIRINOS GUSTAVO MANUEL  
VARGAS ALVA RODOLFO SANTOS**

**Callao, 2021  
PERÚ**



## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACION**

### **MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:**

Dr. Hernán Cortez Gutiérrez	Presidente
Dr. César Ángel Durand Gonzales	Secretario
Dra. Mercedes Lulilea Ferrer Mejía	Miembro
Mg. María Elena Teodosio Ydrogo	Miembro

### **ASESORA: JUANA GLADYS MEDINA MANDUJANO**

N° de Libro : 01

N° de Folio : 342

N° de Acta : 189

Fecha de Aprobación de la tesis:

Bellavista, 11 de Noviembre del 2021

**Resolución del Comité Directivo de la Unidad de Posgrado**

**N° 112- 2021 – CDUPG - FCS.**

## DEDICATORIAS

*A Dios, por concederme inteligencia,  
tranquilidad, fortaleza en todo momento.*

*A mis padres, quiénes han sido siempre  
apoyo y motivación en el logro de mis  
metas trazadas.*

**Gustavo Manuel Juárez Chirinos**

*A mi padre, porque me fortaleció día a día con  
sus consejos y ejemplo a seguir.*

*A mi madre, por todo el amor y cariño y por  
motivarme en el logro de mis metas.*

*A mi esposa, por ser asesora de mi vida, por el  
amor y el respeto en la toma de mis decisiones y  
sobre todo por su gran apoyo incondicional.*

**Vargas Alva Rodolfo Santos.**

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestros estimados docentes, por impartirnos sus conocimientos en favor de ser mejores profesionales cada día.

A nuestros asesores por guiarnos en la mejora de nuestra tesis de investigación

A la jefa del Establecimiento de Salud Juan Pablo II por permitirnos realizar nuestro trabajo de investigación en dicha institución.

A nuestra familia por el apoyo constante en el cumplimiento de esta meta académica.

Finalmente, un profundo agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

**Juárez Chirinos Gustavo Manuel**  
**Vargas Alva Rodolfo Santos.**

## ÍNDICE

<b>TABLAS DE CONTENIDO</b>	<b>3</b>
<b>TABLAS DE GRÁFICOS</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>11</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática	11
1.2. Formulación del problema	15
1.3. Objetivos	15
1.4. Limitantes	16
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>17</b>
2.1. Antecedentes	17
2.2. Bases teóricas	22
2.3. Conceptual	25
2.4. Definición de términos	37
<b>III. HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>39</b>
3.1. Hipótesis	39
3.2. Definición conceptual de variables	40
3.2.1. Operacionalización de variable	41
<b>IV. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>42</b>
4.1. Tipo y diseño de investigación	42
4.2. Método de investigación	43

4.3. Población y muestra	43
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado	44
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	44
4.6. Análisis y procesamiento de datos.	46
<b>V. RESULTADOS</b>	<b>47</b>
5.1. Resultados descriptivos	47
5.2. Resultados inferenciales.	57
<b>VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>62</b>
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con resultados	62
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.	69
6.3. Responsabilidad ética.	71
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>72</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>73</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>74</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>85</b>
• ANEXO 1: Matriz de Consistencia	86
• ANEXO 2: Instrumento 1: Nivel de conocimiento sobre la Hipertensión Arterial	88
• ANEXO 3: Instrumento 2: Estilos de Vida	91
• ANEXO 4: Consentimiento Informado	93
• ANEXO 5: Base de Datos	94
• ANEXO 6 :Otros	96

## TABLAS DE CONTENIDO

	<b>Págs.:</b>
Tabla 5.1.1 Edad de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021	47
Tabla 5.1.2. Sexo de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021	48
Tabla 5.1.3. Antecedentes de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021	49
Tabla 5.1.4. Conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021	50
Tabla 5.1.5. Conocimiento sobre autocuidado en pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021	51
Tabla 5.1.6. Estilos de Vida de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021	52
Tabla 5.1.7. Variable Estilos de vida de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021 en su Dimensión Alimentación	53
Tabla 5.1.8. Variable Estilos de Vida de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021 en su Dimensión Actividad física	54
Tabla 5.1.9. Variable Estilos de Vida de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021 en su Dimensión Hábitos nocivos	55
Tabla 5.1.10. Variable Estilos de Vida de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021 en su Dimensión manejo del estrés	56
Tabla 5.2.1. Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021	57



Tabla 5.2.2	Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión alimentación en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021	58
Tabla 5.2.3	Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión actividad física en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021	59
Tabla 5.2.4	Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión hábitos nocivos en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021	60
Tabla 5.2.5	Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión manejo del estrés en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021	61

## TABLAS DE GRÁFICOS

**Págs.:**

Gráfico 5.1.1	Edad de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021	47
Gráfico 5.1.2.	Sexo de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021	48
Gráfico 5.1.3.	Antecedentes de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021	49
Gráfico 5.1.4.	Conocimiento sobre enfermedad	50
Gráfico 5.1.5.	Conocimiento sobre autocuidado	51
Gráfico 5.1.6.	Estilos de Vida de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2021	52
Gráfico 5.1.7	Variable Estilos de vida en su Dimensión Alimentación	53
Gráfico 5.1.8.	Variable Estilos de Vida en su Dimensión Actividad física	54
Gráfico 5.1.9.	Variable Estilos de Vida en su Dimensión Hábitos nocivos	55
Gráfico 5.1.10.	Variable Estilos de Vida en su Dimensión manejo del estrés	56
Gráfico 5.2.1	Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en pacientes del centro de salud Juan Pablo II 2020	57
Gráfico 5.2.2	Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión alimentación en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021	58

Gráfico 5.2.3	Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión actividad física en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021	59
Gráfico 5.2.4	Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión hábitos nocivos en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021	60
Gráfico 5.2.5	Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión manejo del estrés en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021	61

## RESUMEN

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, correlacional y corte transversal, no experimental. Su objetivo general: Determinar la relación entre nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y los estilos de vida saludable de los pacientes adultos que acuden al Consultorio de Medicina del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao - 2021. Con objetivos específicos: valorar dicho conocimiento y los estilos de vida en sus dimensiones: Alimentación, Actividad física, Hábitos Nocivos y Manejo del estrés. La muestra estuvo conformada por 73 adultos, cumpliendo con criterios de inclusión y exclusión, atendidos entre los meses de enero a junio del 2021, para recolectar la información se utilizó la técnica de encuesta mediante un cuestionario de conocimientos sobre hipertensión arterial y estilos de vida saludable; la hipótesis fue contrastada mediante la prueba estadística no paramétrica Rho de Spearman con un nivel de significancia de 0.05.

Para el procesamiento de datos se empleó el programa SPSS y para la parte inferencial se aplicó el estadístico de Rho-Spearman, obteniendo un p valor de 0.1 y un Rho de Spearman calculado de -0.168 para la hipótesis general. Para las hipótesis específicas de las cuatro dimensiones de la variable estilos de vida saludable, tales como: la alimentación, actividad física, hábitos nocivos sobre la enfermedad y manejo del estrés sobre la enfermedad se obtuvo un p-valor 0.074, 0.065, 0.332 y 0.060, respectivamente, y el valor calculado de rho de spearman de -0.210, -0.217, -0.115 y 0.466. Considerando criterios de decisión  $\alpha=0.05$ , por lo que podemos demostrar que no existe relación significativa entre las variables. Existe relación ajustada al 90% de confianza entre el conocimiento de la hipertensión arterial y los estilos de vida en los pacientes adultos del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao -2021. Los Resultados demostraron que del 100 % (73) de los adultos, respecto al conocimiento sobre hipertensión arterial, el 50.6 % (37) tuvieron un conocimiento medio y el 49.3% (36) un conocimiento bajo. Con respecto a los estilos saludable, el 65.7% (48) tienen un estilo de vida regular, el 19.2% (14) malo y el 15.07% (11) es bueno.

**Palabras claves:** Hipertensión arterial, estilos de vida, adultos.

## ABSTRACT

The present study was of a quantitative, correlational and cross-sectional approach, not experimental. Its general objective: To determine the relationship between the level of knowledge about arterial hypertension and the healthy lifestyles of adult patients who attend the Medicine Office of the Juan Pablo II Health Center, Callao - 2021. With specific objectives: to assess said knowledge and lifestyles in their dimensions: Diet, Physical Activity, Harmful Habits and Stress Management. The sample consisted of 73 adults, meeting the inclusion and exclusion criteria, attended between the months of January to June 2021, to collect the information, the survey technique was used through a questionnaire on knowledge about arterial hypertension and healthy lifestyles ; the hypothesis was contrasted using the Spearman Rho non-parametric statistical test with a significance level of 0.05.

For data processing, the SPSS program was used and the Rho-Spearman statistic was applied for the inferential part, obtaining a p value of 0.1 and a calculated Spearman's Rho of -0.168 for the general hypothesis. For the specific hypotheses of the four dimensions of the healthy lifestyle variable, such as: diet, physical activity, harmful habits about the disease, and stress management about the disease, a p-value of 0.074, 0.065, 0.332 and 0.060 was obtained ,respectively, and the calculated spearman's rho value of -0.210, -0.217, -0.115, and 0.466. Considering decision criteria  $\alpha = 0.05$ , by what we can show that there is no significant relationship between the variables. There is a relationship adjusted to 90% of confidence between the knowledge of arterial hypertension and the lifestyles in adult patients of the Juan Pablo II Health Center, Callao -2021. The Results showed that 100% (73) of the adults, regarding the knowledge about arterial hypertension, 50.6% (37) had a medium knowledge and 49.3% (36) a low knowledge. With regard to healthy styles, 65.7% (48) have a regular lifestyle, 19.2% (14) bad and 15.07% (11) are good.

**Keywords:** Arterial hypertension, lifestyles, adults.

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión como factor de riesgo cardiovascular es de gran prevalencia en el mundo, esto se da especialmente en los países con ingresos bajos y medianos.

Los estilos de vida saludables como hábitos y costumbres, actividad física, alimentación saludable, el disminuir el estrés, el no fumar, el no ingerir alcohol en exceso, constituyen factores favorables para su control.

Un conocimiento adecuado y la educación orientada en los buenos estilos de vida saludable permiten alcanzar metas para el control de los pacientes hipertensos, lo que a futuro redundará en disminuir y evitar las complicaciones de la enfermedad, mejorando la calidad de vida de las personas, siempre con el valioso apoyo de la familia y comunidad recuperando la salud del enfermo.

Las personas con diagnóstico de esta enfermedad tendrán que adquirir conocimientos sobre el autocuidado, en gran medida adoptarán prácticas y actitudes adecuadas que reducirán las complicaciones posteriores, asimismo, esto permitirá cumplir adecuadamente el tratamiento, tendrá una mayor habilidad y destreza en el autocuidado respecto a los estilos de vida saludable como alimentación, ejercicios, horas de sueño, etc.

Para la elección de este tema como objeto de investigación tuvimos varias razones: La prevalencia de la HTA y su importancia para el Sistema Sanitario. La relevancia de la modificación de los hábitos de vida poco saludables que tienen las personas y la intervención preventiva en este tipo de enfermedades. El papel tan importante que desarrolla el equipo de salud en la prevención de la hipertensión arterial.

El informe de tesis consta de capítulos, entre ellos: El capítulo I que incluye el planteamiento del problema, la formulación del problema de investigación, los objetivos de estudio y limitantes del mismo, en el capítulo II, tenemos el marco teórico, el cual incluye los antecedentes nacionales e internacionales de la investigación, las bases teóricas conceptuales, las cuales sustentan categóricamente y explican los conocimientos y su relación con los estilos de vida saludable sobre la hipertensión arterial y la definición de términos que permiten mejorar la comprensión del contenido, en el capítulo III desarrollamos las hipótesis, y la operacionalización de las variables, en el capítulo IV , se desarrolla el diseño metodológico, es decir el tipo y diseño de la investigación, seguido de ello se presenta el capítulo V Resultados en donde se presentan los resultados a nivel descriptivo e inferenciales del estudio ,en el capítulo VI se plantea la discusión de estos resultados. Finalmente, se presenta las conclusiones y recomendaciones, culminando con los anexos más resaltantes para el estudio.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

La hipertensión arterial (HTA) es una condición muy frecuente y está considerada como el principal factor relacionado con la mortalidad a nivel mundial. Las cifras de presión arterial aumentan gradualmente con la edad. La distribución de la prevalencia depende fundamentalmente de factores socioeconómicos y culturales, aunque se evidencia una tendencia a igualarse en todas las zonas geográficas del planeta (1).

Informes recientes de la OMS y del Banco Mundial destacan la importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la hipertensión arterial, como obstáculo al logro de un buen estado de salud. Se debe agregar que, para la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, estrategias deficientes de la atención primaria de la salud son los principales impedimentos, para el logro del control de la presión arterial. (2).

De otro lado, refiere que en el mundo hay 1130 millones de personas con hipertensión arterial y la mayoría de ellas (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos. En 2015, 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres tenían hipertensión arterial. Apenas 1 de cada 5 personas tiene controlado el problema. Una de las metas mundiales para las enfermedades no transmisibles es reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% para 2025(3).

Así mismo, se afirma que, la hipertensión arterial es la enfermedad causante de aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Se estima que las complicaciones derivadas de



la hipertensión son causa de 9,4 millones de defunciones cada año en el mundo. (4).

También refiere que, uno de los pilares de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud, que abarca además de la difusión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades y destrezas personales y la autoestima, los cuales se hacen imprescindibles para tomar medidas destinadas a mejorar la salud. La Prevención en el campo de la Salud implica una concepción científica, multisistémica de trabajo, en el modo de hacer, pensar, organizar y de actuar, es decir la promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud, contempla una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales cuyo fin primordial es beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no encaminándose sólo en el tratamiento y la curación.(5)

En Cuba, según el Anuario Estadístico de Salud, en el año 2015, se elevaron las cifras de prevalencia por la despenalización para la hipertensión arterial, cuya tasa fue de 217,5 por cada 1000 habitantes, en tanto se reportaron 3427 defunciones por causa de enfermedades hipertensivas. (6)

En el Perú, según el INEI, la prevalencia de la hipertensión arterial en personas de 15 años y más alcanzó el 17.6%. De este total, el 48.6% los individuos de 60 y más años de edad, tienen hipertensión. (7).

Se evidencia, que, en la provincia constitucional del Callao, provincia de Lima y las Regiones de Piura. Tumbes, Loreto, Ica y Pasco, tienen porcentajes superiores al 19%. Así mismo se observa, que la mortalidad por enfermedad hipertensiva pasó del puesto 15 en 1986, al puesto 10 en el 2015, y la tasa específica de mortalidad pasó de 9.6 a 14.2 por 100,000 en el mismo periodo.(8)

Además, se informa que, según departamento, de acuerdo a la medición efectuada en el 2018 los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad presentaron presión arterial alta, por encima del promedio nacional, se registraron en la Región Lima (18,4%), Provincia Constitucional del Callao (17,5%), provincia de Lima (17,1%), Ica (16,6%) y Piura (16,1%). Los menores porcentajes se presentaron en Huánuco (9,4%), Ucayali (9,8%) y Huancavelica (10,3%). (9).

El riesgo de la hipertensión arterial no es sólo su alta prevalencia, la cual se incrementa con la edad, así en las personas de 50 años a más, prácticamente, unas de cada dos personas viven con hipertensión arterial. La importancia del problema se incrementa si tenemos en cuenta que las complicaciones de la hipertensión: infarto de miocardio y accidente cerebro vascular son causa considerable de hospitalización y de muerte. Pero un problema aún mayor es la falta de conciencia de la población sobre los niveles elevados de presión arterial y por ende la falta de tratamiento. (10).

Con frecuencia se habla de estilos de vida para referirse a patrones comportamentales como actividad física o los hábitos alimentarios; los estilos de vida estudiados han sido fundamentalmente: los hábitos alimentarios inadecuados, la falta de actividad física, el consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol; otros estilos de vida contemplados en los programas promoción de la salud o prevención de enfermedades son el descanso, ocio y el sueño, la higiene, la educación sexual, y planificación familiar, el consumo de drogas, la automedicación, las revisiones sanitarias, el seguimiento o no de prescripciones médicas o las prácticas de seguridad y protección de las prácticas de salud y/o riesgo no son conductas aisladas que surjan de manera esporádica por el contrario constituyen varias formas de comportamientos más o menos organizados, complejos, coherentes, estables y duraderos fuertemente relacionados con el entorno que vive la persona.(11).

Debemos poner énfasis en la labor de los profesionales de la salud, el enfermero(a) desempeña un rol fundamental en el primer nivel de atención en la prevención y en la promoción de la salud fomentando el autocuidado en los pacientes para evitar las complicaciones y secuelas.

En el Centro de Salud Juan Pablo II cuenta con una población de 7154 personas y según fuente de registros de atención médica semestral del mes de mayo al mes de octubre del 2020 tenemos 90 pacientes hipertensos de los cuales 26 son adultos y 64 son adultos mayores. A nivel de ingresos por crisis hipertensiva, dentro de la institución se tiene a un promedio de 05 personas adultas mayores al mes, siendo los adultos mayores la población más vulnerable. En caso de adherencia al tratamiento se tiene al 78.1 % (50) que cumple con ello, mientras que el 6.25% (4) sufre de algún tipo de complicación, respecto a la hipertensión no controlada.

En ese aspecto al realizarles algunas preguntas a algunos de estos pacientes como, por ejemplo: ¿Conoce usted que es la hipertensión Arterial? ¿Cómo se puede prevenir? ¿Sabe usted que los estilos de vida saludable podrían ayudar a evitar este problema de salud? Y ante la respuesta como: es una enfermedad que se padece por la edad , se puede prevenir no comiendo grasas , solo tendré Hipertensión si mis padres tienen hipertensión , no conozco que son estilos de vida; todas estas respuestas resultan preocupantes, debido a que si las personas desconocen las causas que originan este terrible mal y las complicaciones que podrían tener entonces estamos ante una gran amenaza para la salud Pública, es por ello que teniendo en cuenta las situaciones planteadas surge la siguiente interrogante:¿Cuál es la Relación entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable en los pacientes adultos del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao -2021?

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General:**

- ¿Cuál es la Relación entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable en los pacientes adultos del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao -2021?

### **1.2.2. Problemas Específicos:**

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable en la dimensión alimentación?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludables en la dimensión Actividad física?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y los estilos de vida saludable en la dimensión hábitos nocivos sobre la enfermedad?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y los estilos de vida saludable en la dimensión manejo del estrés sobre la enfermedad?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General:**

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y los estilos de vida saludable de los pacientes adultos que acuden al Consultorio de Medicina del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao -2021.

### **1.3.2 Objetivos Específicos:**

- Relacionar las variables nivel de conocimiento y los estilos de vida saludable en la dimensión alimentación.
- Relacionar las variables nivel de conocimiento relacionado a los estilos de vida saludables en la dimensión actividad física.
- Relacionar las variables nivel de conocimientos relacionado a los estilos de vida saludables en la dimensión hábitos nocivos sobre la enfermedad.
- Relacionar las variables nivel de conocimientos relacionado a los estilos de vida saludable en la dimensión manejo del estrés sobre la enfermedad.

### **1.4. Limitantes**

Los limitantes de la investigación son las siguiente:

- Limitante Teórico: Se han utilizado teorías fundamentadas y definidas para sustentar las variables de investigación, conocimientos sobre hipertensión y los estilos de vida.
- Limitantes Temporal: El periodo de tiempo del estudio es transversal ya que los instrumentos fueron utilizados en un momento de tiempo determinado.
- Limitante Espacial: La presente investigación fue realizado en el consultorio de medicina del Centro de Salud Juan Pablo II - Callao, Provincia del Callao, Región Callao.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes**

##### **2.1.1. Antecedentes Internacionales:**

**Vidal Johanna realizó en Ecuador** un estudio observacional, descriptivo transversal titulado “Diseño de estrategia educativa para modificar estilos de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial. sector Guayaquil, Centro de Salud Pedro Carbo en el año 2018 “. El grupo etáreo predominante fue de 35-39 años con un 51.9% de sexo masculino; el 29.6% de los participantes tenían nivel de escolaridad primaria; el 82.7% se identificaron como mestizos y el 22.2% amas de casa; el nivel de conocimiento de hipertensión arterial fue alto en un 63.0% de los encuestados, el nivel de conocimiento fue bajo en 55.6% para los factores de riesgo de hipertensión. Teniendo como conclusiones que la mayoría de los adultos jóvenes mostraron un bajo nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para hipertensión arterial, a pesar de ello, un alto porcentaje están conscientes que deben mejorar su estilo de vida para tener mejor calidad de vida (12).

**Espinel Ciro realizó en Ecuador** un estudio descriptivo, analítico, tipo cuantitativo transversal “Factores de riesgo modificables relacionados a la hipertensión arterial de los empleados del gobierno autónomo descentralizado municipal de simón bolívar, Guayas, 2018”. Se estudiaron variables sociodemográficas, antropométricas, consumo de alimentos, medición de presión arterial, consumo de alcohol y tabaco. Se concluye en el estudio que se puede determinar que, más de un tercio de la población laboral del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Simón Bolívar tiene Presión Arterial Elevada e Hipertensión Arterial; y, existe una relación con los factores de

riesgo modificables teniendo mayor prevalencia el consumo de alcohol, los hábitos alimentarios y la inactividad física con presencia muy importante de la obesidad y el sobrepeso. (13).

**Burbano Daira, estudió en Colombia** en su estudio descriptivo, de corte transversal cuantitativo, titulado “Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso-2017” describe el estilo de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta de control en las Unidades Primarias de Atención del Hospital de Engativá. Se obtuvo como resultado que los participantes presentan adecuados estilos de vida y un buen nivel de calidad de vida relacionada con la salud. Se llegó a la conclusión que, los estilos de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, descrito por los participantes, favorece el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones. Se identificaron altos porcentajes de sobrepeso y obesidad, al igual que una dieta inadecuada, por lo que se debe propender hacia el mejoramiento de los hábitos nutricionales. (14).

**Lozada Ruth, estudió en Ecuador** en su estudio de tipo cuantitativo, analítico retrospectivo y de corte transversal titulado “Estrategias para el mejoramiento de estilo de vida en Pacientes con hipertensión arterial. Guayaquil-Ecuador 2016” cuyos resultados fueron: De 270 pacientes estudiados 179 fueron mujeres y 101 Varones, sobre los 60 años se tabularon 164 pacientes, el sedentarismo se presentó en 179 mujeres y 91 hombres, seguido de la obesidad con 182 mujeres y 88 varones. Se concluyó: la mayoría de pacientes con hipertensión arterial están sobre los 60 años, predomino el sexo femenino y lo más significativo en el estilo de vida fue el sedentarismo en las mujeres, siguiendo la obesidad (15).

**Ramos Mónica Cecilia en Bolivia**, hizo un estudio de corte transversal y descriptivo titulado “Frecuencia de Hipertensión Arterial en Adultos de la localidad de Coroico con relación a sus hábitos y estilos de vida en la gestión 2016”. Las conclusiones a las que se llegó fueron que con los datos obtenidos se pudo percatar que las mujeres es el grupo de mayor riesgo para ser afectadas por el tipo de trabajo que realizan como la venta de alimentos o de diferentes productos y la cantidad de horas al día que se encuentran sentadas, el incremento del consumo de sal se debe a los alimentos ultra procesados que se consume, en relación con los hábitos tóxicos como el consumo de alcohol y tabaco se está incrementando en este género. Los hábitos y estilos de vida cuando no son los adecuadas constituyen un problema de salud pública incrementado los casos de Enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial (16).

**Arévalos y otros en Paraguay** hizo un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, con componente analítico, realizado a través de entrevista explicativa estructuradas personales de respuesta múltiples y cerrada, titulada “Conocimiento de los pacientes sobre los Factores de Riesgos Cardiovasculares (FRCV) y Enfermedades Cardiovasculares (ECV) - 2016” ,en dónde obtuvo los siguientes resultados: De los 2019 encuestados se encontró que el nivel de conocimientos en HTA (30%) y FRCV (7%), ambos en general (8%). Sedentarismo (61,24%). Idea de que cada persona cuenta con una cifra de PA ideal para su cuerpo sin importar la cifra (63,64%), de que la HTA tiene síntomas en todos los casos (76,08%), que es posible interrumpir el tratamiento de la HTA cuando las cifras de presión arterial están controladas (32,54%). No existe relación entre el nivel de conocimientos en HTA/FRCV con: sedentarismo ( $p=0,99/p=0,80$ ); consumo de bebidas alcohólicas ( $p=0,5/p=0,72$ ); el consumo de frituras ( $p=0,74/p=0,5$ ); el consumo de verduras ( $p=0,49/p=0,12$ ). No existe relación entre el habito tabáquico y el nivel



de conocimientos en HTA ( $p=0,63$ ), pero el mismo si depende del nivel de conocimiento en FRCV ( $p=0,04$ ). Conclusión: Bajo nivel de conocimientos en HTA y FRCV. No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos en HTA y FRCV y la práctica de estilo de vidas saludables. (17).

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**Coronado. y otros en Tumbes**, realizaron en el 2018 una investigación cuantitativa descriptiva titulada “Influencia del conocimiento de la hipertensión arterial en el control de salud de los pacientes hipertensos. Hospital 1-Essalud-Tumbes”. Se tiene como resultados que el 81% de los participantes contestaron que la hipertensión arterial no es una enfermedad curable, respecto a los patrones de control un 59% de los pacientes no mantiene controlada la presión arterial. Se llega a la conclusión siguiente: Los patrones que influyen en el control de la salud del paciente hipertenso como el control de la presión arterial son bajos, a pesar del conocimiento de los factores de riesgo. (18).

**Bautista Gabriela, en Lima**, en su estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal de diseño cuasi experimental “Impacto de un programa educativo sobre el nivel de conocimientos y actitudes hacia su enfermedad en pacientes hipertensos, Policlínico Metropolitano-2018 ” Obtuvo los siguientes resultados: Antes de la intervención del programa educativo, se observa que el 60.4% de los pacientes hipertensos presentaron un nivel de conocimiento bajo y medio; después del programa se obtiene que un 89.6% presentaron nivel de conocimiento alto y muy alto. Asimismo, se observa que el 20.8% de los pacientes hipertensos antes del programa educativo presentaron actitudes positivas hacia su enfermedad, y después del programa educativo aumentó a

un 75.0%. Posteriormente se concluye que, el nivel de conocimientos y la actitud hacia la hipertensión se modificaron positivamente después de la intervención del programa educativo. (19).

**Guerra D ; en La Libertad**, en su estudio cuantitativo correlacional de tipo descriptivo prospectivo de corte transversal, no probabilístico “ Nivel de conocimiento de hipertensión arterial y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del Centro de Salud Paiján 2018” Los resultados obtenidos indican que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos del Centro de Salud Paiján, 2018 es medio con 80%, el cumplimiento de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del Centro de Salud Paiján, 2018 fue de 5,7% para los test de Haynes – Sackett y Morisky – Green – Levine, y para el test de recuento de tabletas fue 2,8%. En este estudio se concluye que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y los test de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del Centro de Salud Paiján, 2018. (20).

**Huaycañe J y García J, en Huancayo**, en su investigación de tipo descriptivo, no experimental, transversal prospectivo “Estilos de vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo-2017” cuya población y muestra fue de 81 personas adultas, a quienes se aplicaron el cuestionario “escala de estilos de vida del adulto hipertenso, llegando a la siguiente conclusión: El 75.3%(61 encuestados) de adultos hipertensos tienen un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo 24%(20 encuestados) presenta un estilo de vida saludable, donde las dimensiones no saludables de mayor porcentaje son la de manejo del estrés (77.8%) y actividad física y ejercicio (72.8%) por lo que se deben desarrollar programas educativos enfocados al cuidado de la persona hipertensa en los diferentes niveles de prevención.(21).

**Aguilar Lidia, en Trujillo**, en su estudio de tipo cuantitativo-correlacional de corte transversal titulado: "Factores de riesgo biosocioculturales y la hipertensión arterial en pacientes del servicio de medicina general y especialidades - Hospital III Es salud Víctor Lazarte Echeagaray Trujillo 2017" obtuvieron las siguientes conclusiones al aplicar la prueba estadística de  $X^2$  en los factores de riesgo biosociales en relación con la HTA se encuentra significación estadística de la HTA con el peso IMC y realizan ejercicio físico media hora diaria  $P < 0,05$  y no hay evidencia de significancia en las variables relacionadas con edad y  $P > 0,05$ . Igualmente aplicando la prueba de  $X^2$  en los factores de riesgo culturales se encuentra significancia estadística de la HTA con el consumo de alcohol y adherencia al tratamiento  $P < 0,05$  y no se aprecia significación estadística en relación con la HTA el consumo de sal y tabaco  $P > 0,05$ . (22).

## **2.2. Bases teóricas**

En la presente investigación se tomó como referencias a la teoría de Dorothea Orem y al modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, sustentos que se relacionan con la calidad del cuidado de enfermería y la satisfacción del usuario y la Teoría de las determinantes sociales de Lalonde y Laframboise, la cual fundamenta la importancia que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública.

### **2.2.1. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem (1969) Sostiene:**

La teoría general del Autocuidado trata de tres subteorías relacionadas:

Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

La teoría del autocuidado: Como una contribución constante de la persona en cuidar su propia salud; el autocuidado es una actividad aprendida por las

personas, orientada hacia un objetivo; es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas sobre sí mismos, hacia los demás o hacía el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (23).

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Requisito de autocuidado de la desviación de la salud: Son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica. (24)

Requisitos de autocuidado universal: Son comunes a todos los individuos, la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social.

Requisito del auto cuidado es de prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar efectos en dicha situación. (25).

La teoría del déficit del autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella no pueden asumir el autocuidado o el cuidado pendiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera(o)

Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Comprende la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege. Sistema de enfermería parcialmente compensadora.

El personal de enfermería proporciona autocuidados:

Acción de la enfermera(o): Enseña al paciente a cuidar su propia salud fomenta el autocuidado; compensa las limitaciones de autocuidado.

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera(o). (26).

### **2.2.2. Modelo de Promoción de la Salud.**

Nola Pender Año (1972) afirma que: La característica principal de este modelo de prevención es que enfatiza aquellas medidas preventivas que las personas deben tomar para evitar las enfermedades en general. Este modelo describe los roles importantes de las enfermeras(os) y el equipo de salud en ayudar a los pacientes a prevenir enfermedades mediante el cuidado propio y las decisiones inteligentes. Durante su larga carrera, Nola Pender apoyó y sigue apoyando a distintas organizaciones relacionadas a la enfermería, contribuyendo con su tiempo, servicio y conocimiento. (27).

El modelo señala que cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan sus acciones posteriores.

El conjunto de variables para el conocimiento y el afecto específicos del comportamiento tiene un importante significado motivacional. Las variables pueden modificarse a través de acciones de enfermería.

El comportamiento de promoción de la salud es el resultado conductual deseado. Estos comportamientos deberían dar como resultado una mejor salud, una mejor capacidad funcional y una mejor calidad de vida en todas las etapas del desarrollo. (28).

### **2.2.3. Teoría de los determinantes sociales:**

Los determinantes sociales de la salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades que padecen. A su vez, estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas. Los determinantes están

relacionados con aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. (29).

Lalonde (Lalonde y Laframboise,1974) fundamentó la importancia que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública, así mismo enunció un marco conceptual integral no sólo para el análisis de la situación de salud sino también, para la gestión sanitaria. Él definió como factores condicionantes de la salud en la población, un modelo basado en cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominadas “campos de la salud” que son: la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud. (30).

## **2.3. Conceptual**

### **2.3.1. Conocimiento:**

“El conocimiento es un proceso histórico, cuyo desarrollo va de lo desconocido hacia lo conocido, del conocimiento limitado, aproximado e imperfecto de la realidad hasta su conocimiento profundo, preciso y completo, es el reflejo activo y orientado de la realidad objetiva y de sus leyes en el cerebro humano. La fuente del conocimiento la constituye la realidad que circunda al hombre y que actúa sobre él” (31).

El ser humano como tal no nace con un conocimiento adquirido, este es la suma de los hechos, principios y valores que adquieren a lo largo de su vida como resultado de la experiencia y aprendizaje. (32).

Todo ser humano posee características, aptitudes y habilidades, las cuales van a permitir la identificación de situaciones y, de esta manera poder encontrar una solución al problema dentro del ámbito organizacional. La

capacidad de resolución de problemas podrá desarrollarse, en mayor o menor medida, a partir de ciertas condiciones del entorno, de adquisición de conocimiento, de actitud personal y fuerzas circunstanciales que contribuyen para desplegar dicha capacidad. Dentro de este modelo, el proceso primordial es la adquisición del conocimiento. El talento para la resolución de problemas depende de la aptitud y el potencial de las personas para desarrollar un conjunto de habilidades o competencias para mejora de la productividad. (33).

El conocimiento representa un conjunto de situaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación. En el sentido más extenso, se trata de la tenencia de información variada e interrelacionada; que al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. (34).

### **2.3.2. Hipertensión Arterial**

La hipertensión arterial (HTA) o también llamada presión arterial alta, es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin una causa definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) y/o presión arterial diastólica (1).

Según la OMS, la hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es una patología en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente elevada, lo que puede conllevar a su deterioro posterior. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, para su distribución a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial, se define como la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, habrá más esfuerzo del corazón para bombear la sangre. (2).

La mayoría de las personas con hipertensión no manifiestan ningún síntoma; por ello se le conoce como el "asesino silencioso". En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como, dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero en la mayoría de los casos no es lo característico. Hay que mencionar que la enfermedad hipertensiva no es curable, pero se considera que la disminución efectiva de la presión arterial (PA) es de suma importancia para la disminución de los riesgos y complicaciones cardiovasculares. (35).

**a) Epidemiología:**

La hipertensión arterial es un serio problema de salud pública en países en desarrollo como el nuestro: según la Encuesta ENDES de 2017, aunque la prevalencia de hipertensión en personas de 15 años a más se habría reducido de 14,8 % en 2014, a 13,6 %, implica que más de 3 millones de peruanos viven con hipertensión arterial. El riesgo de la hipertensión arterial no sólo se da por su alta prevalencia, la misma que se incrementa con la edad, así en las personas de 50 años a más, prácticamente, unas de cada dos personas viven con hipertensión. La magnitud del problema se eleva, si se toman en cuenta las complicaciones de la hipertensión: infarto de miocardio y accidente cerebro vascular que son causales de hospitalización y de muerte. Pero un problema aún mayor es la falta de conciencia de la población sobre los niveles elevados de presión arterial y por ende la ausencia de tratamiento. (36).

**b) Etiología:**

• **Hipertensión primaria (esencial o idiopática).**

Es aquella en la que no existe una causa identificable; existen múltiples factores relacionados o asociados, pero no con categoría de causa y efecto; está descrito un componente familiar, pero aún no está definido un único gen



responsable de este trastorno. De manera general, corresponde a más del 95% de todos los casos de hipertensión arterial. (37).

- **Hipertensión secundaria**

Es aquella debida a una causa identificable; cuya remoción o corrección desencadena un control óptimo de la PA. La prevalencia de causas secundarias de hipertensión varía en diferentes reportes, con valores que fluctúan entre 1 a 20%. La diferencia radica en la agresividad con la cual se hace la búsqueda de causas secundarias. Es muy importante para los clínicos estar atentos a claves diagnósticas que hagan pensar en causas específicas de hipertensión, dado que identificar estas causas puede ser definitivo para mejorar el control de las cifras tensionales (en algunos casos curarla) y para disminuir las complicaciones asociadas (desenlaces cardiovasculares). Sin embargo, es también importante señalar que la mayoría de las sociedades científicas desaconsejan la búsqueda paraclínica rutinaria de todas las causas secundarias de hipertensión en todos los pacientes, dado que esto tendría implicaciones económicas importantes. Entre ellas destacan por su complicación: Enfermedad renal (glomerulonefritis aguda y crónica, nefropatías intersticiales, hidronefrosis, tumores renales, aterosclerosis o displasias de arterias renales). Enfermedades endocrinas (hipotiroidismo e hipertiroidismo, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, síndrome de Cushing, hiperparatiroidismo, entre otras), tumores, coartación de aorta, enfermedad de Paget, Apnea obstructiva del sueño y los casos producidos por Medicamentos (anticonceptivos hormonales, corticosteroides, agentes vaso constrictores, simpaticomiméticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, anfetaminas, antiinflamatorios no esteroideos, ciclosporina, eritropoyetina entre otros).(37)

### c) Clasificación de la presión arterial

El Ministerio de Salud a través de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Enfermedad Hipertensiva 2015, vigente para los establecimientos de salud en el Perú, toma en cuenta la clasificación de la Asociación Norteamericana del Corazón en el Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. (38).

<b>Clasificación de la Hipertensión arterial Asociación Norteamericana del Corazón: JNC 7</b>			
<b>Nivel de Presión Arterial (mm Hg)</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Sistólica</b>		<b>Diastólica</b>
Normal	< 120	Y	< 80
Prehipertensión	120-139	O	80-89
<b>Hipertensión Arterial</b>			
Hipertensión Estadio 1	140–159	O	90–99
Hipertensión Estadio 2	≥ 160	O	≥ 100

**Fuente:** Resolución Ministerial N° 031-2015-MINSA

### d) Diagnóstico:

La hipertensión arterial suele diagnosticarse de forma casual, al realizarse una determinación de la tensión arterial por una revisión médica o simplemente por curiosidad. En este caso conviene comprobar que la medición ha sido correcta. Aun así, es recomendable realizar alguna otra determinación (al menos dos más). Por desgracia, con cierta frecuencia la hipertensión arterial se descubre al aparecer alguna de las consecuencias nocivas sobre la salud (problemas de corazón, insuficiencia renal, o lesiones cerebrales).(1).

Los estudios deben ir dirigidos a averiguar el posible origen de la hipertensión arterial, los mecanismos implicados en su aparición, la existencia de otras alteraciones que aumenten el riesgo de presentar algún problema cardiovascular (hipercolesterolemia, hiperglucemia, etc.), la repercusión que haya producido a nivel de diversos órganos, y determinar que tratamiento es el mejor. (5).

**e) Tratamiento:**

Con respecto al tratamiento de la hipertensión arterial y sus complicaciones sigue siendo un importante reto de salud pública en curso. Alrededor del 25% de los ataques cardíacos en Europa son atribuidos a la hipertensión y en 2025 hasta el 60% de la población tendrá hipertensión. Aunque la hipertensión arterial no tiene cura (sólo en algunos casos de hipertensión secundaria), afortunadamente se puede controlar y mantener controlada. Para conseguir esta disminución y normalidad en los valores de presión arterial, se debe seguir un tratamiento continuo y adecuado y, de esta manera, evitaremos las consecuencias que para la salud tendría el persistir con cifras de presión alta. Al hablar de tratamiento no nos referimos sólo al tratamiento con medicamentos, sino que, en algunos casos, el incluir normas higiénicas y dietéticas puede ser suficiente para controlar la presión arterial. (6).

- **Tratamiento dietético y actividad física:**

Son básicos, ya que pueden retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial y contribuir a la reducción de la misma en pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico, lo que permitirá una disminución del número y dosis de medicamentos antihipertensivos; por lo que, es una indicación de gran importancia en el manejo del paciente con enfermedad hipertensiva. (6).

- **Tratamiento farmacológico:**

El objetivo primordial del tratamiento de la HTA es reducir y controlar la PA del paciente con la subsecuente disminución de la morbimortalidad, fundamentalmente de las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales asociadas a este problema de salud. Existe un gran número de medicamentos indicados para el tratamiento de la hipertensión arterial.

Hay diversas familias de fármacos útiles para el tratamiento de la hipertensión arterial con diferentes mecanismos de acción: algunos actúan sobre el corazón disminuyendo la fuerza (y casi siempre la frecuencia) del latido, otros disminuyen la resistencia de la sangre dilatando las arterias (ya sea de forma directa o bloqueando los estímulos que los contraen, muchas veces procedentes del sistema nervioso central), algunos mejoran el manejo de la sal por parte del riñón o favorecen la pérdida de líquidos o son asociaciones de dos o más fármacos.(39).

**f) Complicaciones:**

El incremento sostenido de la presión en las arterias durante un período prolongado de años y no tratada puede condicionar a un gran número de complicaciones, a continuación, se detallan dichas complicaciones que dependen del compromiso clínico o subclínico de los distintos órganos blanco como:

- Riñón: Daño renal, micro albuminuria, nefropatía, insuficiencia renal.
- Cerebro: arterioesclerosis, microaneurisma, infartos lacunares silentes, trombosis cerebral, hemorragia, embolia cerebral y demencia.
- Corazón: Infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, cardiomegalia, ictus. (40).

### **g) Prevención:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial son las culpables del 63% de las muertes anuales a nivel mundial, y se caracterizan por ser de progresión lenta y en muchas ocasiones asintomáticas o con sintomatología leve, hasta estadios avanzados de la enfermedad. La prevención en salud, trae consigo trabajar en la modificación de hábitos o conductas que contribuyan a estar sano, además de una detección precoz de enfermedades, incentivando la actividad física, promoviendo una alimentación saludable y evitando el consumo del tabaco y otros agentes nocivos: Todas estas son acciones a trabajar en una consulta médica preventiva.(41).

La promoción de la salud, consiste en ponderar los conocimientos, aptitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectiva mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud. Entonces podemos concluir que las medidas preventivas no solamente están destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino que también a detener su avance y a atenuar sus complicaciones una vez establecida. (41).

### **2.3.3. Estilos de vida**

La OMS lo define como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y las características inherentes a la persona. Los estilos de vida incorporan una estructura social,

determinada por un conjunto de valores, normas, actitudes, hábitos y conductas. (42).

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera a los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud. "La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo". La salud es resultado de los cuidados que uno como individuo se proporciona a sí mismo y a los demás; es la toma de decisiones para el control de la vida personal y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado saludable. (43).

**a) Dieta:**

La dieta en los pacientes con hipertensión arterial debe ser baja en dulces y frituras, y rica en alimentos que contengan fibra como: frutas secas y verduras; debido a que el consumo de grasas saturadas lesiona las paredes de las arterias, y de esta manera se logra retardar la aparición de placas de ateroma que terminarán obstruyendo los lúmenes arteriales. Para una dieta adecuada se recomienda que el colesterol total no supere la cifra de 200 mg%. Si estuviese elevado habría que restringir de la dieta las grasas animales, saturadas y, si no obstante no fuera suficiente, adicionaríamos un tratamiento farmacológico adecuado. (44).

La reducción de peso mediante la restricción calórica es una medida apropiada para la gran mayoría de hipertensos, dado que el sobrepeso es muy prevalente en la hipertensión arterial, predisponiendo al incremento de la PA. El índice de Masa Corporal (IMC), es el indicador usado con mayor frecuencia para determinar el grado de sobrepeso en este tipo de pacientes. Existen evidencias de estudios observacionales que sostienen que el peso corporal está directamente asociado con la presión arterial y que un exceso de grasa

corporal incrementa la presión arterial y la hipertensión. Se ha demostrado que una reducción de peso previene el desarrollo de hipertensión arterial, reduce la PA en hipertensos con sobrepeso en aproximadamente 1 mmHg de PAS y PAD por cada kg de peso perdido, disminuyendo los requerimientos de medicación antihipertensiva, además con efectos beneficiosos en otros factores de riesgo asociados, como la resistencia a la insulina, diabetes mellitus, hiperlipidemia, hipertrofia ventricular izquierda y la apnea obstructiva. (45).

La reducción del consumo de sal, o cloruro de sodio, utilizado para conservar la comida y darle sabor, es una de las prioridades de salud pública ante la Hipertensión, debido a su potencial de disminuir el número de casos en el conjunto de la población. Además, el consumo excesivo de sal se asocia igualmente con una mayor mortalidad cardiovascular. El consumo medio de sodio varía entre los 2 y 6 g/día, aunque una persona puede vivir en forma saludable con menos de 0.5 g/día. La restricción en el consumo de sal previene la aparición de HTA en personas obesas normotensas, y reduce las cifras de PA en personas hipertensas. Dicha reducción tensional es más intensa en los pacientes de edad avanzada, en personas hipertensas graves y en los de raza afroamericana, poblaciones todas ellas con una elevada prevalencia de sensibilidad a la sal. (46). Todas las personas hipertensas e individuos con PA normal alta deberán recibir consejo para reducir el consumo de sal por debajo de 5 g/día. Dicha reducción se logra evitando alimentos con elevado contenido en sal, disminuyendo la adición de sal en la cocción de los alimentos y eliminando la sal de la mesa. Debe además advertirse a los sujetos de la elevada cantidad de sal que contienen alimentos envasados y precocinados, así como los menús de comida rápida. (47).

**b) Ejercicio físico:**

La inactividad física ha contribuido al aumento de la prevalencia de la hipertensión, pero los pacientes que realizan ejercicio, actividad física, reducen el riesgo de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio y mortalidad. El ejercicio físico aeróbico tiene un efecto moderado antihipertensivo, y combinado con la restricción calórica se logran mayores efectos en la reducción de la PA como en el mantenimiento de un peso bajo. Un reciente meta análisis de estudios controlados llegó a la conclusión de que el entrenamiento duradero de ejercicio reduce la PAS y la PAD en reposo en 3 y 2.4mmHg, respectivamente y la presión arterial ambulatoria diaria en 3.3 y 3.5mmHg. Sobre esta base, se recomienda la práctica de ejercicio físico aeróbico a todas las personas hipertensas. La cantidad y el tipo de ejercicio serán individualizados para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, si tiene o no entrenamiento previo, y las preferencias de las prácticas deportivas. El mínimo exigido se estima en caminar a paso vivo durante 30-45 minutos, al menos 5 días a la semana. No se recomienda el ejercicio físico isométrico intenso (levantamiento de pesas) por el riesgo de producirse un incremento brusco de la tensión arterial o desencadenar una crisis cardíaca. Por eso puede ser contraproducente hacer un tipo de ejercicio físico brusco y agotador. (48).

**c) Hábitos Nocivos:**

- **El consumo de café y cafeína:** Estos son estimulantes del sistema nervioso central, los que luego de su ingesta producen una acción estimulante sobre el corazón aumentando la frecuencia cardíaca y la tensión arterial en forma temporal; por lo que no es muy aconsejable su consumo en los pacientes hipertensos. (49).



- **Fumar cigarrillos:**

El abandono del tabaco, es considerado como la medida aislada más eficaz en la prevención de las enfermedades tanto cardiovasculares como no cardiovasculares en pacientes con hipertensión. El tabaco, es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis por aumento de los niveles de colesterol sérico y ocasionan más daño vascular al sistema del cual ya están afectados por la hipertensión arterial, entonces podemos decir que el fumar cigarrillos aumenta la presión arterial y lo pone en mayor riesgo de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular. Todos los pacientes hipertensos fumadores, recibirán el consejo apropiado para que dejen de hacerlo, lo que supondrá un aumento en el tiempo dedicado en el primer contacto o visita con el paciente, el cual será reforzado en las visitas sucesivas. En muchos casos, un adecuado soporte psicoterapéutico y el tratamiento sustitutivo con nicotina, son beneficiosos en los pacientes con voluntad de dejar de fumar. (50).

- **La ingesta de alcohol:**

Existe una relación epidemiológica directa entre el consumo de alcohol, las cifras de presión y la prevalencia de hipertensión. La incidencia de HTA, se incrementa con dosis de etanol a partir de 210 g/semana (30g/día) en los hombres y en mujeres o personas de raza negra a partir de 140 g/semana (20g/día), el consumo compulsivo, se relaciona con la mortalidad por ictus. Contrariamente el alcohol consumido en cantidades moderadas reduce el riesgo de infarto de miocardio y de mortalidad cardiovascular. El alcohol contiene calorías y por ende contribuye a un incremento de peso no deseado, considerado un factor de riesgo para la presión arterial. Además, el alcohol puede interferir con la eficacia y el aumento de los efectos secundarios de algunos medicamentos para la presión arterial, es decir beber demasiado

alcohol puede subir la presión arterial a niveles no saludables, beber más de tres tragos en una salida aumenta temporalmente la presión arterial, pero consumir alcohol en exceso de manera repetida puede generar aumentos de la presión a largo plazo. (51).

**d) Manejo del estrés:**

Se define como estrés a la sensación de tensión física y psicológica que se experimenta cuando existe un desbalance entre las exigencias que nos plantea nuestra vida y los recursos con los que contamos para hacer frente y satisfacer dichas exigencias. Por lo tanto, cuanto mayor sea la diferencia entre las exigencias y nuestros recursos, mayor será el estrés que padeceremos. Un exceso de estrés puede ser nocivo para nuestra salud, generando trastornos y enfermedades como hipertensión arterial, jaquecas, desajustes gastrointestinales o problemas cardiovasculares. Es fundamental, aprender a relajarse y manejar el estrés optimizando nuestra salud emocional y física y de esta manera conseguir una disminución de una presión arterial alta. Las técnicas de manejo del estrés incluyen hacer ejercicio, escuchar música, concentrarse en algo tranquilo, sereno y meditar (52).

**2.4. Definición de términos**

- **Valores normales de la presión arterial:** Una presión arterial es normal cuando es menor a 120/80 mm Hg. Una presión arterial alta (hipertensión) es cuando uno o ambos números de la presión arterial son mayores de 130/80 mm Hg. Si el valor del número superior de su presión arterial es entre 120 y 130 mm Hg y el valor del número inferior es menor a 80 mm Hg, se denomina presión arterial elevada.

- **Alimentación saludable:** Una alimentación saludable consiste en ingerir una variedad de alimentos que nos brinden los nutrientes necesarios para mantenernos sanos, sentirnos bien y tener energía, es decir esta debe incluir los elementos esenciales en calidad y cantidad para mantener una buena salud.
- **Colesterol:** Proviene de la dieta o es sintetizado por nuestras células (principalmente en los hepatocitos). Sin embargo, la acumulación excesiva de colesterol en nuestros tejidos y altas concentraciones en sangre (hipercolesterolemia), pueden tener consecuencias patológicas altamente prevalentes en la población. Esto es particularmente cierto para las células endoteliales que forman la pared arterial, lo que favorece la génesis de la aterosclerosis, la cual, es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.
- **Triglicéridos:** Son grasas transportadas en la sangre de las comidas que ingerimos. El exceso de calorías, el alcohol o el azúcar en la sangre en el cuerpo son convertidos en triglicéridos. Los triglicéridos son las reservas del cuerpo en forma de grasa, almacenados para ser utilizados como energía. Los triglicéridos vienen de los alimentos que comemos y también son producidos por el cuerpo.
- **Controles médicos periódicos:** El control médico periódico de la salud es una oportunidad para el diagnóstico temprano, prevención de enfermedades, seguimiento. Es una destreza técnica científica en la cual el médico evalúa al paciente en forma holística y brinda las pautas para el cuidado de la salud y/o el tratamiento oportuno de la enfermedad evitando de esta manera complicaciones a futuro.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. Hipótesis**

##### **3.1.1. Hipótesis General**

H1: Existe una relación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable de los pacientes adultos que acuden al Consultorio de Medicina del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao-2021.

##### **3.1.2. Hipótesis Específicas:**

H1: Existe una relación entre nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial relacionado a los estilos de vida saludable en la dimensión alimentación.

H2: Existe una relación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial relacionado a los estilos de vida saludables en la dimensión actividad física.

H3: Existe una relación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial relacionado a los estilos de vida saludables en la dimensión hábitos nocivos sobre la enfermedad.

H4: Existe una relación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial relacionado a los estilos de vida saludables en la dimensión manejo del estrés sobre la enfermedad.

### **3.2. Definición conceptual de variables**

#### **Variable 1: Conocimiento sobre hipertensión arterial:**

Es la adquisición esencial sobre la Hipertensión arterial como proceso de aprendizaje sobre: valores normales, signos y síntomas, factores condicionantes, tratamiento farmacológico entre otros aspectos colocar, comprende las dimensiones conocimiento de enfermedad y conocimiento de autocuidado. (53).

#### **Variable 2: Estilos de vida saludable.**

Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un paciente en relación con combatir enfermedades como la hipertensión arterial y comprende las dimensiones alimentación, actividad física, hábitos nocivos y manejo del estrés. (54).

### 3.2.1. Operacionalización de variable

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICE	MÉTODO	INSTRUMENTO		
¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable en los pacientes adultos del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao -2021?	Conocimiento sobre hipertensión	Conocimiento sobre la enfermedad	Definición.	Alto (16-20 puntos) Medio(11-15puntos) Bajo(0-10puntos)	Hipotético-Deductivo	Cuestionario		
			Órgano afectado					
			Signos y síntomas					
			Valores normales de la presión arterial.					
			Factores condicionantes de la Hipertensión Arterial.					
			Tratamiento Farmacológico.					
			Dosis y horarios					
		Conocimiento sobre autocuidado.	Autocuidado en eventos de aumento bruscos de PA.					
	Estilos de vida	Alimentación	Consumo de Verduras y frutas	Bueno (2 puntos) Regular (1 punto) Malo (0 puntos)	Hipotético-Deductivo	Cuestionario		
			Consumo de Sal.					
			Consumo de Carnes.					
			Consumo de Carbohidratos.					
		Actividad Física	Frecuencia					
			Tipo					
Duración								
Hábitos nocivos		Tabaco						
	Alcohol.							
Manejo del estrés	Actividades recreativas							

## CAPÍTULO IV

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1. Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal y no experimental.

De enfoque cuantitativo, porque se recolectaron y analizaron los datos en las variables de estudio en dónde se estudiará sus propiedades. (55).

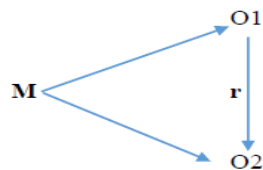
Fue de tipo descriptivo debido a que pretende buscar características, propiedades y rasgos del fenómeno establecido.

No experimental: Porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables.

Fue de tipo correlacional porque se buscó la relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable. (56).

Fue de corte transversal, debido a que los instrumentos fueron tomados en un momento determinado. (57).

El siguiente trabajo de investigación presentará el siguiente diseño:



Dónde:

M: Muestra de estudio

O1: Observación a la variable 1: Conocimientos sobre la hipertensión Arterial

O2: Observación a la variable 2: Estilos de Vida Saludable

r: Relación entre las variables o correlación.

## 4.2. Método de investigación

Se realizó el método Hipotético deductivo debido a que se analizan las variables y se contrastan las hipótesis, además de poder llevar a un resultado mayor y más generalizado a partir de una muestra representativa.

## 4.3 Población y muestra

### 4.3.1. Población:

Para fines de esta investigación se contó con una población conformada por 90 pacientes adultos hipertensos atendidos en el servicio de Medicina del Centro de Salud Juan Pablo II, perteneciente a la micro red Acapulco, y a la red de Salud Bonilla La Punta de la Dirección Regional de Salud del Callao, durante el año 2021.

### 4.3.2. Muestra:

Para hallar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple.

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

**Donde:**

**p:** p=0.5

**q:** 1 – p, q=0.5

**Z:** Factor de confianza (95%), Z=1.96

**e:** Dimensión del error de estimación (5%), E =0.05

**N:** Población, N=90



Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 90}{(0.05)^2 (90 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.8 \times 0.5 \times 0.5 \times 90}{(0.0025)(89) + (3.8) \times 0.25}$$

$$n = \frac{85,5}{(0,2225) + 0.95}$$

$$n = 73$$

Para fines de la muestra de este proyecto de investigación se optó por trabajar con una muestra de 73 personas del total de la población de pacientes hipertensos adultos atendidos en el consultorio de medicina del Centro de Salud Juan Pablo II, dicha cifra se obtuvo tras la fórmula para población finita producto del muestreo aleatorio simple.

- Criterio de inclusión: Todos los pacientes adultos mayores y/o igual a 30 años a más con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Criterio de Exclusión: Pacientes con problemas mentales, pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, pacientes con insuficiencia renal crónica pacientes que no desean participar del estudio.

#### **4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado**

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Juan Pablo II de la red Bonilla La Punta ubicado en el distrito del Callao.

#### **4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información**

En el siguiente trabajo de investigación utilizó como técnica la encuesta y como instrumento dos cuestionarios.

Ambos instrumentos fueron creados por los autores de la investigación

El primer cuestionario que midió la variable conocimiento sobre la enfermedad, estuvo compuesto por trece preguntas en total, de las cuales las tres preguntas primeras fueron generales para determinar la edad, sexo y antecedentes de los participantes, seguido de 10 preguntas de opciones múltiples, de las cuales las preguntas del ítem 1 al 6 midieron la dimensión de conocimiento sobre la enfermedad y los ítems 7 al 10 midieron la dimensión conocimiento sobre el autocuidado. (Anexo 2).

La escala final de medición fue: Alto, medio y bajo.

- Alto: Se puede determinar en el ser humano cuando este posee un gran coeficiente intelectual y es parte de la solución del problema, toma sus propias decisiones (16 a 20 puntos)
- Medio: En el ser humano se puede determinar un conocimiento medio cuando posee coeficiente intelectual regular (11 a 15 puntos)
- Bajo: Este tipo de conocimiento se puede determinar cuando el ser humano posee un coeficiente intelectual disminuido y manifiesta dificultad para tomar sus propias decisiones. (0 a 10 puntos).

Por otro lado, en cuanto al instrumento para medir la variable estilos de vida, el cuestionario constó de 12 preguntas, de ellas, del ítem 1 al ítem 5, mide la dimensión alimentación; del ítem 6 al ítem 8 mide la dimensión actividad física; del ítem 9 al ítem 10 mide la dimensión hábitos nocivos y finalmente del ítem 11 al ítem 12 mide la dimensión, manejo del estrés. (Anexo 3).

La escala final de medición fue: Bueno (2), regular (1) y malo (0).

#### **4.5.1 Validez**

Para fines de la validez de los instrumentos se ejecutó un juicio de expertos, el cual estuvo conformado por seis especialistas en el campo de investigación: Tras ello se llevó a cabo la prueba binomial, para ambos instrumentos: Juárez Chirinos Gustavo Manuel – Vargas Alva Rodolfo

Para el cuestionario de conocimientos sobre hipertensión se obtuvo un valor de 0.015625, y siendo este valor menor a  $p < 0.05$ ; se concluyó que el grado de concordancia es significativo. (Anexo 6).

Para el cuestionario de estilos de vida, tras la prueba binomial se obtuvo un valor de 0.02272 y siendo menor a un  $p < 0.05$ , se determinó que era válido. (Anexo 7).

#### **4.5.2 Confiabilidad**

En cuanto a la confiabilidad se llevó a cabo una prueba piloto con diez participantes con las mismas características de la población de estudio y posteriormente se aplicó dos pruebas estadísticas para determinar la confiabilidad de ambos instrumentos.

Para la variable conocimientos sobre hipertensión se aplicó la prueba de KR21 (Kuder – Richardson 21), obteniendo un valor de  $KR_{21} = 0.759$ , y siendo este menor a la unidad, se concluyó que dicho instrumento era confiable. (Anexo 8). De la misma manera para la variable estilos de vida se aplicó la prueba alfa de Cronbach, obteniendo un valor de  $\alpha = 0.88$ , por lo que se hizo constar su confiabilidad al aproximarse a la unidad. (Anexo 9).

#### **4.6 Análisis y procesamiento de datos.**

Para poder analizar los datos del presente estudio primero se solicitó permiso al jefe del centro de Salud Juan Pablo II, tras ello, la aplicación de los instrumentos fue ejecutado durante tres semanas de forma presencial, durante las visitas domiciliarias, en la modalidad de hetero administrado.

Una vez obtenido los datos, estos fueron procesados con el programa SPSS Versión 25 y para su mejor análisis se ha representado dichos resultados en tablas y gráficos.

## CAPÍTULO V

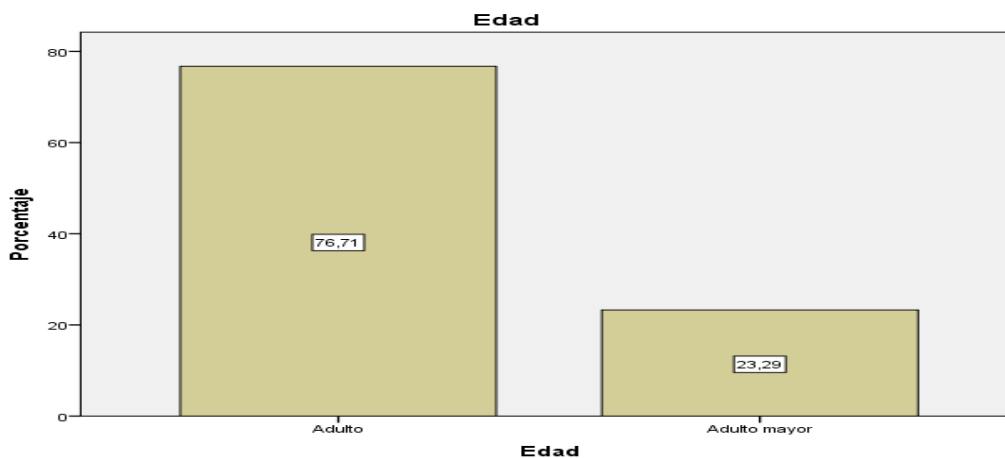
### RESULTADOS

#### 5.1. Resultados descriptivos

**Tabla 5.1.1**  
**Edad de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Adulto	56	76,7
	Adulto mayor	17	23,3
	Total	73	100,0

**Gráfico 5.1.1**  
**Edad de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021**

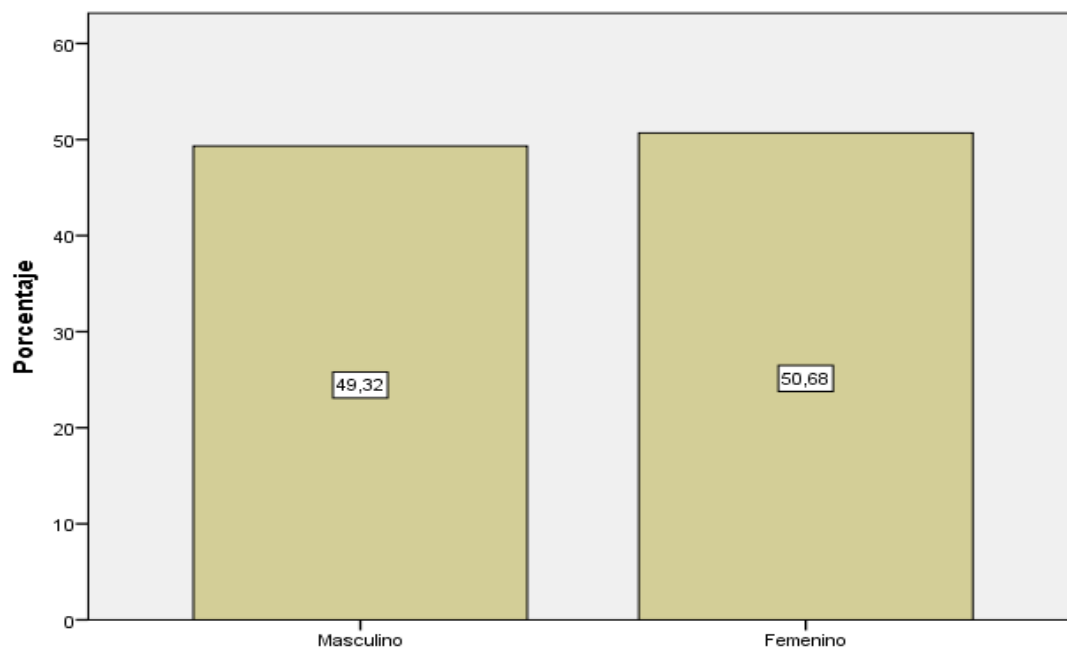


Del 100%(73) pacientes encuestados del C.S Juan Pablo II, con respecto a la edad el 76.7%(56) están en la etapa adulta y el 23,3%(17) están en la etapa adulto mayor.

**Tabla 5.1.2**  
**Sexo de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Masculino	36	49,3
	Femenino	37	50,7
	Total	73	100,0

**Gráfico 5.1.2**  
**Sexo de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021**



Del 100%(73) de los pacientes encuestados del C.S Juan Pablo II, con respecto al sexo el 49.3%(36) son hombres y el 50,7%(37) son mujeres.

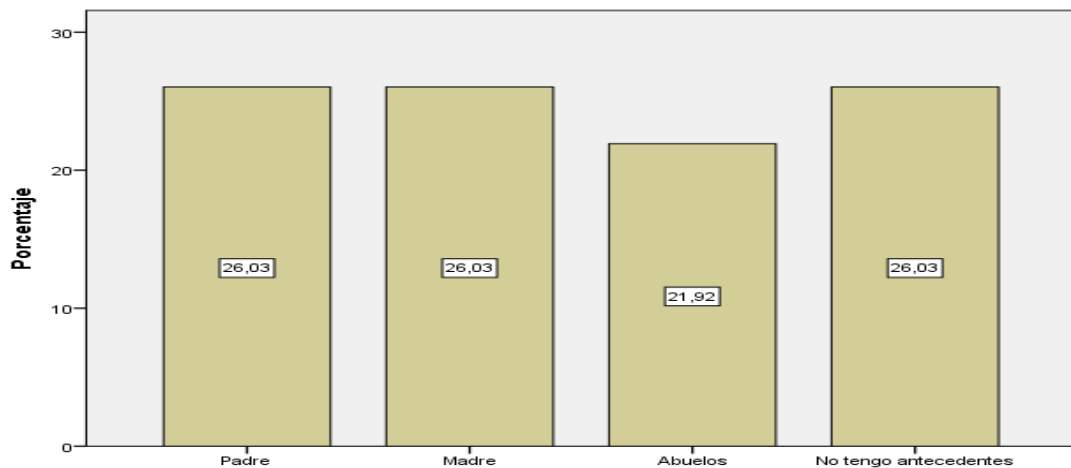
**Tabla 5.1.3**

**Antecedentes de hipertensión de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021.**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Padre	19	26,0
Madre	19	26,0
Abuelos	16	21,9
No tengo antecedentes	19	26,0
Total	73	100,0

**Gráfico 5.1.3**

**Antecedentes de hipertensión de los pacientes del centro de salud Juan Pablo II, 2021.**



Del 100%(73) pacientes encuestados del C.S Juan Pablo II, con respecto a los antecedentes sobre la presión arterial encontramos que 26.0%(19) tienen antecedentes por parte del padre, 26,0% (19) por parte de la madre, 21.9%(16) por parte del abuelo y un 26%(19) no refieren tener antecedentes.

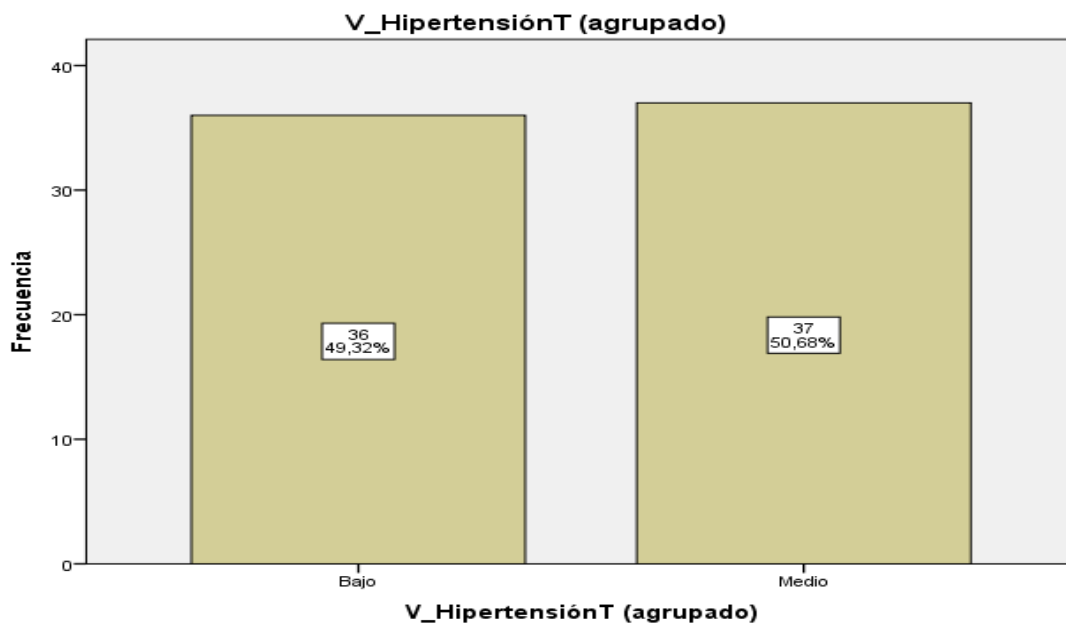
**Tabla 5.1.4.**

**Dimensión sobre conocimiento de la enfermedad**

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	36	49,3
Válidos Medio	37	50,7
Total	73	100,0

**Gráfico 5.1.4**

**Dimensión conocimiento de la enfermedad**



Del 100%(73) pacientes encuestados del C.S Juan Pablo II - Callao, con respecto al conocimiento sobre la Hipertensión arterial el 50,6% (37) pacientes tienen conocimiento medio, y el 49.3% (36) tienen conocimiento bajo.

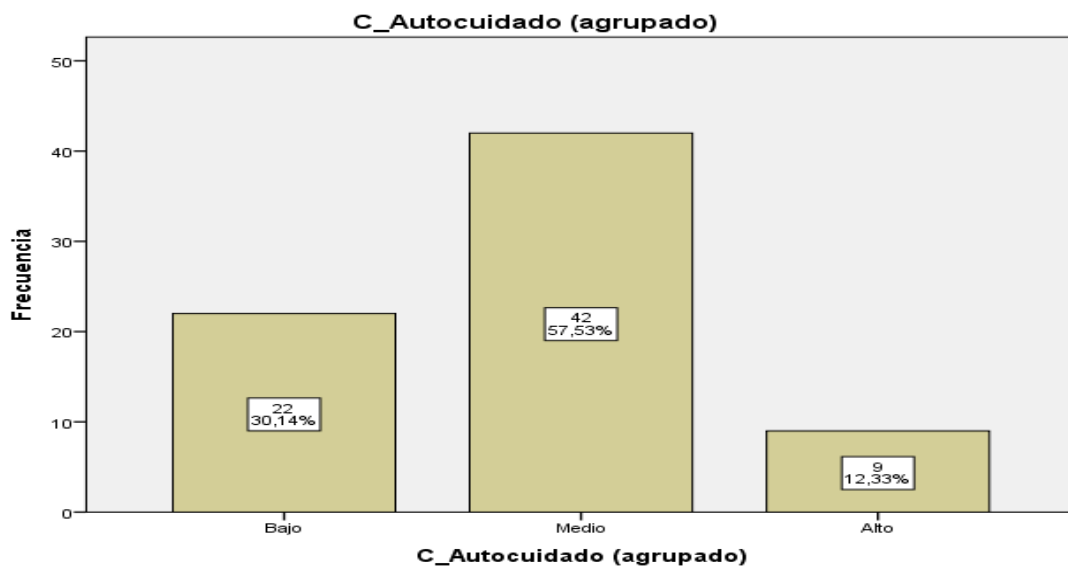
**Tabla 5.1.5**

**Dimensión Conocimiento del Autocuidado sobre la Hipertensión arterial en pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao-2021**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Bajo	22	30,1
Medio	42	57,5
Alto	9	12,3
Total	73	100,0

**Gráfico 5.1.5**

**Dimensión Conocimiento del Autocuidado sobre la Hipertensión arterial en pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao-2021**



Del 100%(73) pacientes encuestados del C.S Juan Pablo II – Callao- 2021 con respecto a la Dimensión de Conocimiento sobre el autocuidado el 57,5% (42) pacientes tienen conocimiento medio, y el 30,1% (22) tienen conocimiento bajo y el 12,3%(9) tienen conocimiento alto.



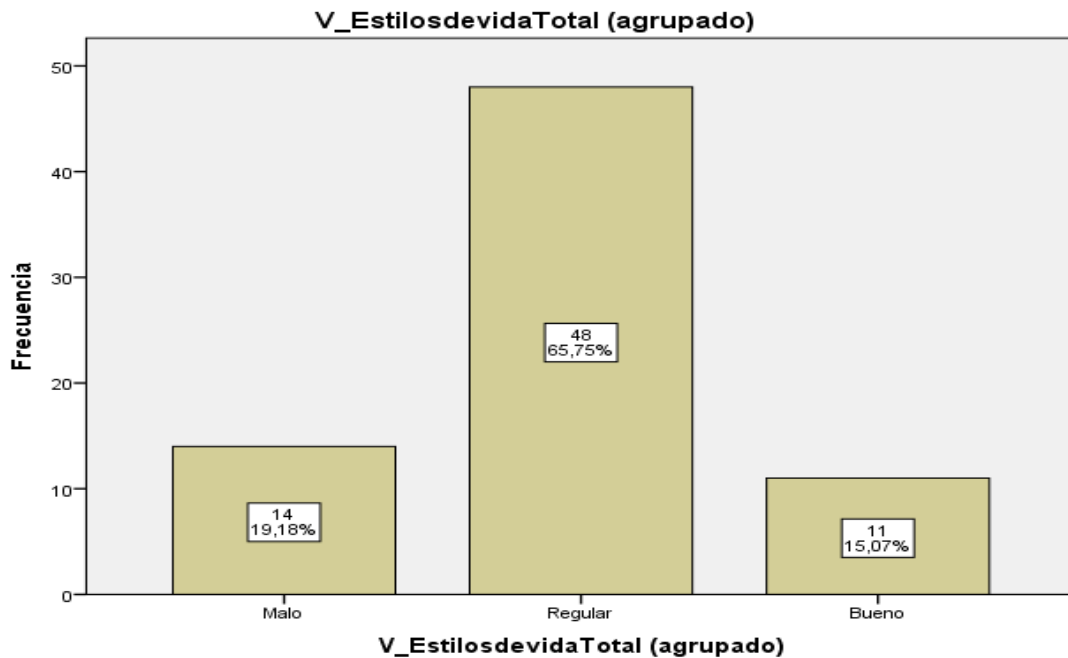
**Tabla 5.1.6**

**Variable Estilos de vida en pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao-2021**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Malo	14
	Regular	48
	Bueno	11
	Total	73

**Gráfico 5.1.6**

**Variable Estilos de Vida en pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao-2021.**



Del 100%(73) pacientes encuestados del C.S Juan Pablo II – Callao- 2021, con respecto al estilo de vida el 65,7% (48) pacientes tienen estilo de vida como regular, el 19,18%(14) malo y el 15,07% (11) bueno.

**Tabla 5.1.7.**

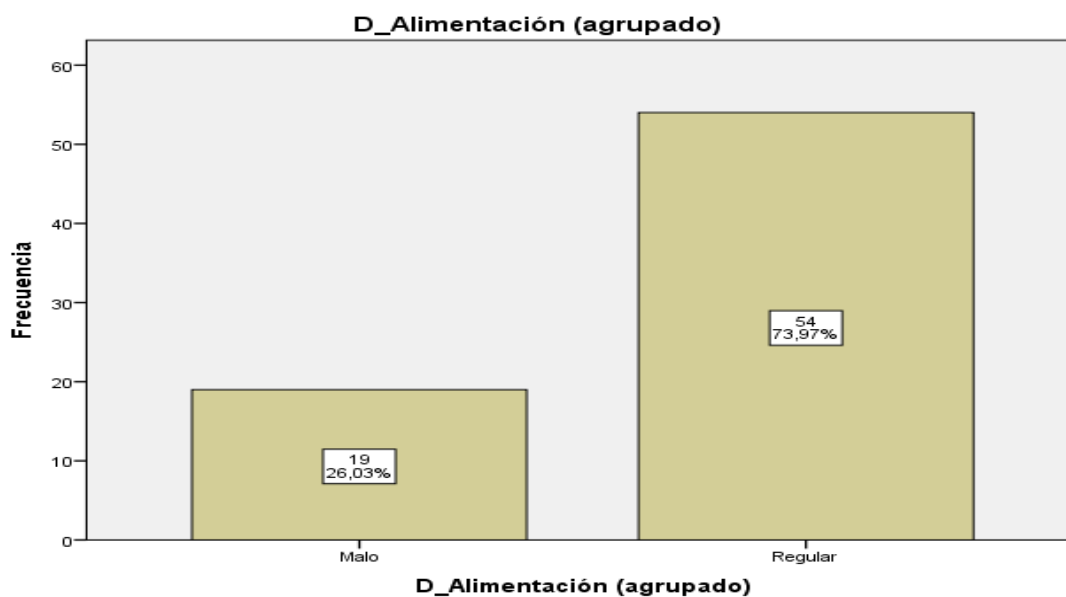
**Variable Estilos de Vida en su Dimensión Alimentación**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Malo	19	26,0
Regular	54	74,0
Total	73	100,0

**Fuente:** Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao - 2021.

**Gráfico 5.1.7.**

**Variable Estilos de Vida en su Dimensión Alimentación**



Del 100%(73) pacientes encuestados del C.S Juan Pablo II - Callao, con respecto al estilo de vida en su dimensión Alimentación el 73,97% (54) es regular y el 26,03%(19) malo.

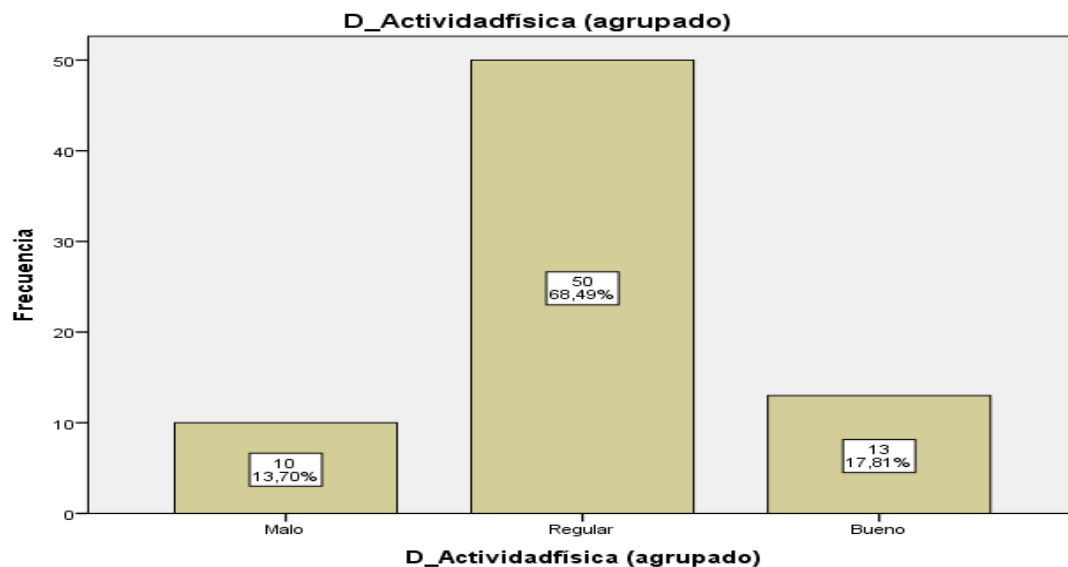
**Tabla 5.1.8**

**Variable Estilos de Vida en su Dimensión Actividad física**

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	10	13,7
Regular	50	68,5
Bueno	13	17,8
Válidos Total	73	100,0

**Gráfico 5.1.8**

**Variable Estilos de Vida en su Dimensión Actividad física**



Del 100%(73) pacientes encuestados del C.S Juan Pablo II, Callao - 2021, con respecto al estilo de vida en su dimensión Actividad física el 68,49% (50) es regular y el 17,81%(13) es bueno y el 13,70%(10) es malo.

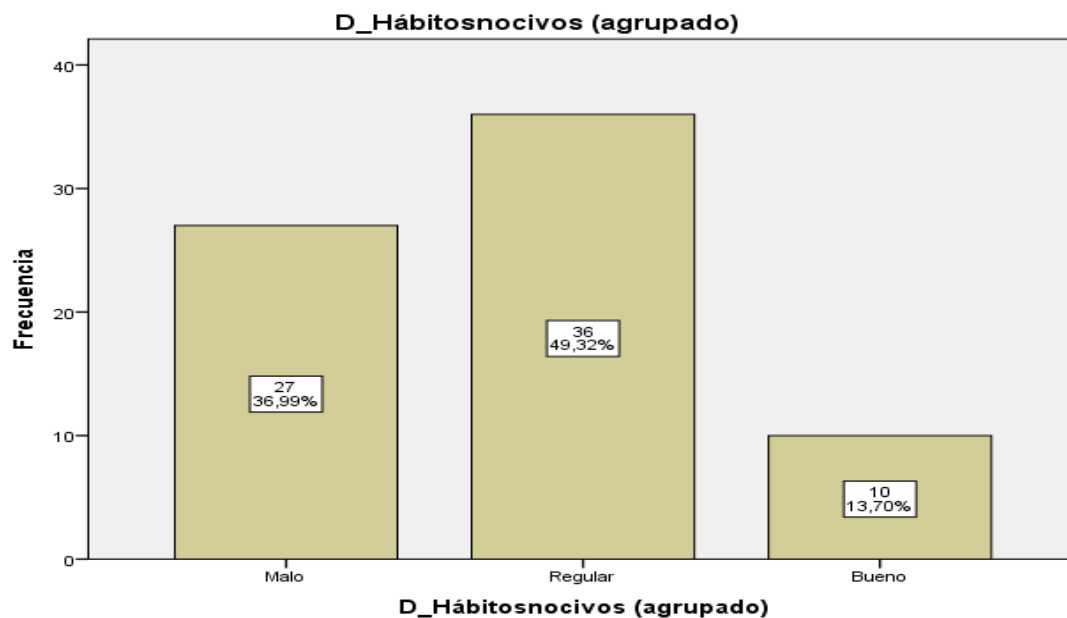
**Tabla 5.1.9.**

**Variable Estilos de Vida en su Dimensión Hábitos nocivos**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Malo	27
	Regular	36
	Bueno	10
	Total	73

**Gráfico 5.1.9.**

**Variable Estilos de Vida en su Dimensión Hábitos nocivos**



Del 100% (73) pacientes encuestados del C.S Juan Pablo II, Callao - 2021, con respecto al estilo de vida en su dimensión Hábitos nocivos el 49,32% (36) es regular y el 36,99% (27) es malo y el 13,70% (10) es bueno.

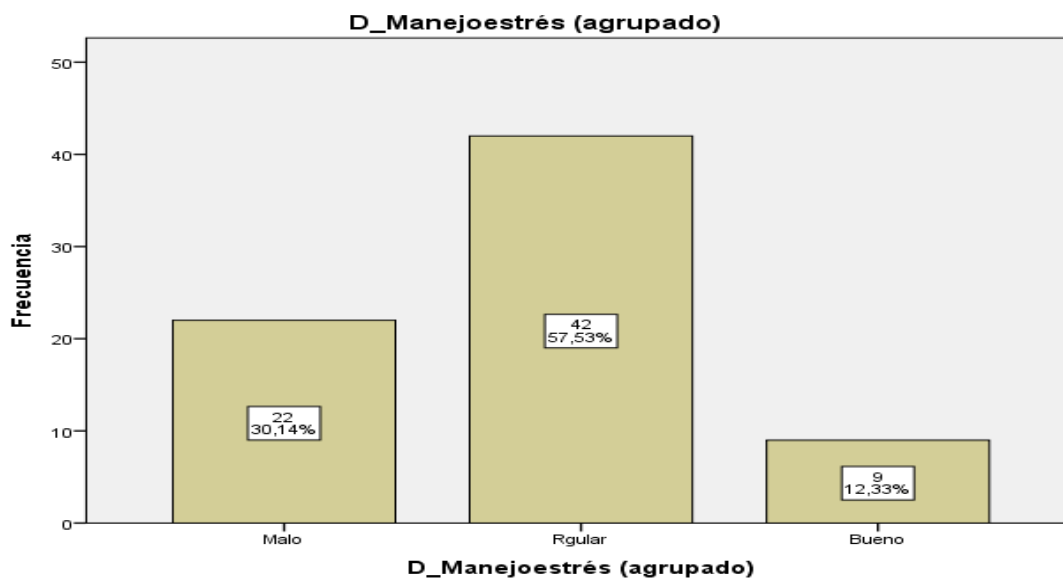
**Tabla 5.1.10.**

**Variable Estilos de Vida en su Dimensión manejo del estrés**

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	22	30,1
Regular	42	57,5
Bueno	9	12,3
Total	73	100,0

**Gráfico 5.1.10.**

**Variable Estilos de Vida en su Dimensión manejo del estrés**



Del 100%(73) pacientes encuestados del C.S Juan Pablo II – Callao - 2021, con respecto al estilo de vida en su dimensión manejo del estrés el 57.53% (42) es regular y el 30,14%(22) es malo y el 12,33%(9) es bueno.

## 5.2. Resultados inferenciales.

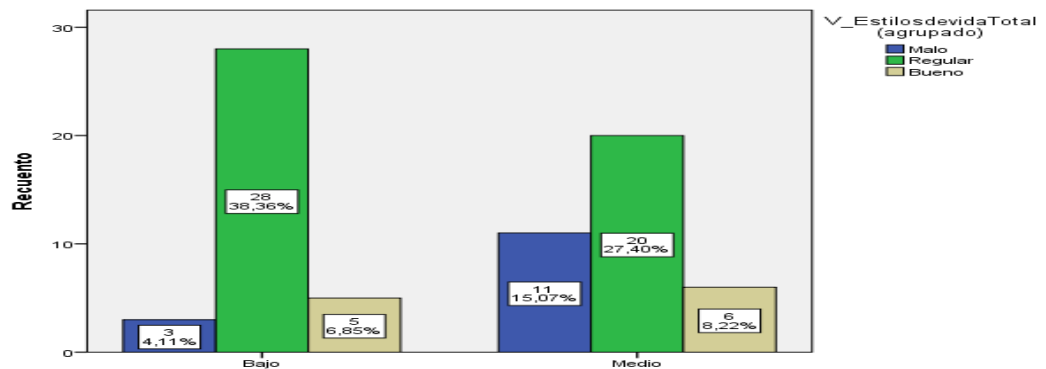
**Tabla 5.2.1**

**Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en pacientes del Centro de Salud Juan Pablo II, 2021.**

Conocimiento	Estilos de vida			Total
	Malo	Regular	Bueno	
Bajo	3 4.1%	28 38.3%	5 6.8%	36 49.3%
Medio	11 15.0%	20 27.4%	6 8.2%	37 50.7%
TOTAL	14 19.1%	48 65.6%	11 14.3%	73 100.0%

**Gráfico 5.2.1**

**Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en pacientes del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao-2021.**



Del 100%(73) de los pacientes encuestados del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao- 2021, el 49.3%(36) tienen conocimiento bajo acerca de la hipertensión arterial, de los cuales el 4.1%(3) tienen un estilo de vida malo, un 38.3% (28) regular y un 6.8%(5) bueno. Del 50.7%(37) que tuvieron como resultado conocimiento medio, el 15%(11) tienen un estilo de vida malo, un 27,4%(20) regular y un 8,2% (6) tienen estilo de vida bueno.

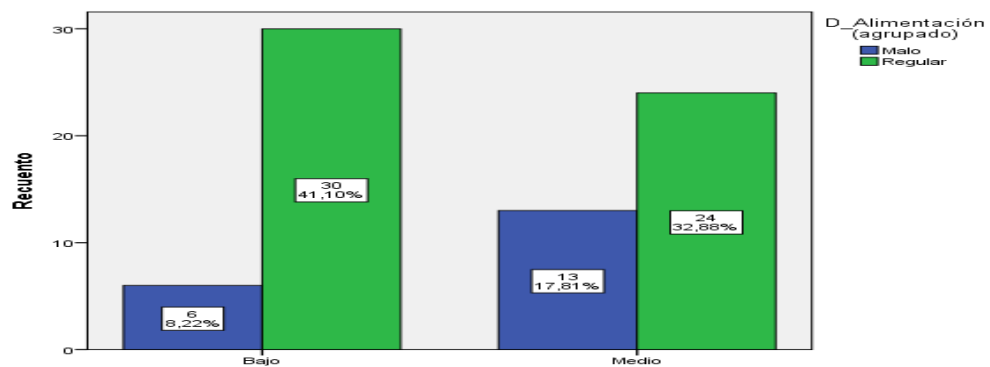
**Tabla 5.2.2**

**Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión alimentación en pacientes del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao – 2021.**

Conocimiento	Dimensión Alimentación		Total
	Malo	Regular	
Bajo	6 8.2%	30 41.1%	36 49.3%
Medio	13 17.8%	24 32.8%	37 50.6%
TOTAL	19 26%	54 73.9%	73 100.0%

**Gráfico 5.2.2**

**Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión alimentación en pacientes del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao – 2021.**



Del 100%(73) de los pacientes encuestados del Centro de Salud Juan Pablo II,Callao-2021,el 49.3%(36) tienen conocimiento Bajo acerca de la hipertensión arterial, de los cuales el 8.2%(6) tienen un estilo de vida en su dimensión alimentación malo,y un 41.1%(30) regular. Del 50.6%(37) que tuvieron como resultado conocimiento medio, el 17.8%(13)tienen un estilo de vida en su dimensión alimentación: malo, y un 32.8%(24)regular.

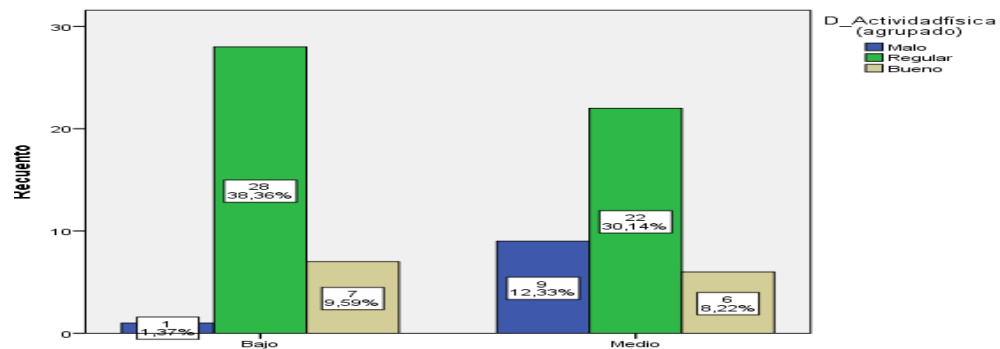
**Tabla 5.2.3**

**Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión actividad física en pacientes del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao – 2021.**

Conocimiento	Actividad física			Total
	Malo	Regular	Bueno	
Bajo	1 1.37%	28 38.36%	7 9.59%	36 49.32%
Medio	9 12.33%	22 30.14%	6 8.22%	37 50.69%
<b>TOTAL</b>	10 13.7%	50 68.5%	13 17.81%	73 100.0%

**Gráfico 5.2.3**

**Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión actividad física en pacientes del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao – 2021.**



Del 100%(73) de los pacientes encuestados del Centro de Salud Juan Pablo II, el 49.3%(36) tienen conocimiento Bajo acerca de la hipertensión arterial, de los cuales el 9,59%(7) tienen un estilo de vida en su dimensión actividad física bueno, un 38,36%(28), regular y 1,37%(1), malo. Del 50.7%(37) que tuvieron como resultado conocimiento medio, el 12,33%(9) tienen un estilo de vida malo, un 30,14%(22) regular y 8.22%(6) bueno.



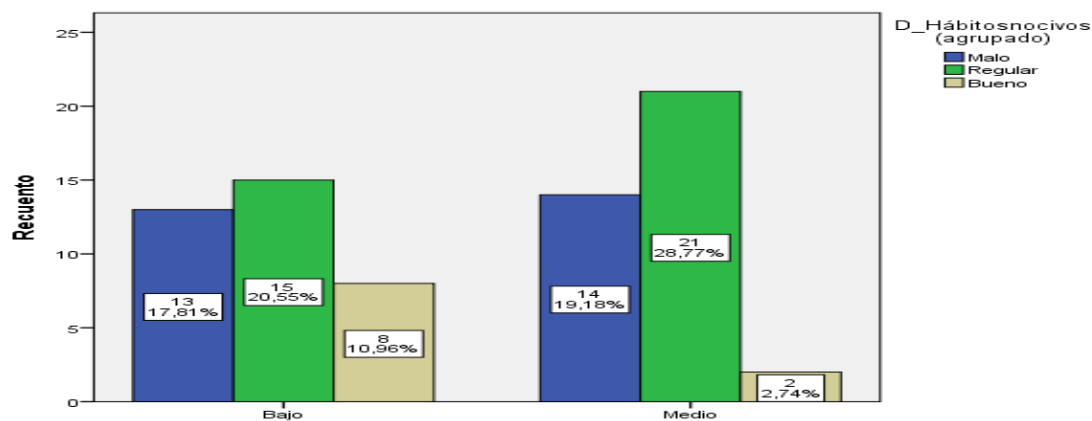
**Tabla 5.2.4**

**Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión hábitos nocivos en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, Callao 2021.**

Conocimiento	Hábito nocivo			Total
	Malo	Regular	Bueno	
Bajo	13 17.81%	15 20.55%	8 10.96%	36 49.32%
Medio	14 19.18%	21 28.7%	2 2.7%	37 50.68%
TOTAL	27 36.99%	36 49.25%	10 13.66%	73 100.0%

**Gráfico 5.2.4**

**Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión hábitos nocivos, en pacientes del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao – 2021.**



Del 100%(73) de los pacientes encuestados del Centro de Salud Juan Pablo II, el 49.32%(36) tienen conocimiento bajo acerca de la hipertensión arterial, de los cuales el 17.81%(13) tienen un estilo de vida, en su dimensión hábitos nocivos: malo, un 20.55%(15) regular y un 10.96%(8) bueno. Del 50.68%(37) que tuvieron como resultado conocimiento medio, el 19.18%(14) tienen un estilo de vida malo, un 28,7%(21) regular y un 2.7% (2) bueno.

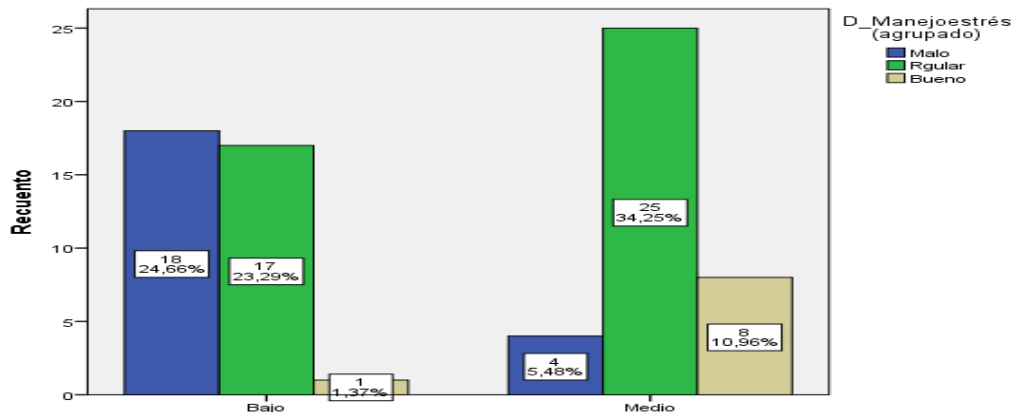
**Tabla 5.2.5**

**Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión manejo del estrés en pacientes del Centro de Salud Juan Pablo II Callao – 2021.**

Conocimiento	Manejo de estrés			Total
	Malo	Regular	Bueno	
Bajo	18 24.66%	17 23.29%	1 1.37%	36 49.32%
Medio	4 5.48%	25 34.25%	8 10.96%	37 50.68%
<b>TOTAL</b>	22 30.14%	42 57.54%	9 12.27%	73 100.0%

**Gráfico 5.2.5**

**Contingencia entre conocimiento de la Hipertensión arterial y estilos de vida en su dimensión manejo del estrés en pacientes del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao – 2021.**



Del 100%(73) de los pacientes encuestados del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao-2021, el 49.32%(36) tienen conocimiento bajo acerca de la hipertensión arterial, de los cuales el 24,66%(18) tienen un estilo de vida en su dimensión manejo del estrés: malo, un 23.29% (17) regular y el 1.37%(1) bueno. Del 50.68%(37) que tuvieron como resultado conocimiento medio, el 5.48%(4) tienen un estilo de vida malo, un 34.25%(25) regular y un 10.9% (8) bueno.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con resultados

##### 6.1.1. Prueba de hipótesis general

**a) Paso1:** Establecer la hipótesis de investigación e hipótesis nula

H1. Existe una relación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable de los pacientes adultos que acuden al Consultorio de Medicina del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao - 2021.

H0: No existe una relación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable de los pacientes adultos que acuden al Consultorio de Medicina del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao-2021. Establecer el nivel de significancia:  $\alpha=0.05$  (valor crítico Alfa).

**b) Paso 2:**

Se realizó la prueba de normalidad para determinar el estadístico a utilizar (KS = 0.00, para variable hipertensión y KS =0.00 para la variable estilos de vida) por lo que se determina que los valores no tienen distribución normal

**c) Regla de decisión:**

Si  $p\text{-valor} > 0.05$ , acepta H0 Si  $p\text{-valor} < 0.05$ , rechaza H0

**d) Prueba de hipótesis:**

Prueba no Paramétrica Rho de Spearman

Correlaciones			V_Hipertensión Total	V_Estilosdevida Total
Rho de Spearman	V_HipertensiónT (agrupado)	Coeficiente de correlación	1,000	-,168
		Sig. (bilateral)	.	,155
		N	73	73
	V_EstilosdevidaTota l (agrupado)	Coeficiente de correlación	-,168	1,000
		Sig. (bilateral)	,155	.
		N	73	73

**e) Decisión estadística:**

Dado el p-valor = 0.155 (significancia bilateral asintótica), demuestra que p es mayor a la región crítica  $\alpha = 0.05$ ; en consecuencia, se acepta la hipótesis nula.

**f) Conclusión**

No existe relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, Callao - 2021.

**6.1.2. Prueba de hipótesis específicas**

**Prueba de hipótesis específica N°1**

**a) Paso1:** Establecer la hipótesis específica 1 de investigación e hipótesis nula.

H1. Existe una relación entre nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial relacionado a los estilos de vida saludable en la dimensión alimentación.

H0. No existe una relación entre nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial relacionado a los estilos de vida saludable en la dimensión alimentación.

- b) Paso 2:** Prueba de normalidad KS: 0.00 variable Hipertensión Arterial y KS: 0.00 D. Alimentación) por lo que determinamos que los valores no tienen distribución normal
- c) Regla de decisión:** Si p-valor > 0.05, acepta H0 Si p-valor < 0.05, rechaza H0
- d) Prueba de hipótesis:** Prueba Paramétrica Rho de Spearman.

Calculo estadístico: Valor calculado RS =0,074

		V_HipertensiónT	D_Alimentación
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	-,210
	Sig. (bilateral)	.	,074
	N	73	73
D_Alimentación	Coeficiente de correlación	-,210	1,000
	Sig. (bilateral)	,074	.
	N	73	73

- e) Decisión estadística:** Dado el p-valor = 0.074 (significancia bilateral asintótica), demuestra que p es mayor a la región crítica  $\alpha = 0.05$ ; en consecuencia, se acepta la hipótesis nula.
- f) Conclusión.** No existe relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida su dimensión alimentación en pacientes del Centro de Salud Juan Pablo, Callao - 2021.

## Prueba de hipótesis específica N°2

a) **Paso1:** Establecer la hipótesis específica 2 de investigación e hipótesis nula.

H2. Existe una relación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial relacionado a los estilos de vida saludables en la dimensión actividad física.

H0. No existe una relación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial relacionado a los estilos de vida saludables en la dimensión actividad física.

b) **Paso 2:** Prueba de normalidad KS: 0.00 variable Hipertensión Arterial y KS: 0.00 D. actividad física) por lo que determinamos que los valores no tienen distribución normal.

c) **Paso 3: Regla de decisión:** Si p-valor > 0.05, acepta H0 Si p-valor < 0.05, rechaza H0

d) **Paso 4: Prueba de hipótesis:** Prueba no Paramétrica Rho de Spearman. Calculo estadístico: p-valor =0.065.

		V_HipertensiónT	D_Actividadfísica
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	-,217
	V_HipertensiónT Sig. (bilateral)	.	,065
	(agrupado) N	73	73
	Coeficiente de correlación	-,217	1,000
	D_Actividadfísica Sig. (bilateral)	,065	.
	a (agrupado) N	73	73

**e) Paso 5: Decisión estadística:** Dado el p-valor = 0.065 (significancia bilateral asintótica), demuestra que p es mayor a la región crítica  $\alpha = 0.05$ , por lo que se acepta la hipótesis nula.

**f) Paso 6: Conclusión.** No existe relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión actividad física en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, Callao - 2021.

### **Prueba de hipótesis específica N°3.**

**a) Paso1:** Establecer la hipótesis específica 3 de investigación e hipótesis nula.

H3. Existe una relación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial relacionado a los estilos de vida saludables en la dimensión hábitos nocivos sobre la enfermedad.

H0. No existe una relación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial relacionado a los estilos de vida saludables en la dimensión hábitos nocivos sobre la enfermedad.

**b) Paso 2:**

Prueba de normalidad KS: 0.00 variable Hipertensión Arterial y KS: 0.00 D. hábitos nocivos) por lo que determinamos que los valores no tienen distribución normal.

**c) Paso 3: Regla de decisión:** Si p-valor > 0.05, acepta H0 Si p-valor < 0.05, rechaza H0.

**d) Paso 4: Prueba de hipótesis:** Prueba no Paramétrica

Calculo estadístico: Valor calculado p-valor =0.332

**Correlaciones**

			V_HipertensiónT	D_Hábitosnocivos
Rho de Spearman	V_HipertensiónT (agrupado)	Coeficiente de correlación	1,000	-,115
		Sig. (bilateral)	.	,332
		N	73	73
D_Hábitosnocivos (agrupado)	D_Hábitosnocivos (agrupado)	Coeficiente de correlación	-,115	1,000
		Sig. (bilateral)	,332	.
		N	73	73

**e) Paso 5: Decisión estadística, dado** el p-valor = 0.332 (significancia bilateral asintótica), demuestra que p es mayor a la región crítica  $\alpha = 0.05$ ; en consecuencia, se acepta la hipótesis nula.

**f) Paso 6:** Conclusión, no existe relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión hábitos nocivos en pacientes del centro de salud Juan Pablo – Callao 2020. Hay correlación negativa baja.

**Prueba de hipótesis específica N°4.**

**a) Paso1:** Establecer la hipótesis específica 4 de investigación e hipótesis nula.

H1. Existe una relación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial relacionado a los estilos de vida saludables en la dimensión manejo del estrés sobre la enfermedad.

H0. No existe una relación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial relacionado a los estilos de vida saludables en la dimensión manejo del estrés sobre la enfermedad.



b) **Paso 2:** Prueba de normalidad KS: 0.00 variable Hipertensión Arterial y KS: 0.00 D. hábitos nocivos) por lo que determinamos que los valores no tienen distribución normal.

c) **Regla de decisión:** Si p-valor > 0.05, acepta H0 Si p-valor < 0.05, rechaza H0.

d) **Prueba de hipótesis:** Prueba no Paramétrica Rho Spearman.  
 Calculo estadístico: Valor calculado RS =0.00

Correlaciones			V_HipertensiónT	D_Manejoestrés
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	1,000	,466**
	V_HipertensiónT (agrupado)	Sig. (bilateral)	.	,060
		N	73	73
		Coefficiente de correlación	,466**	1,000
	D_Manejoestrés (agrupado)	Sig. (bilateral)	,060	.
		N	73	73

e) **Decisión estadística:** Dado el p-valor = .060 (significancia bilateral asintótica), demuestra que p es mayor a la región crítica  $\alpha =0.05$ , por lo que se acepta la hipótesis nula.

f) **Conclusión.** No existe relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión manejo del estrés en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, Callao - 2021, Existe una correlación positiva moderada.

## **6.2. Contratación de los resultados con otros estudios similares.**

La hipertensión arterial hoy en día es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en el mundo, mientras que los estilos de vida saludables como hábitos y costumbres, actividad física, alimentación saludable, el disminuir el estrés, el no fumar, el no ingerir alcohol en exceso, constituyen los factores más favorables para poder prevenirlo y controlarlo.

El presente estudio de investigación titulado "Nivel de conocimiento de la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable de los pacientes adultos que acuden al consultorio de medicina del Centro de Salud Juan Pablo II Callao - 2021", busca relacionar ambas variables y tras la aplicación de dos cuestionarios se obtuvo que del 100%(73) pacientes encuestados del C.S Juan Pablo II, con respecto al conocimiento sobre la Hipertensión arterial el 50,6% (37) de los pacientes tienen conocimiento medio, y el 49.3% (36) tienen conocimiento bajo, dichos resultados son distintos a los encontrados por Vidal en Ecuador en el 2018, quien halló en su estudio que el nivel de conocimiento de hipertensión arterial fue alto en un 63.0% de los encuestados. Sin embargo coincide por lo hallado por Guerra en Trujillo 2018 en su estudio en donde obtuvo como resultados que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos del Centro de Salud Paiján, es medio con 80% en la mayoría de su población.

Por otro lado, respecto al estilo de vida, el 65,7% (48) de los pacientes tienen estilo de vida regular, el 19,2%(14) medio y el 15,07% (11) bueno, lo cual difiere por lo hallado por Huaycañe en Huancayo en el 2017, puesto que el 75.3%(61 encuestados) de adultos hipertensos tienen un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo 24%(20 encuestados) presenta un estilo de vida saludable.

En cuanto a la relación de ambas variables se determinó que no existe relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, esto contradice con lo hallado por Espinel en Ecuador 2018, quién determinó la existencia de una relación con los factores de riesgo modificables teniendo mayor prevalencia el consumo de alcohol, los hábitos alimentarios y la inactividad física con presencia muy importante de la obesidad y el sobrepeso. Sin embargo, es similar a lo hallado por Arévalos 2016 en Paraguay quién en su estudio de investigación concluyó que no existe relación significativa entre el nivel de conocimientos en HTA y la práctica de estilo de vidas saludables.

A su vez el presente estudio no encontró relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión alimentación, actividad física, hábitos nocivos y manejos del estrés, en pacientes del Centro de Salud Juan Pablo II. Dichos resultados son contrarios a lo hallado por Burdano en Colombia en el 2017 quién identificó altos porcentajes de sobrepeso y obesidad, al igual que una dieta inadecuada, por lo que se debe propender hacia el mejoramiento de los hábitos nutricionales y mejora de estilos de vida. Asimismo, la actividad física tal y como lo encontró Lozada en Ecuador en el año 2016 es lo más significativo en el estilo de vida ya que el sedentarismo y la obesidad, fue lo más predominante en los pacientes hipertensos.

Asimismo, se puede concluir que es de vital importancia trabajar en los estilos de vida saludables para poder disminuir el riesgo de tener complicaciones propias de la hipertensión arterial tal y como lo menciona Coronado en el año 2018 en su estudio realizado en Tumbes, los patrones que influyen en el control de la salud del paciente hipertenso como el control de la presión arterial son bajos, a pesar del conocimiento de los factores de riesgo.

Finalmente, y tal y como lo sostiene Ramos en Bolivia en su investigación, podemos reafirmar que los hábitos y estilos de vida cuando no son los adecuadas constituyen un problema de salud pública incrementado los casos de Enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial

### **6.3. Responsabilidad ética.**

Para mantener en todo momento los principios de la ética se procedió a solicitar un consentimiento informado a cada uno de los participantes, en donde por voluntad propia aceptaban su libre participación en el presente estudio, además claro está de solicitar la autorización a la licenciada jefa del establecimiento de salud. (Anexo 11). Por otro lado, se cuidó en todo momento la confidencialidad y el anonimato en el tratamiento de los datos, conforme lo señala la directiva N°013-2018 R, para fines de citar a los autores con referencia Vancouver y salvaguardar su autoría.

## CONCLUSIONES

1. Se concluye que del 100%(73) de pacientes encuestados del C.S Juan Pablo II, con respecto al conocimiento sobre la Hipertensión arterial el 50,6% (37) pacientes tienen conocimiento medio, y el 49.3% (36) tienen conocimiento bajo,asimismo respecto al estilo de vida el 65,7% (48) pacientes tienen estilo de vida como regular, el 19,2%(14) medio y el 15,07% (11) bueno.En cuanto a la relación de ambas variables se determinó que no existe relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, dado que el p valor fue de = 0,155 ( $>0.05$ ) y un Rho de Spearman de -0.168.
2. No existe relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida su dimensión alimentación en pacientes del Centro de Salud Juan Pablo, Callao – 2021, obteniendo una significancia de p-valor=0.074. ( $>0.05$ ) y un Rho de Spearman de -0.210.
3. No existe relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión actividad física en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, Callao – 2021, obteniendo una significancia de p-valor=0.065 y un Rho de Spearman de -0.217.
4. No existe relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión hábitos nocivos en pacientes del centro de salud Juan Pablo – Callao 2020, obteniendo una significancia de p-valor=0.332 y un Rho de Spearman de -0.115.
5. No existe relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión manejo del estrés en pacientes del centro de salud Juan Pablo II, Callao – 2021, obteniendo una significancia de p-valor= 0.060 y un Rho de Spearman de 0.466.

## RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al centro de salud Juan Pablo II implementar campañas informativas de manera frecuente para brindar la educación a la población respecto a la hipertensión arterial y estilos de vida.
2. Se recomienda la ejecución de sesiones demostrativas de alimentación para prevenir la hipertensión arterial y la dieta correcta para personas hipertensas que acuden al centro de salud Juan Pablo II.
3. Promover los estilos de vida saludables de la población de la jurisdicción del centro de salud Juan Pablo II con caminatas, maratones y/o acciones que sensibilicen a los pacientes frente a la mejora de estilos de vida.
4. Implementar campañas de lucha y/o informativas contra el uso de hábitos nocivos como el uso de tabaco y alcohol etc.
5. Se recomienda trabajar en la implementación y mejora de talleres de habilidades blandas y manejo del estrés con la población focalizada de hipertensos, así como el seguimiento oportuno por la estrategia de salud mental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez, J. H., & Unanua, A. P. *Hipertensión arterial*. Everest. [revista en Internet] 2002 [citado 11 de junio de 2020]. Disponible en: <https://libreria.tirant.com/es/libro/hipertension-arterial-andres-purroyunanua-9788424184117>.
2. Castillo Arocha, I., Armas Rojas, N. B., Dueñas Herrera, A., González Greck, O. R., Arocha Mariño, C., & Castillo Guzmán, A. Riesgo cardiovascular según tablas de la OMS, el estudio Framingham y la razón apolipoproteína B/apolipoproteína A1. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. [revista en Internet] 2010 [citado 18 de junio de 2020] 29(4), 479-488. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002010000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002010000400008)
3. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Hipertensión. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud. Cuba.. Bibliotheca Médica Nacional. [revista en Internet] 2017 [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/hipertension/2017/04/10/boletin-factografico-hipertension-estadisticas-mundiales-abril-2017/>
4. Instituto de estadística e informática. [Página principal en Internet]. [citado 18 julio del 2021]. Disponible en: <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-176-dela-poblacion-de-15-y-mas-anos-de-edad-tienen-hipertension-arterial-9771/>
5. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., & Burnier, M. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. [revista en Internet] 2019 [citado 24 junio del 2021]. 72(2), 160. Disponible en: [file:///C:/Users/EDITH/Downloads/S0300893218306791%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/EDITH/Downloads/S0300893218306791%20(1).pdf)

6. Espinosa Brito, A. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar [revista en Internet] 2018. [citado 26 junio del 2021]. 8(1) 66-74. Disponible en:  
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/594>
7. Salazar Cáceres, P. M., Rotta Rotta, A., & Otiniano Costa, F. Hipertensión en el adulto mayor [revista en Internet] 2016 [citado 26 junio del 2021]. 27(1), 60-66. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2016000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010)
8. Revilla, L., López, T., Sánchez, S., Yasuda, M., & Sanjinés, G. Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú. [revista en Internet] 2014 [citado 26 junio del 2021]. 437-444. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342014000300005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000300005)
9. Régulo Agusti, C. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. *Acta médica peruana*. [revista en Internet] 2006 [citado 26 junio del 2021]. 23(2) 69-75. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172006000200005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005)
10. Huertas Robles, B. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de México*. [revista en Internet] 2001 [citado 15 julio del 2021]. 71(S1), 208-210 Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf>
11. Álvarez, L. S. Los estilos de vida: del individuo al contexto. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, [revista en Internet] 2012 [citado 19 julio del 2021]. 30(1), 95-102. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/120/12023071011.pdf>



12. Vidal Pluas JG. Diseño de estrategias educativas para modificar estilos de vida en adultos jóvenes del sector Guayaquil, Centro de salud Pedro Carbo, [revista en Internet] 2018 [citado 19 julio del 2021]. Disponible en: <https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-auc/archivos/pdfs/AUC31.pdf>
13. Espinel Ciro. Factores de riesgo modificables relacionados a la hipertensión arterial de los empleados del gobierno autónomo descentralizado municipal de Simón Bolívar [tesis maestría ]. Guayas. Universidad Estatal del Milagro;2018 [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4610>
14. Burbano Daira. Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso” Hospital de Engativá, Colombia – 2017. [tesis maestría]. Colombia Universidad Nacional de Colombia; 2017 [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/62063/dairavanes-aburbanorivera.2017.pdf?sequence=1>
15. Lozada Chávez RA. Estrategias para el mejoramiento de estilos de vida en pacientes con Hipertensión Arterial Guayaquil- Ecuador. [tesis maestría]. Universidad de Guayaquil; 2016 [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/46370>
16. Ramos MC. Frecuencia de Hipertensión Arterial en Adultos de la localidad de Coroico con relación a sus hábitos y estilos de vida en la gestión. Bolivia. . [tesis maestría]. Universidad Mayor De San Andres: 2016 [Internet]. Disponible en <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/22102>
17. Arévalo R. “Conocimiento de los pacientes sobre los Factores de Riesgos Cardiovasculares (FRCV) y Enfermedades Cardiovasculares (ECV)-2016. [revista en Internet] 2016 [citado 09 de junio de 2021]; 9(2): 1-5. Disponible en: [http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado\\_y\\_salud/article/view/1422](http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/article/view/1422)

18. Coronado Cruz YJ y Esperanza Ury, Influencia del conocimiento de la hipertensión arterial en el control de salud de, los pacientes hipertensos Hospital I- Essalud -Tumbes -Perú. 2018.
19. Bautista G. Impacto de un programa educativo sobre el nivel de conocimientos y actitudes hacia su enfermedad en pacientes hipertensos, Policlínico Metropolitano -Arequipa. [tesis maestría]. Universidad Nacional De San Agustín de Arequipa;2018 [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/7674>
20. Guerra D. Nivel de conocimiento de hipertensión arterial y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del Centro de Salud Paiján. [tesis maestría]. Universidad Nacional de Trujillo; 2018 [Internet]. Disponible en:  
<https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/14123>.
21. HuaycaneLJ. Garcia Yauri Yury Marelyn Estilos de Vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia del hospital docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo. 2017.
22. Aguilar L. Factores de riesgo biosocioculturales y la hipertensión arterial en pacientes del servicio de medicina general y especialidades - Hospital III Essalud Víctor Lazarte Echegaray Trujillo. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2017. [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/5503>
23. Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. [revista en Internet] 2014 [citado 17 junio del 2021]. 36(6), 835-845. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S168418242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004)

24. Peña, Y. N., & Salas, M. C. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a Hernández, Y. N., Pacheco, J. A. C., & Larreynaga, M. R. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espirituana*, 19(3). través del proceso de enfermería. *Enfermería global*, [revista en Internet] 2010 [citado 17 junio del 2021]. 9(2). .Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)
25. Hernández, Y. N., Pacheco, J. A. C., & Larreynaga, M. R. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espirituana*, [revista en Internet] 2017 [citado 17 junio del 2021]. 19(3). Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129>
26. Naranjo-Hernández, Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, [revista en Internet] 2019 [citado 17 junio del 2021]. 23(6), 814-825. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552019000600814](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552019000600814)
27. Aristizábal Hoyos, G. P., Blanco Borjas, D. M., Sánchez Ramos, A., & Ostiguín Meléndez, R. M. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, [revista en Internet] 2011 [citado 17 junio del 2021] 8(4), 16-23.. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003)
28. Hoyos, G. P. A., Borjas, D. M., Ramos, A. S., & Meléndez, R. M. O. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, [revista en Internet] 2011 [citado 17 junio del 2021]. 8(4), 16-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>

29. Ávila-Agüero ML. "Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud". *Acta Médica Costarricense*. 2009 abril-junio [citado 17 junio del 2021]. ; 51((2)). Disponible en:  
[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022009000200002](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000200002)
30. García, J. F. G. *Salud pública y epidemiología*. Ediciones Díaz de Santos. [revista en Internet] 2012[citado 17 junio del 2021]. Disponible en: <https://www.editdiazdesantos.com/libros/frutos-garcia-jose-salud-publica-y-epidemiologia-L03007520401.html?articulo=03007520401>
31. Hess Canals, A. La gestión del conocimiento. En, J., Gaos, J., & Romero, F. (1981). *Teoría del conocimiento*. Espasa-Calpe. [citado 18 junio del 2021]. Disponible en: <https://www.uoc.edu/dt/20251/20251.pdf>
32. Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S., Scott, P., & Trow, M. La nueva producción del conocimiento. *La dinámica de la ciencia y la investigación en las sociedades contemporáneas*, 20. México [revista en Internet] 1997. [citado el 15 de julio 2021. [https://www.ses.unam.mx/docencia/2007II/Lecturas/Mod1\\_Gibbons.pdf](https://www.ses.unam.mx/docencia/2007II/Lecturas/Mod1_Gibbons.pdf)
33. Geertz, C. *Conocimiento local*. Paidós. [Internet] 2001[citado el 15 de julio 2021. Disponible en:  
<https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/geertz-c-1983-conocimiento-local.pdf>
34. Acevedo Borrego, AO, Linares Barrantes, C, Cachay Boza, O. Tipos de conocimiento y preferencias para la resolución de problemas. México [revista en Internet] 2010[citado el 15 de julio 2021. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81619984004>.
35. Bonilla Meneses, D. L., Bocanegra Gualtero, E. M., Jiménez Barrios, O. P., & Díaz Sanchez, C. Caracterización de los pacientes inscritos al programa de control de la hipertensión arterial del hospital San Carlos

- de Saldaña Tolima del 2015 al 2017. [citado el 15 de julio 2021].  
Disponibile en: <http://repository.ut.edu.co/handle/001/2144>
36. Alvarez-Arias, P., Huanca-Yufra, F., Caira, B., Zafra-Tanaka, J. H., & Moreno-Loaiza, O. Prevalencia de hipertensión arterial en Perú según las nuevas recomendaciones de la guía AHA 2017: análisis secundario de Endes 2016. salud pública de México [revista en Internet] 2019 [citado el 16 de julio 2021]. 61, 98-99. Disponible en:  
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9542>
37. Bellido, C. M., Fernández, E. L., López, J. A., Simón, P. H., & Padial, L. R. Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. Miocardio, [revista en Internet] 2003 [citado el 16 de julio 2021]. 3, 141-160. Disponible en:  
<http://castellanacardio.es/wp-content/uploads/2010/11/hipertension-arterial-I.pdf>
38. Sellén Crombet, J., Sellén Sanchén, E., Barroso Pacheco, L., & Sellén Sánchez, S. Evaluación y diagnóstico de la Hipertensión Arterial. [revista en Internet] 2009 [citado el 16 de julio 2021]., 28(1), 0-0.[ Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S08640300200900100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08640300200900100001)
39. Pérez Caballero, M. D. Guías para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el siglo XXI. [revista en Internet] 2013 [citado 20 julio del 2021]. 52(4), 286-294. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00347523201300400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347523201300400008)
40. Miguel Soca, P. E., & Sarmiento Teruel, Y. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. Acimed, [revista en Internet] 2009 [citado 20 julio del 2021]. 20(3), 92-100. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S10249435200900900007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10249435200900900007)

41. Martínez, C., Pérez González, R., Córdoba Vargas, L., Santín Peña, M., & Macías Castro, I. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. *Rev Cubana Med Gen Integr*, [revista en Internet] 1999[citado 17 julio del 2021]. 15(1), 46-88. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S08642125199900100009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125199900100009)
42. Aguilar, R. M., Lastre-Amell, G., & Vásquez, A. P. Estilos de vida relacionados con factores de riesgo cardiovascular. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 2018 [citado 16 julio del 2021]. 37(2), 54-62. . Disponible en:  
[http://190.169.30.98/ojs/index.php/rev\\_aavft/article/view/15176](http://190.169.30.98/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/15176)
43. Hoffmann, H. R. Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colombia Médica*, [revista en Internet] 2002[citado 15 julio del 2021]. 33(1), 3-5. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/283/28333101.pdf>
44. Enguidanos, S. P., Sanz, V. B., Safont, C. T., Gimeno, J. M., & Llusar, J. F. Influencia de la dieta hiposódica en el paciente hipertenso. *Pharmaceutical Care España*, [revista en Internet] 2009 [citado 14 julio del 2021]. 11(4), 169-176. Disponible en:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S071850062018000400075&lng=n&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S071850062018000400075&lng=n&nrm=iso)
45. Lomelí, C., Rosas, M., Mendoza-González, C., Méndez, A., Lorenzo, J. A., Buendía, A., ... & Attie, F. Hipertensión arterial sistémica en el niño y adolescente. *Archivos de cardiología de México* [revista en Internet] 2008 [citado 14 julio del 2021]. 78(S2), 82-93. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16220>

46. Weschenfelder Magrini, D., & Gue Martini, J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global*, [revista en Internet] 2012 [citado 14 julio del 2021]. 11(26), 344-353. Disponible en:  
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22778/1/TESIS.pdf>
47. De Luis Román, D., Aller, R., & Bustamante, J. Aspectos terapéuticos de la dieta en la hipertensión arterial. *Nefrología*, [revista en Internet] 2008 [citado 14 julio del 2021]. 1(1), 0. <https://www.revistanefrologia.com/es-aspectos-terapeuticos-dieta-hipertension-arterial-articulo-X1888970008000087>
48. Briones Arteaga, E. M. Ejercicios físicos en la prevención de hipertensión arterial. *Medisan*, [revista en Internet] 2016 [citado 14 julio del 2021]. 20(1), 35-41. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192016000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192016000100006)
49. Miguel Soca, P. E., & Sarmiento Teruel, Y. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. *Acimed*, 20(3), 92-100. [revista en Internet] 2009 [citado 14 julio del 2021]. 20(1), 35-41. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102494352009000900007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102494352009000900007)
50. Gorrita Pérez, R. R., Romero Sosa, C. D., & Hernández Martínez, Y. Hábitos dietéticos, peso elevado, consumo de tabaco, lipidemia e hipertensión arterial en adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, [revista en Internet] 2014 [citado 14 julio del 2021]. 86(3), 315-324. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475312014000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312014000300006)

51. Núñez-Córdoba, J. M., Martínez-González, M. A., Bes-Rastrollo, M., Toledo, E., Beunza, J. J., & Alonso, Á. Consumo de alcohol e incidencia de hipertensión en una cohorte mediterránea: el estudio SUN. *Revista española de cardiología*, [revista en Internet] 2009 [citado 19 julio del 2021]. 62(6), 633-641. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-consumo-alcohol-e-incidencia-hipertension-articulo-13137598>
52. Molerio Pérez, O., Arce González, M. A., Otero Ramos, I., & Nieves Achón, Z. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 43(1), 0-0. [revista en Internet] 2005 [citado 19 julio del 2021]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156130032005000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032005000100007)
53. Fanarraga Moran, J. R. Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en consultorios externos de cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-Essalud. [revista en Internet] 2013 [citado 17 julio del 2021]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/276>
54. Cachimuel Moreano, E. E. *Estilos de vida en pacientes hipertensos de 45 a 75 años que acuden al centro de salud Tipo C–San Rafael, Esmeraldas 2019* (Bachelor's thesis). 2019 [citado 19 julio del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9829>
55. Vega-Malagón, G., Ávila-Morales, J., Vega-Malagón, A. J., Camacho-Calderón, N., Becerril-Santos, A., & Leo-Amador, G. E. Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. *European Scientific Journal*, 2014 [citado 20 julio del 2021]. 10(15). Disponible en:



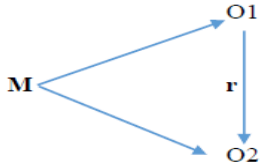
file:///C:/Users/EDITH/Downloads/3477-Article%20Text-10011-1-10  
20140530.pdf

56. Fernández, R., Hernández, C., & Baptista, P. Fundamentos de metodología de la investigación. *Editorial MC Graw-Hill Interamericana, México*, 100-354,2007 [citado 21 junio del 2021]. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
57. Pineda, E. B., De Alvarado, E. L., & de Canales, F. H. *Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud*. OPS,1994 [citado 20 junio del 2021]. Disponible en: <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf>

# **ANEXOS**

## ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD JUAN PABLO II, CALLAO - 2021"**

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	DISEÑO METODOLÓGICO
<b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cuál es la Relación entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable en los pacientes adultos del Centro de Salud Juan Pablo II Callao ,2021?	<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y los estilos de vida saludable de los pacientes adultos que acuden al Consultorio de Medicina del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao- 2021.	<b>HIPOTESIS GENERAL:</b> Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y los estilos de vida saludable de los pacientes adultos que acuden al Consultorio de Medicina del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao- 2021.	<b>V1.</b>  CONOCIMIENTO SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	-Conocimiento sobre la enfermedad.  -Conocimiento sobre el autocuidado.	<b>TIPO DE ESTUDIO</b> Cuantitativo, descriptivo. <b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b> Diseño no experimental, correlacional de corte transversal   <pre>                     graph LR                         M --&gt; O1                         M --&gt; O2                         O1 --- r --- O2                     </pre> Dónde: M: Muestra de estudio O1: Observación a la variable 1: Conocimientos sobre la hipertensión Arterial O2: Observación a la variable 2: Estilos de Vida Saludable r: Relación entre las variables o correlación <b>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN</b> Hipotético deductivo (se analiza las variables y se contrasta las hipótesis) <b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b> <b>POBLACIÓN</b> 90 pacientes hipertensos atendidos en el servicio de Medicina del Centro de Salud Juan Pablo II <b>MUESTRA:</b> 73. <b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> <b>TÉCNICAS</b> Encuesta.
<b>PROBLEMA ESPECÍFICO (1)</b> ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable en la dimensión alimentación?	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO (1)</b> -Relacionar la variable nivel de conocimiento y los estilos de vida saludable en la dimensión alimentación.	<b>HIPOTESIS ESPECÍFICA (1)</b> -Existe una relación entre nivel de conocimientos y los estilos de vida saludable en la dimensión alimentación.			
<b>PROBLEMA ESPECÍFICO (2)</b> -¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludables en la dimensión Actividad física.	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO (2)</b> Relacionar la variable nivel de conocimiento relacionado a los estilos de vida saludables en la dimensión actividad física.	<b>HIPOTESIS ESPECÍFICA (2)</b> Existe una relación entre el nivel de conocimiento y los estilos de vida saludables en la dimensión actividad física.			

		<p><b>HIPOTESIS ESPECIFICA (3)</b> Existe una relación entre el nivel de conocimientos y los estilos de vida saludables en la dimensión hábitos nocivos sobre la enfermedad.</p>			<p><b>INSTRUMENTOS:</b> Cuestionario de Conocimientos sobre la Hipertensión Arterial y estilos de Vida Saludable.</p>
<p><b>PROBLEMA ESPECÍFICO (3)</b> - ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable en la dimensión hábitos nocivos sobre la enfermedad?</p>	<p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO (3)</b> Relacionar la variable nivel de conocimientos relacionado a los estilos de vida saludables en la dimensión hábitos nocivos sobre la enfermedad.</p>	<p><b>HIPOTESIS ESPECIFICA (4)</b> Existe una relación entre el nivel de conocimientos y los estilos de vida saludables en la dimensión manejo del estrés sobre la enfermedad.</p>	<p><b>V2. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE</b></p>	<p>-Alimentación.</p> <p>-Actividad Física.</p> <p>-Hábitos Nocivos</p> <p>-Manejo del estrés.</p>	
<p><b>PROBLEMA ESPECÍFICO (4)</b> ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y los estilos de vida saludable en la dimensión manejo del estrés sobre la enfermedad?</p>	<p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO (4)</b> Relacionar la variable nivel de conocimientos relacionado a los estilos de vida saludable en la dimensión manejo del estrés sobre la enfermedad.</p>				

## ANEXO 2: INSTRUMENTO 1

### **CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD JUAN PABLO II, CALLAO – 2021.**

Marque con un aspa la respuesta que Ud. crea correcta:

#### I.- DATOS GENERALES:

1. Edad:

- a) 27 a 38 años ( )
- b) 39 a 49 años ( )
- c) 50 a 59 años ( )
- d) 60 años a más

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Antecedente familiares:

- a) Madre
- b) Padre
- c) Abuelos
- d) No tengo antecedentes familiares

#### II.- CONOCIMIENTO:

1.-La hipertensión arterial es una enfermedad:

- a) Aguda, y se da por un aumento de los niveles de presión arterial en las personas.
- b) Crónica, y se da por un aumento de la presión arterial en las personas.
- c) Crónica en que alteran las vías respiratorias y urinarias.
- d) Desconozco.

2.- La hipertensión arterial es una enfermedad:

- a) Curable.
- b) Tratable con medicamentos

- c) Se controla con las visitas periódicas al consultorio médico.
- d) Me han dicho que sólo si mis padres tuvieron hipertensión, yo tendré

3.- La hipertensión arterial sin tratamiento se puede complicar con:

- a) Un infarto al corazón.
- b) Una hemorragia cerebral.
- c) Daños en la visión.
- d) Todas las respuestas arriba mencionadas son correctas.

4.- ¿Cuáles son los valores normales de presión arterial en las personas adultas?

- a) 90 /60 mm de hg hasta 140/90 mm de hg
- b) 200 /100 mm de hg hasta 300/100 mm de hg
- c) 80/70 mm de hg hasta 90/ 50 mm de hg
- d) 100/50 mm de hg hasta 400/120 mm de hg

5.- Los signos y síntomas de alarma en los pacientes con presión arterial elevadas son:

- a) Zumbido de oídos, mareos, náuseas, vómitos, visión borrosa
- b) Diarreas, vómitos, sudoración.
- c) Dolor de espaldas, dolor de estómago, dolor de cabeza.
- d) Pérdida de la memoria, pérdida del apetito, dolor de oídos.

6.- Los factores que predisponen a las personas a padecer de hipertensión arterial son:

- a) Consumo excesivo de sal, peso excesivo, antecedentes familiares, falta de actividad física.
- b) Bajo nivel económico y cultural.
- c) Depresión, estrés, consumo excesivo de sal.
- d) Falta de actividad física, falta de controles médicos periódicos, consumir frutas y verduras.

7.- Los hábitos que debe evitar usted son:

- a) Hacer ejercicios, disminuir las grasas.
- b) Tomar alcohol, fumar tabaco.
- c) Disminuir la sal, disminuir los azúcares.
- d) Comer frutas y verduras.

8.- ¿Con que frecuencia debe realizar ejercicios?

- a) Una vez al mes.
- b) Cada 15 días.
- c) 3 veces por semana.
- d) Media hora cada día

9.- Si a un paciente se le eleva la presión arterial bruscamente qué debería hacer de inmediato:

- a) Tomar su medicamento para la presión arterial
- b) Hacer ejercicios.
- c) Recostarse y descansar
- d) Tomar su medicamento y acudir al Centro de Salud más cercano.

10.- Si un paciente con hipertensión arterial no cumple con su tratamiento indicado lo más probable es que:

- a) Sufra un derrame cerebral, presente problemas renales posteriores, pone en riesgo su vida.
- b) Se sane
- c) Sólo tendrá dolor de cabeza
- d) No tenga ninguna complicación.

Autores: Juárez Chirinos Gustavo Manuel – Vargas Alva Rodolfo Santos

## ANEXO 3: INSTRUMENTO 2

### CUESTIONARIO PARA ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JUAN PABLO II, CALLAO - 2021

Marque con un aspa (x) las respuestas que usted crea correctas

Estilos de Vida.

1.- ¿Con qué frecuencia consume verduras y frutas?

- a) Siempre
- b) A veces
- d) Nunca

2.- ¿Añade sal adicional a sus comidas?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca.

3.- ¿Con que frecuencia consume carnes rojas?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca.

4.- ¿Consumes dulces, helados, pasteles, alimentos ricos en grasa?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca.

5.- ¿Con qué frecuencia consume gaseosas en el día

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca.



6.- ¿Con que frecuencia realiza caminatas?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca.

7.- ¿Practica deporte?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca.

8.- ¿Con que frecuencia ve televisión, videos, internet?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca.

9.- ¿Con qué frecuencia fuma Ud.?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

10.- ¿Con qué frecuencia consume alcohol?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca.

11.- ¿Conque frecuencia realiza actividades recreativas como: ¿pasear, bailar, cantar?

- a) Siempre.
- b) A veces.
- c) Nunca.

12.- ¿Realiza usted actividades como tai chi?

- a) Siempre
- b) A veces.
- c) Nunca.

#### ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estoy de acuerdo en participar como sujeto colaborador en la Investigación que lleva como título: “Conocimiento de la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable de los pacientes adultos que acuden al consultorio de medicina del centro de salud Juan Pablo II, Callao – 2021 ;se me ha informado que este estudio es para determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida saludable de los pacientes adultos que acuden al Consultorio de Medicina del Centro de Salud Juan Pablo II, Callao – 2021.

Entiendo que responder la encuesta no va a durar más de una hora, mis respuestas serán confidenciales pues nadie va a conocer la información de mi persona, excepto el investigador.

Dejo en claro que **SI** acepto participar en este estudio es voluntario y al firmar este consentimiento no voy a perder mis derechos legales.

---

Entrevistado

---

Encuestador

## ANEXO 5. BASE DE DATOS CONOCIMIENTOS

	Edad	Sexo	Antecedentes	P1V1	P2V1	P3V1	P4V1	P5V1	P6V1	P7V1	P8V1	P9V1	P10V1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
6	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
7	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2
8	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2
9	2	1	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	2	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2
11	1	2	4	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2
12	1	2	3	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2
13	2	1	3	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2
14	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2
15	1	1	4	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2
16	2	1	3	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1
17	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
18	1	2	4	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2
19	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2
20	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2
21	1	1	4	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2

	Edad	Sexo	Antecedentes	P1V1	P2V1	P3V1	P4V1	P5V1	P6V1	P7V1	P8V1	P9V1	P10V1
22	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1
23	1	1	3	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1
24	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2
25	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2
26	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1
27	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2
28	1	1	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
29	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1
30	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2
31	1	2	3	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1
32	1	1	4	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2
34	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
35	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2
36	1	2	3	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1
37	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2
38	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1
39	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2
40	1	1	3	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1
41	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
42	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2

	Edad	Sexo	Antecedentes	P1V1	P2V1	P3V1	P4V1	P5V1	P6V1	P7V1	P8V1	P9V1	P10V1
43	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
44	1	2	3	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
45	1	1	3	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
46	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
47	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
48	1	1	3	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
49	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2
50	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
51	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1
52	1	2	3	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
53	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1
54	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1
55	1	2	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
56	1	1	4	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1
57	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1
58	2	2	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
59	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2
60	1	1	4	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1
61	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1
62	1	1	4	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1
63	1	2	4	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1

basedatosrodolfo.ULTIMO17.06.21.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Edad	Sexo	Antecedentes	P1V1	P2V1	P3V1	P4V1	P5V1	P6V1	P7V1	P8V1	P9V1	P10V1
63	1	2	4	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1
64	1	2	3	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2
65	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2
66	1	1	4	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2
67	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
68	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1
69	1	2	4	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2
70	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2
71	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2
72	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1
73	1	2	4	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
74													

## BASE DE DATOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

basedatosrodolfo.ULTIMO17.06.21.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	EST1	EST2	EST3	EST4	EST5	EST6	EST7	EST8	EST9	EST10	EST11	EST12
1	2	2	2	2	2	1	1	3	2	2	1	1
2	2	2	2	2	3	1	1	3	1	2	2	1
3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	1	1
4	2	1	2	2	2	2	1	3	3	2	2	1
5	1	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	1
6	2	2	2	2	3	2	1	3	2	2	2	1
7	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1
8	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1
9	1	2	2	3	2	2	1	2	1	2	2	1
10	1	1	3	2	2	2	1	3	2	2	1	2
11	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	1
12	2	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2	1
13	1	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1
14	3	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	1
15	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	1
16	1	2	2	2	1	2	1	3	2	2	1	2
17	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
18	2	2	3	2	2	2	1	2	2	1	1	1
19	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1
20	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1
21	3	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	1

basedatosrodolfo.ULTIMO17.06.21.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	EST1	EST2	EST3	EST4	EST5	EST6	EST7	EST8	EST9	EST10	EST11	EST12
22	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1
23	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2
24	3	2	1	2	1	1	1	3	2	1	1	1
25	3	2	1	1	2	1	3	2	2	2	1	1
26	1	2	3	2	2	2	3	2	2	1	1	1
27	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1
28	2	2	1	2	3	1	2	3	2	2	1	2
29	1	1	2	2	2	2	3	2	2	1	1	1
30	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	1	1
31	2	2	1	2	3	1	1	3	2	2	2	1
32	3	2	3	2	2	1	2	1	3	1	1	1
33	2	2	3	2	2	2	3	2	2	1	1	1
34	2	1	2	2	2	2	3	2	2	1	1	1
35	2	2	3	2	2	2	3	2	2	1	1	2
36	2	2	1	2	3	1	1	3	2	1	1	1
37	2	3	3	2	2	1	1	1	2	1	1	1
38	2	2	2	2	2	2	3	3	2	1	1	1
39	2	1	2	2	2	1	3	3	2	1	1	1
40	2	2	3	2	2	1	1	1	2	1	2	2
41	2	1	2	2	1	1	1	3	1	1	2	1
42	2	2	1	2	2	3	2	3	2	2	2	1

## ANEXO 6

### JUICIO DE EXPERTOS

#### INSTRUMENTO: CONOCIMIENTOS SOBRE HIPERTENSIÓN

Si  $p < 0,05$  concordancia significativa

Ítems	juez1	juez2	juez3	juez4	juez5	juez6	Nº1	P valor
1	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
2	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
3	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
4	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
5	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
6	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
7	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
8	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
9	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
10	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
11	1	1	1	1	1	1	6	0,015625

Favorable= 1 (Si)

Desfavorable = 0 (No)

Promedio de valores 0.015625

Si  $p < 0.05$  el grado de concordancia es significativo.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el promedio de valores de cada juez se obtiene 0.015625 y siendo este valor menor a 0.05; se concluye que el grado de concordancia es significativo.

## ANEXO 7

### JUICIO DE EXPERTOS

#### INSTRUMENTO: ESTILOS DE VIDA

Si  $p < 0,05$  concordancia significativa

Ítems	juez1	juez2	juez3	juez4	juez5	juez6	N°1	P valor
1	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
2	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
3	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
4	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
5	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
6	1	1	1	0	1	1	5	0,09375
7	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
8	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
9	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
10	1	1	1	1	1	1	6	0,015625
11	1	1	1	1	1	1	6	0,015625

Favorable= 1 (Si)

Desfavorable = 0 (No)

Promedio de valores  $0.25/11 = 0.02272$

Si  $p < 0.05$  el grado de concordancia es significativo.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el promedio de valores de cada juez se obtiene 0.02272 y siendo este valor menor a 0.05; se concluye que el grado de concordancia es significativo.

## ANEXO 8: PRUEBA DE CONFIABILIDAD

### VARIABLE CONOCIMIENTO

### COEFICIENTE DE KUDER–RICHARDSON

#### PROCEDIMIENTO

Para encontrar el grado de consistencia interna que posee el instrumento para medir **CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN** se hizo uso el coeficiente de Kuder–Richardson (KR-20), dirigida exclusivamente para instrumentos de respuestas dicotómicas. (SI (V), NO (F)).

$$KR_{21} = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{M(n-M)}{nS_t^2} \right]$$

Dónde:

n: número total de ítems (10)

M: media aritmética de las puntuaciones obtenidas por los individuos

$S_t^2$ : Varianza de las puntuaciones totales.

En este caso el  $KR_{21} = 0.759$ , valor que es considerado alto, por lo tanto, el instrumento es considerado **ACEPTABLE** y **CONFIABLE** para su aplicación.



## ANEXO 9: PRUEBA DE CONFIABILIDAD

### CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALPHA DE CRONBACH

#### PROCEDIMIENTO

Para encontrar el grado de consistencia interna que posee el instrumento ESTILOS DE VIDA, se hizo uso del coeficiente de confiabilidad de ALPHA DE CRONBACH, aplicándose la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde

- $S_i^2$  : Es la varianza de la suma de los ítems.
- $\sum S_t^2$  : Sumatoria de la varianza de los ítems.
- $k$  : Es el número de preguntas o ítems.

$$\alpha = (12/12-1) (0.81)$$

$$\alpha = (20 / 11) (0.81)$$

$$\alpha = (1.09) (0.81)$$

$$\alpha = 0.88$$

Para que un instrumento sea confiable tiene que ser:  $\alpha > 0.7$ , por lo tanto, el instrumento a utilizar es confiable al tener como  $\alpha = 0.88$

## ANEXO 10

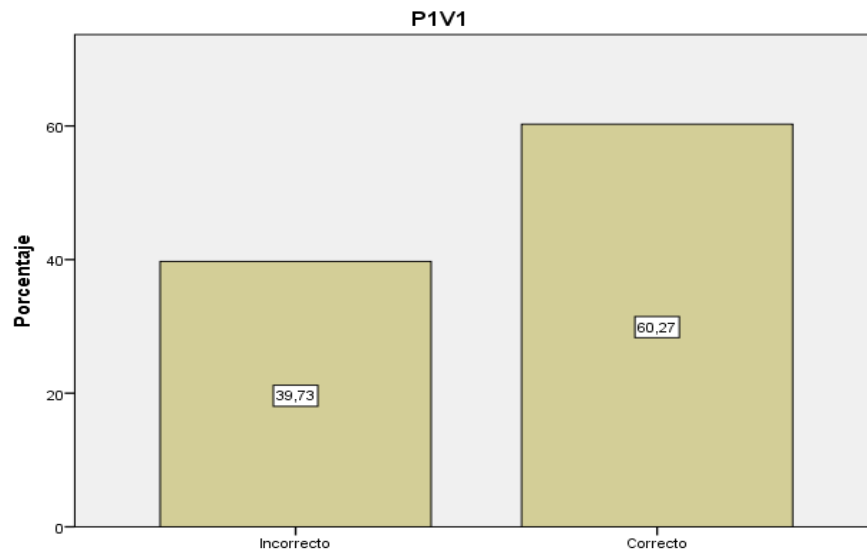
### TABLAS ESTADÍSTICAS

Tabla 1 Pregunta N° 1

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Incorrecto	29	39,7
Correcto	44	60,3
Total	73	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao – 2021.

Gráfico 1: Pregunta N° 1



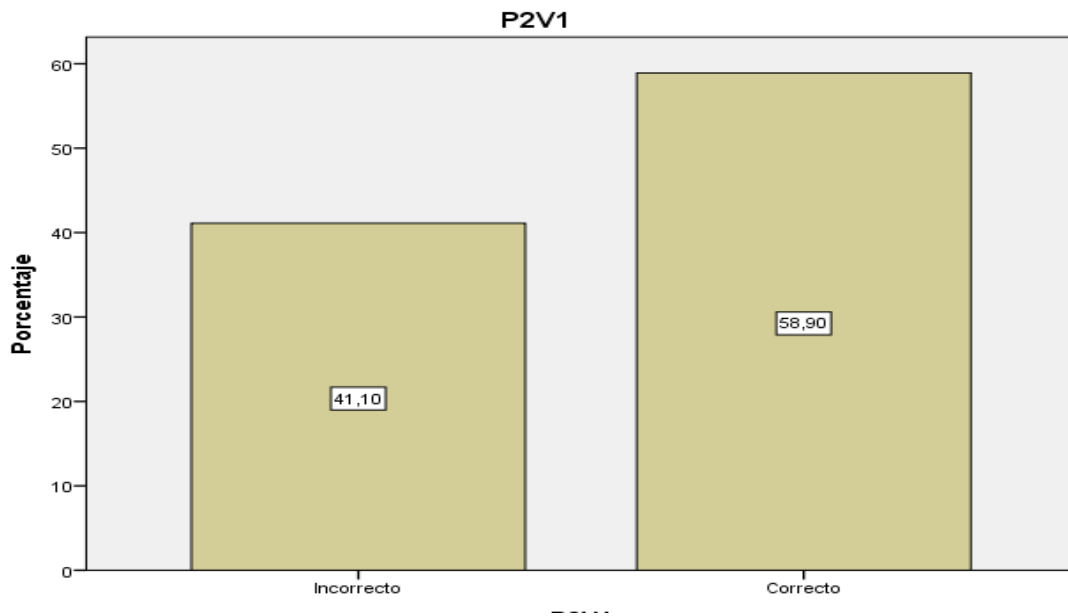
Del 100%(73) pacientes encuestados en la primera pregunta realizado observamos que el 60.3%(44) respondieron correctamente y el 39,7(29) respondieron incorrectamente.

**Tabla 2: Pregunta N° 2**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Incorrecto	30	41,1
	Correcto	43	58,9
	Total	73	100,0

*Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao – 2021.*

**Gráfico 2: Pregunta N° 2**



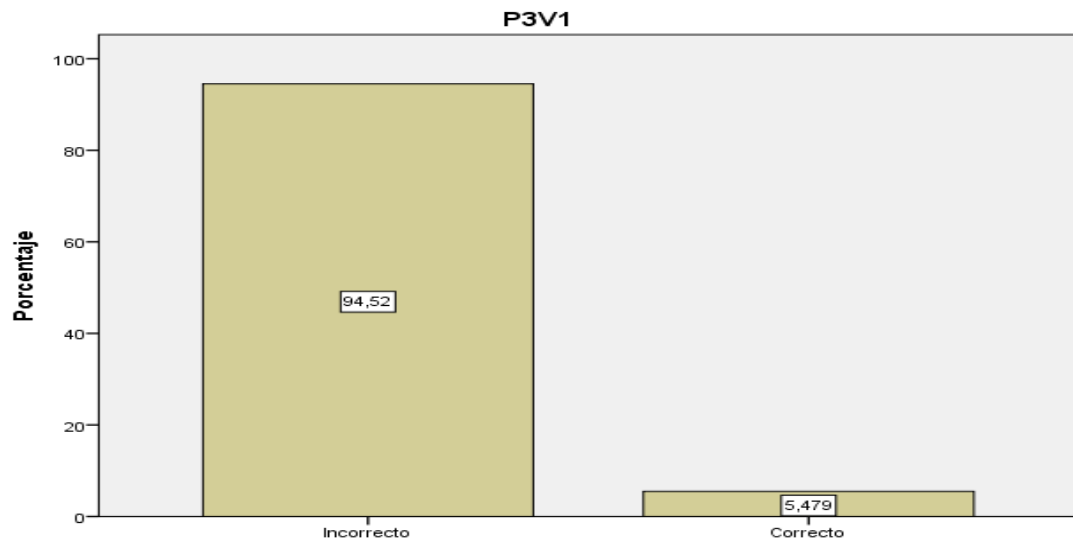
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°2 realizado observamos que el 58.4%(43) respondieron correctamente y el 41.1(30) respondieron incorrectamente.

**Tabla 3: Pregunta N° 3**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Incorrecto	69	94,5
	Correcto	4	5,5
	Total	73	100,0

*Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao – 2021.*

**Gráfico 3: Pregunta N° 3**



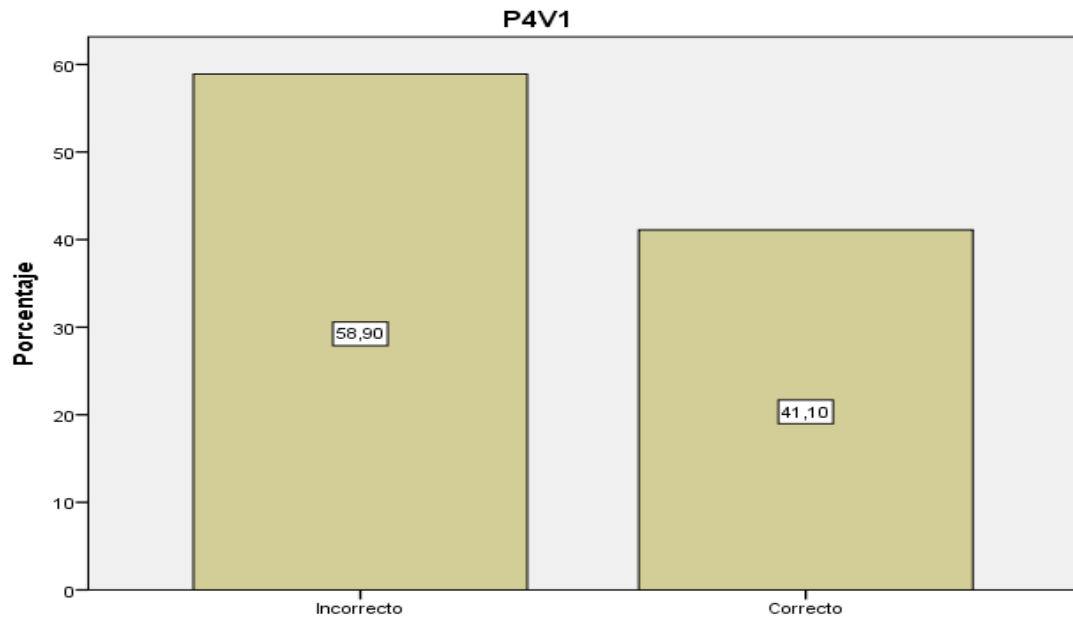
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°3 realizado observamos que el 94,5%(69) respondieron incorrecto y sólo el 5,5(4) respondieron correctamente.

**Tabla 4:** Pregunta N° 4

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Incorrecto	43	58,9
	Correcto	30	41,1
	Total	73	100,0

*Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao – 2021.*

**Gráfico 4:** Pregunta N° 4



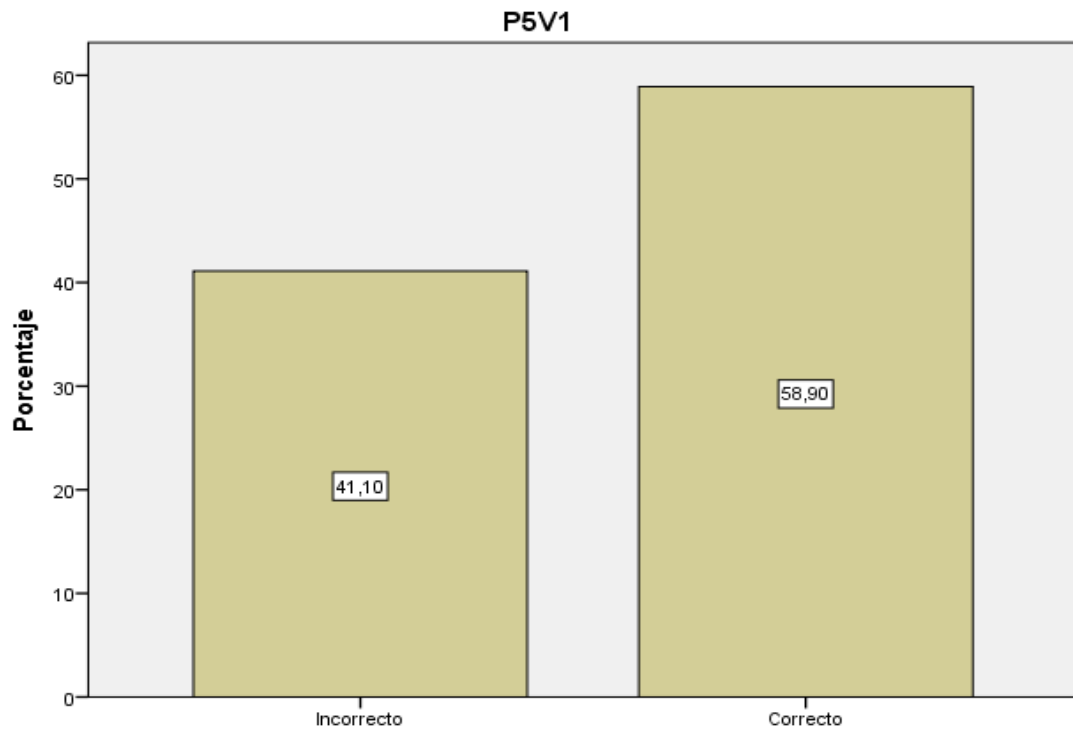
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°4 realizado observamos que el 58,9%(58,9) respondieron incorrecto y el 41,1(30) respondieron correctamente.

**Tabla 5:** Pregunta N° 5

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Incorrecto	30	41,1
Correcto	43	58,9
Total	73	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao – 2021.

**Gráfico 5:** Pregunta N° 5



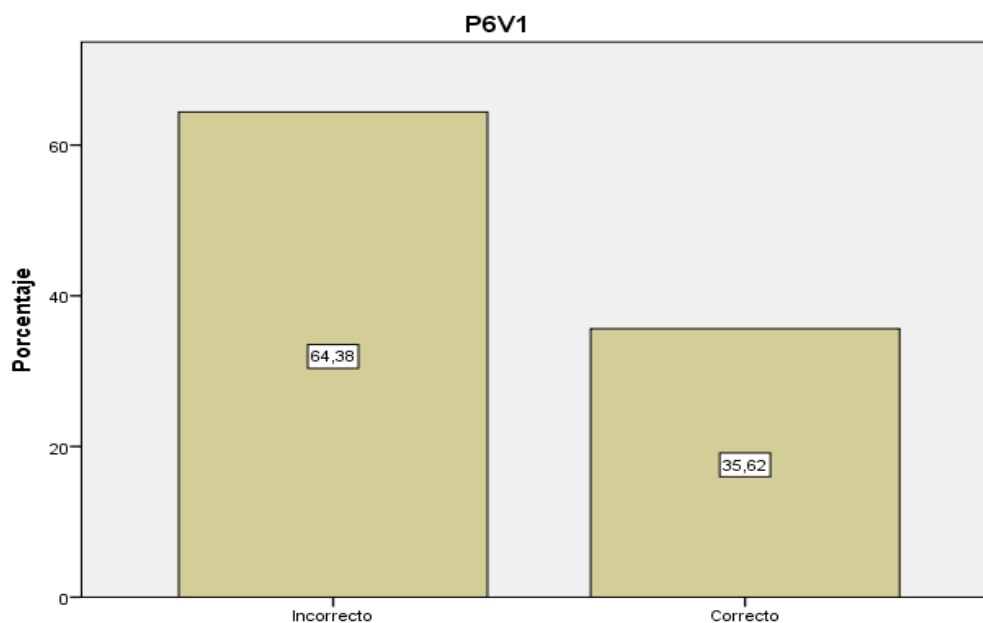
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°5 realizado observamos que el 58,9%(58,9) respondieron correctamente y el 41,1(30) respondieron incorrectamente.

**Tabla 6:** Pregunta N° 6

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Incorrecto	47	64,4
	Correcto	26	35,6
	Total	73	100,0

*Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao – 2021.*

**Gráfico 6:** Pregunta N° 6



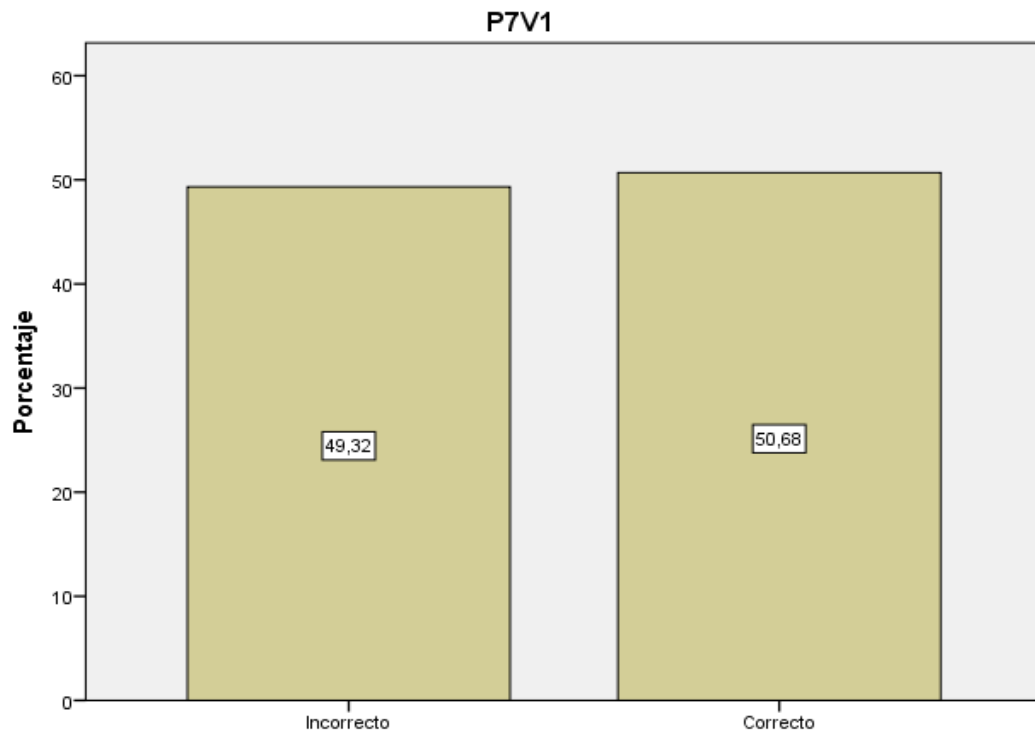
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°6 realizado observamos que el 64.3%(47) respondieron incorrectamente y el 35.6%(26) respondieron correctamente.

**Tabla 7: Pregunta N° 7**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Incorrecto	36	49,3
	Correcto	37	50,7
	Total	73	100,0

*Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao – 2021.*

**Gráfico 7: Pregunta N° 7**



Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°7 realizado observamos que el 50.7%(37) respondieron correctamente y el 49,3%(36) respondieron incorrectamente.

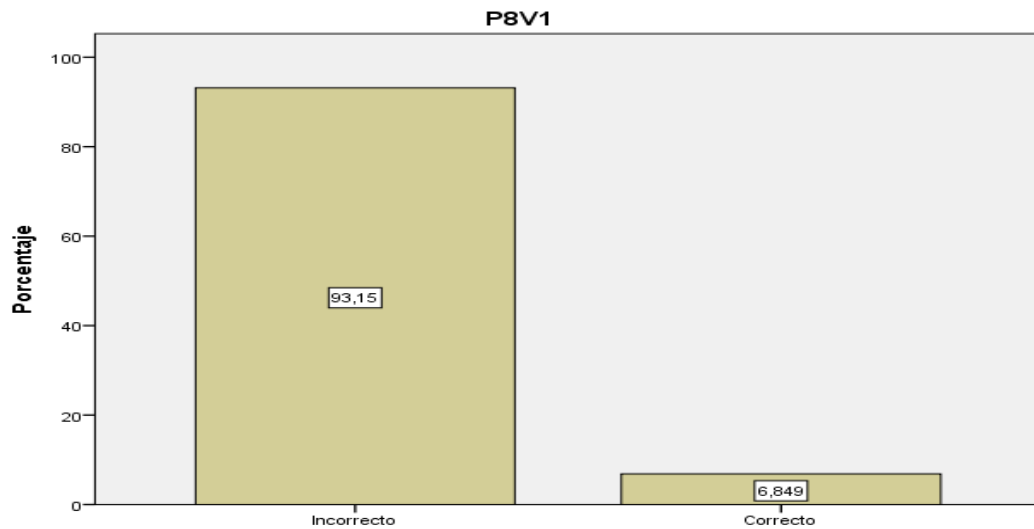


**Tabla 8:** Pregunta N° 8

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Incorrecto	68	93,2
	Correcto	5	6,8
	Total	73	100,0

*Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.*

**Gráfico 8:** Pregunta N° 8



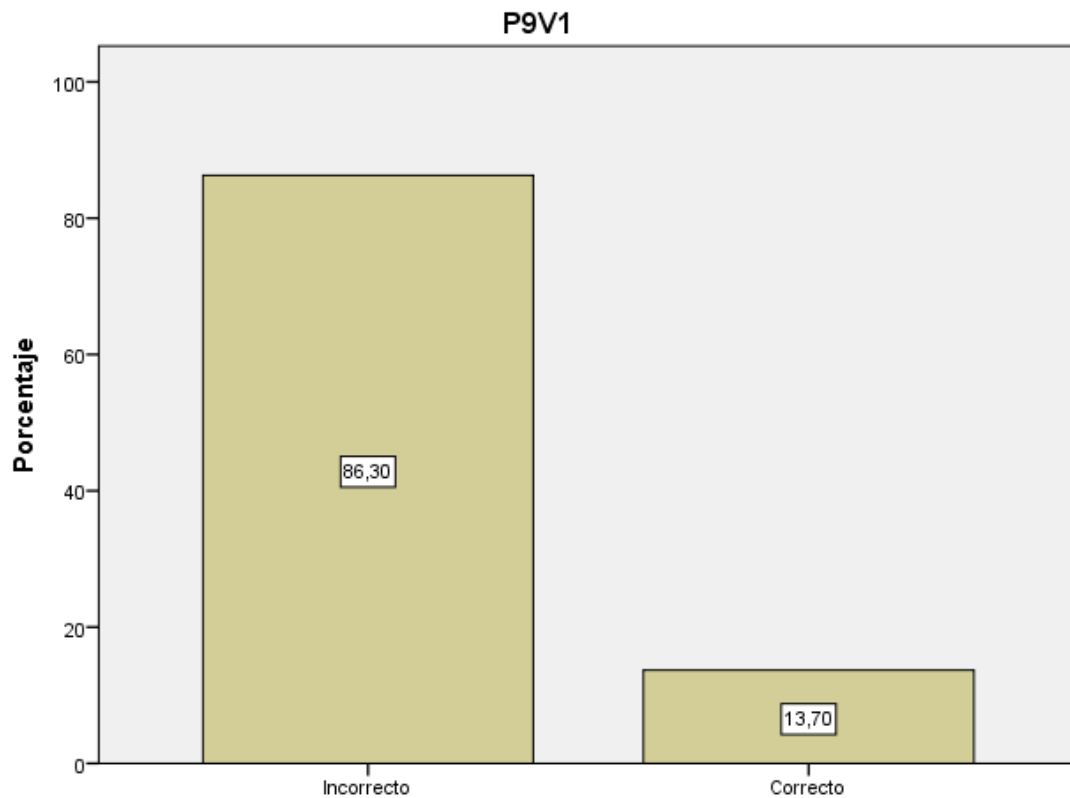
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°8 realizado observamos que el 93,2%(68) respondieron incorrectamente y el 6,8%(36) respondieron correctamente.

**Tabla 9:** Pregunta N° 9

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Incorrecto	63	86,3
	Correcto	10	13,7
	Total	73	100,0

*Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.*

**Gráfico 9:** Pregunta N° 9



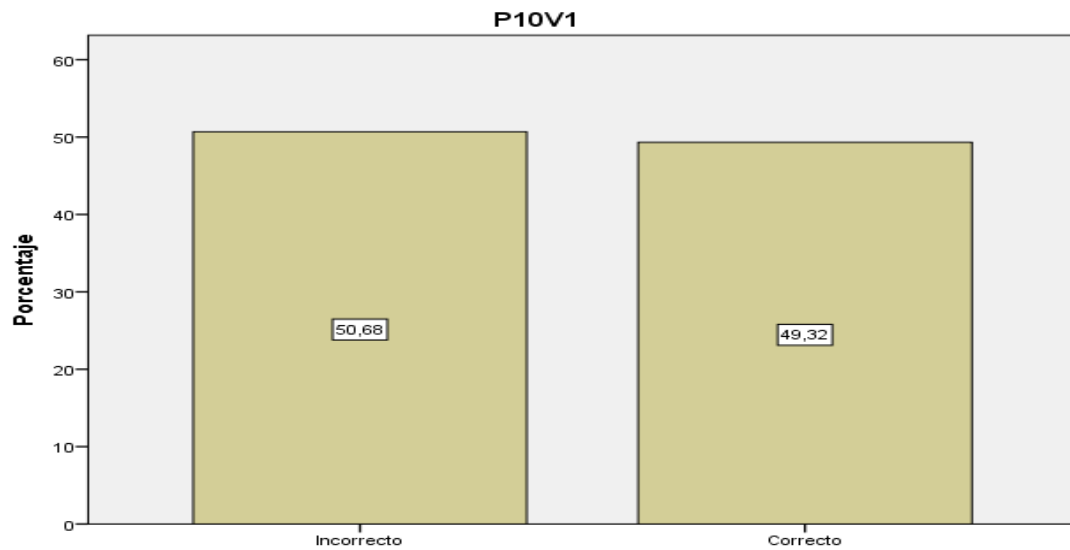
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°9 realizado observamos que el 86,3%(63) respondieron incorrectamente y el 13,7%(10) respondieron correctamente.

**Tabla 10:** Pregunta N° 10

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Incorrecto	37	50,7
	Correcto	36	49,3
	Total	73	100,0

*Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.*

**Gráfico 10:** Pregunta N° 10



Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°10 realizado observamos que el 50,7%(37) respondieron incorrectamente y el 49,3%(36) respondieron correctamente.

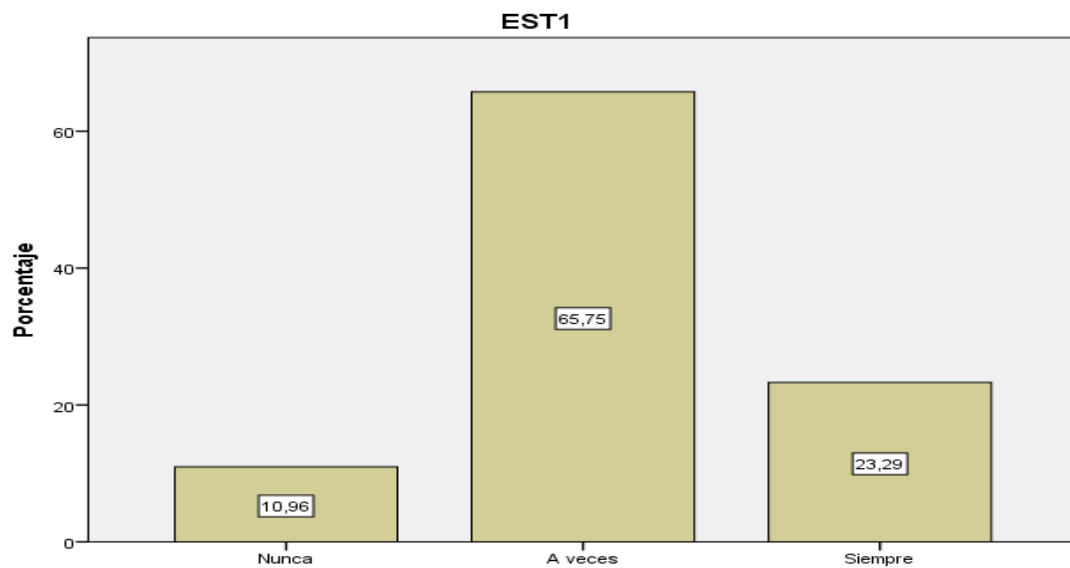
## VARIABLE: ESTILOS DE VIDA

**Tabla 1:** Pregunta 1. Consumo de frutas y verduras

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	8	11,0
	A veces	48	65,8
	Siempre	17	23,3
	Total	73	100,0

*Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.*

**Gráfico 1:** Pregunta N° 1. Consumo de frutas y verduras



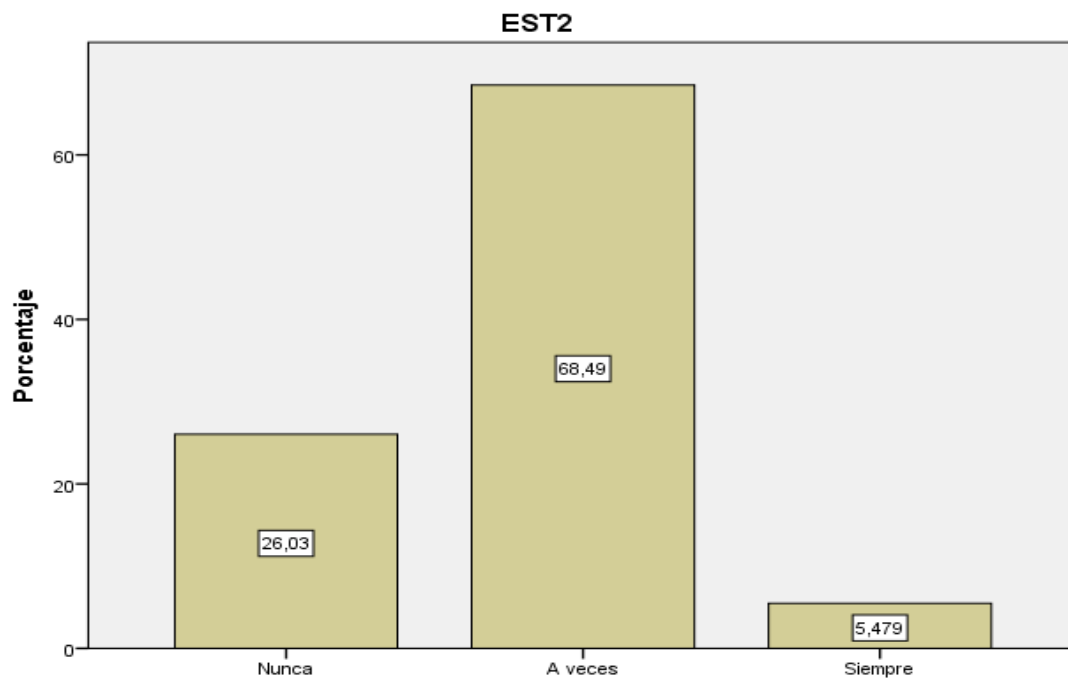
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°1 sobre el consumo de frutas y verduras el 11% respondieron que nunca consume, el 65,8%(48) a veces y el 23,3%(17) siempre.

**Tabla 2:** Pregunta 2. Añade sal adicional a sus comidas

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	19
	A veces	50
	Siempre	4
	Total	73

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.

**Gráfico 2:** Pregunta 2. Añade sal adicional a sus comidas



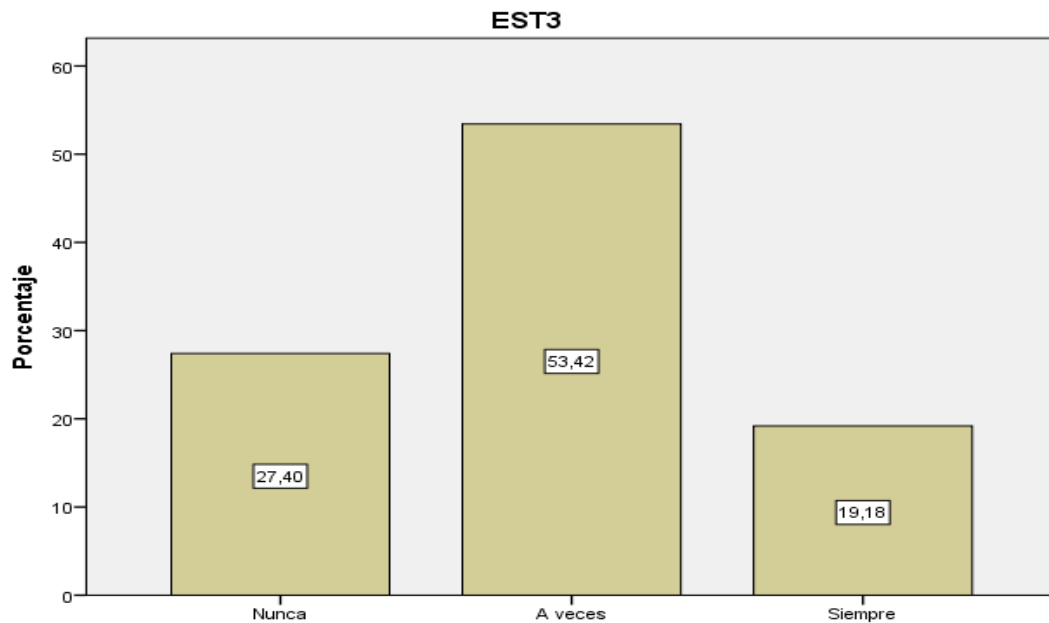
100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°2 si añade sal adicional a sus comidas 26,03(19) % respondieron que nunca consume, el 68,5%(50) a veces y el 5,5%(4) siempre.

**Tabla 3:** Pregunta 3. Consumo de carnes rojas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	20	27,4
	A veces	39	53,4
	Siempre	14	19,2
	Total	73	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.

**Gráfico 3:** Pregunta 3. Consumo de carnes rojas



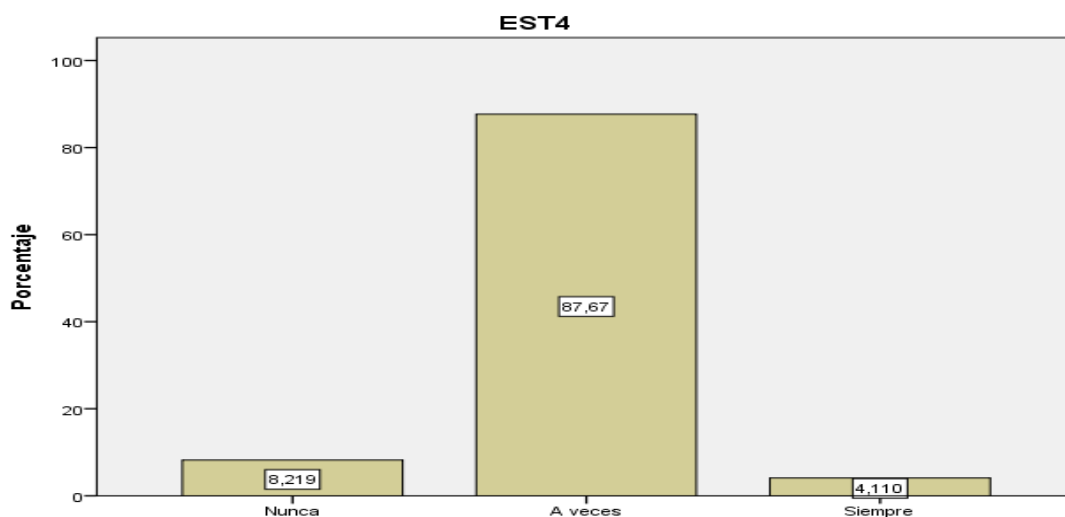
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°3 si consume carnes rojas 27,4%(20) respondieron que nunca consume, el 53,4%(39) a veces y el 19.2%(14) siempre

**Tabla 4:** Pregunta 4. Consumo de dulces, helados, pasteles, alimentos ricos en grasa

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Nunca	6	8,2
A veces	64	87,7
Siempre	3	4,1
Total	73	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.

**Gráfico 4:** Pregunta 4. Consumo de dulces, helados, pasteles, alimentos ricos en grasa



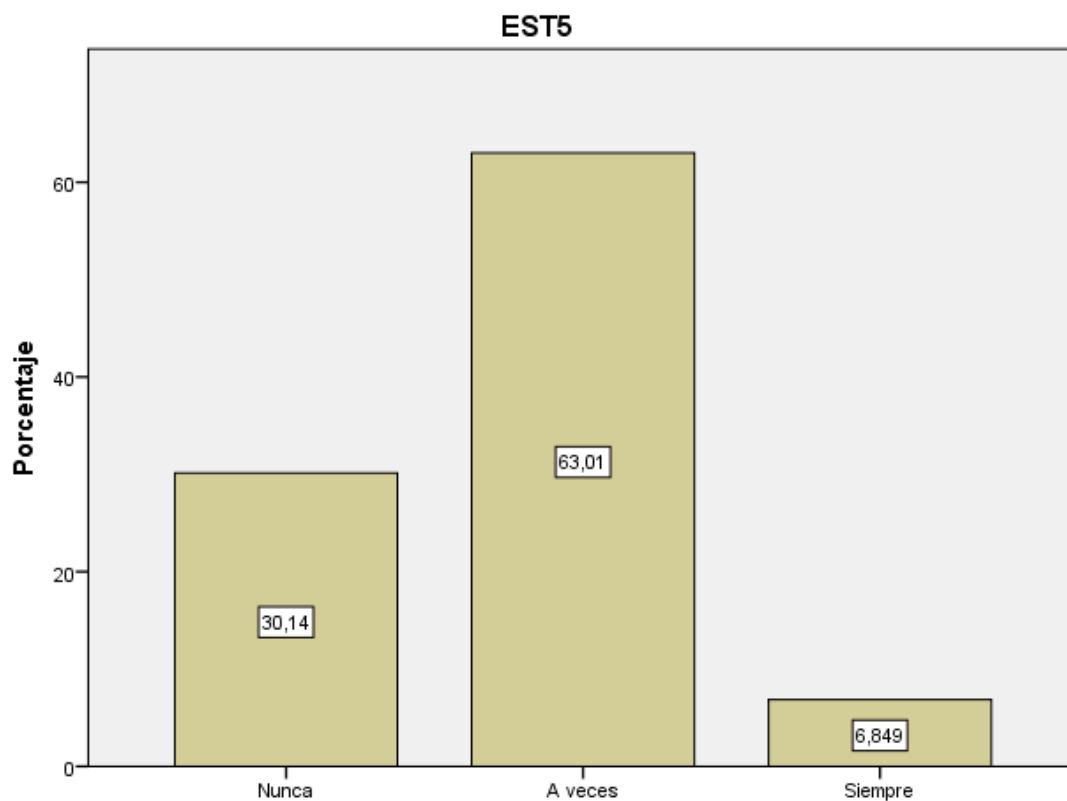
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°4 sobre el consumo dulces, helados, pasteles, alimentos ricos en grasa el 8,2%(6) respondieron que nunca consume, el 87,7%(64) a veces y el 4,1%(3) siempre.

**Tabla 5: Pregunta N°5. Frecuencia consume gaseosas en el día**

	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	Nunca	22	30,1
	A veces	46	63,0
	Siempre	5	6,8
	Total	73	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.

**Gráfico 5: Pregunta N° 5. Frecuencia del consumo gaseosas en el día**



Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°5 sobre la frecuencia del consumo de gaseosas en el día el 30,14%(22) respondieron que nunca consume gaseosa el 63%(64) a veces y el 6,8%(5) siempre

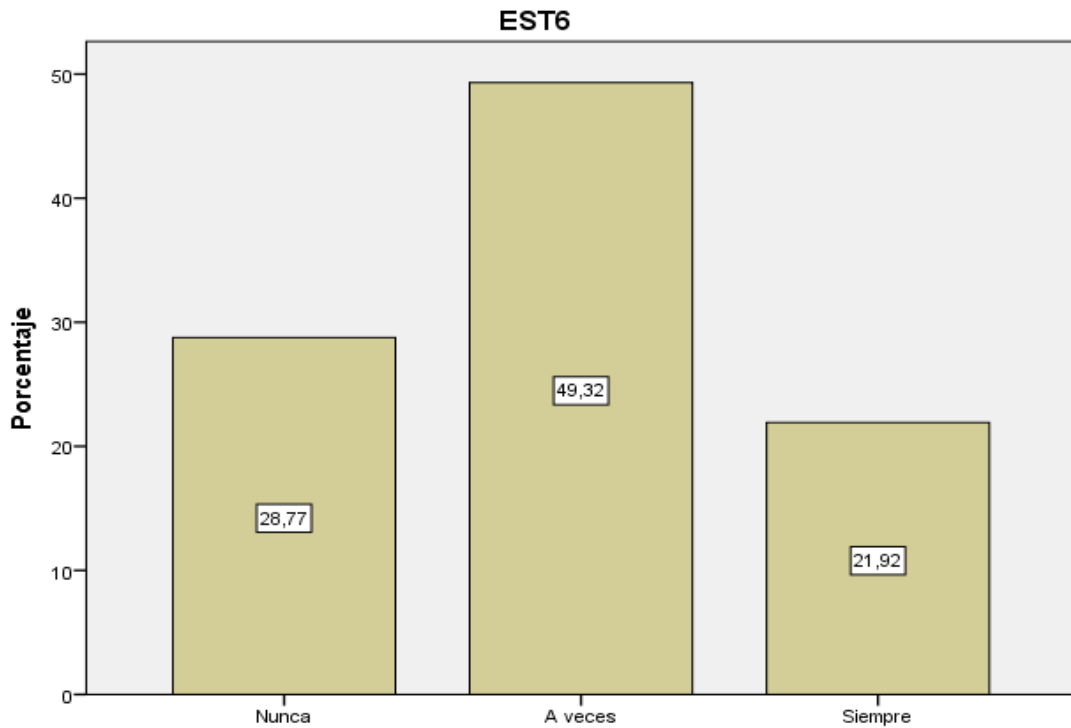


**Tabla 6:** Pregunta N°6. frecuencia realiza caminatas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	21	28,8
	A veces	36	49,3
	Siempre	16	21,9
	Total	73	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.

**Gráfico 6:** Pregunta N°6. frecuencia realiza caminatas



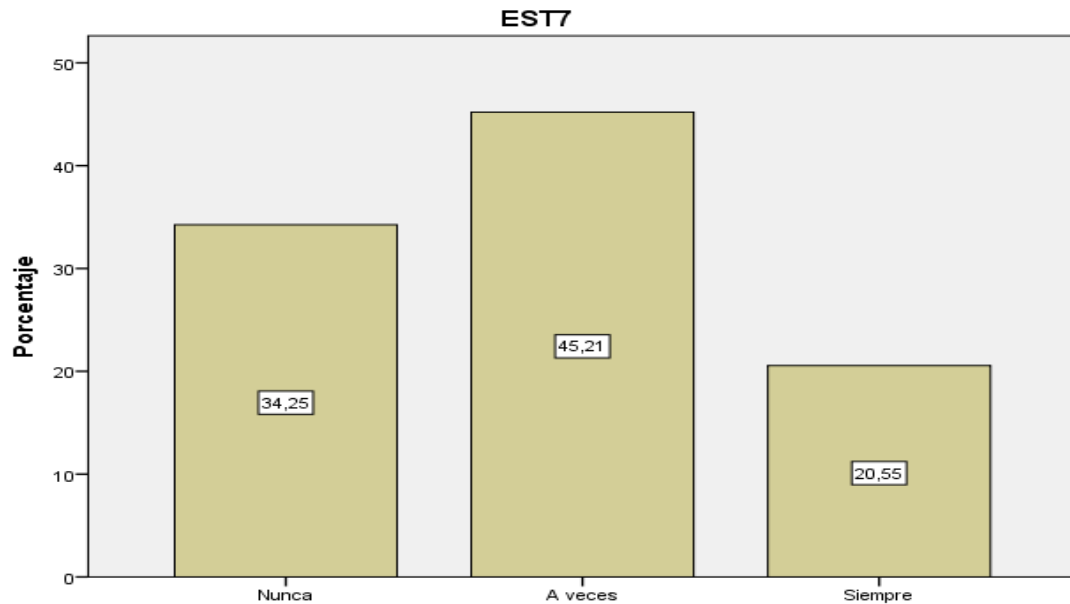
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°6 sobre si realiza caminatas el 28.8%(21) respondieron que nunca el 49.3%(36) a veces y el 21,9%(16) siempre

**Tabla 7:** Pregunta N°7. Práctica de Deporte

	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	Nunca	25	34,2
	A veces	33	45,2
	Siempre	15	20,5
	Total	73	100,0

*Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.*

**Gráfico 7:** Pregunta N°7. Práctica de Deporte



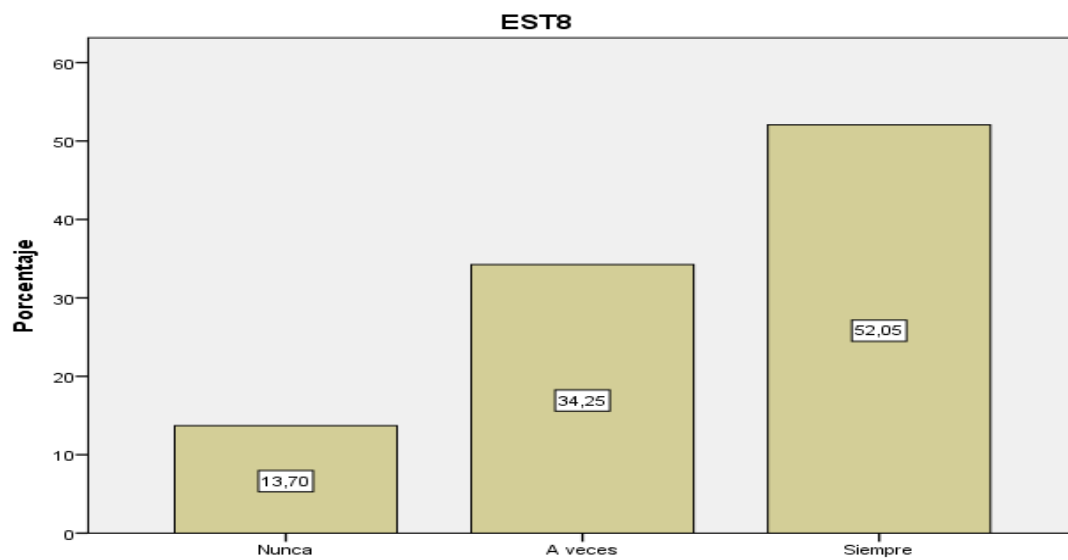
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°7 sobre si practica deporte el 34.2%(26) respondieron que nunca el 45.2%(36) a veces y el 20,5%(15) siempre.

**Tabla 8:** Pregunta N°8. Con que frecuencia ve televisión, videos, internet

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	10	13,7
	A veces	25	34,2
	Siempre	38	52,1
	Total	73	100,0

*Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.*

**Gráfico 8:** Pregunta N°8. Con que frecuencia ve televisión, videos, internet



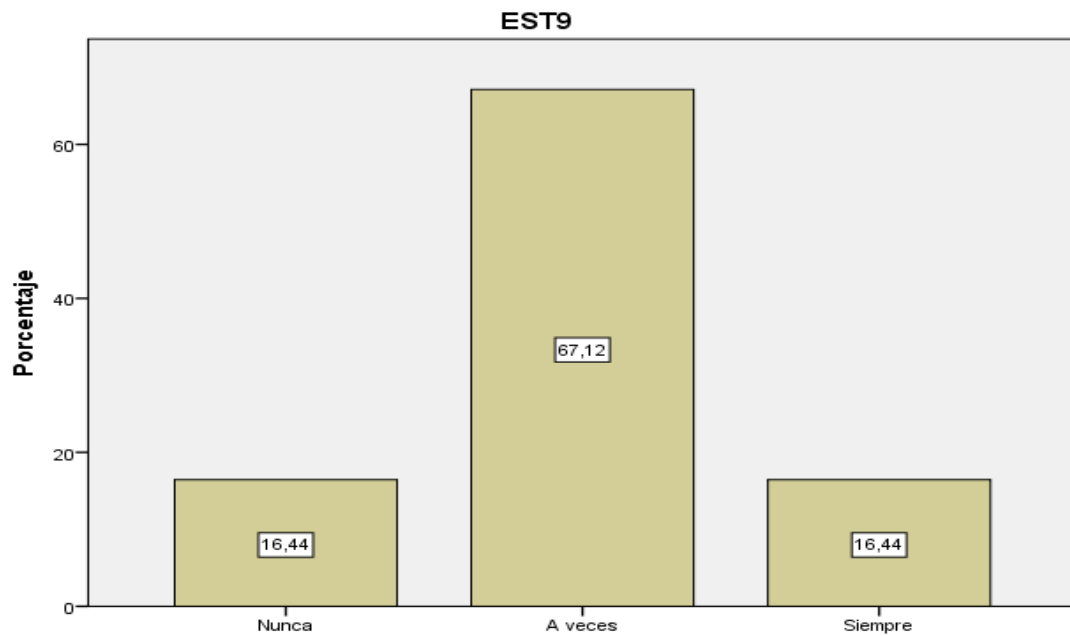
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°7 sobre si practica deporte el 13,7%(10) respondieron que nunca el 34,2%(25) a veces y el 20,5%(52,0) siempre.

**Tabla 9:** Pregunta N°9. Con qué frecuencia fuma

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	12
	A veces	49
	Siempre	12
	Total	73

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.

**Gráfico 9:** Pregunta N°9. Con qué frecuencia fuma



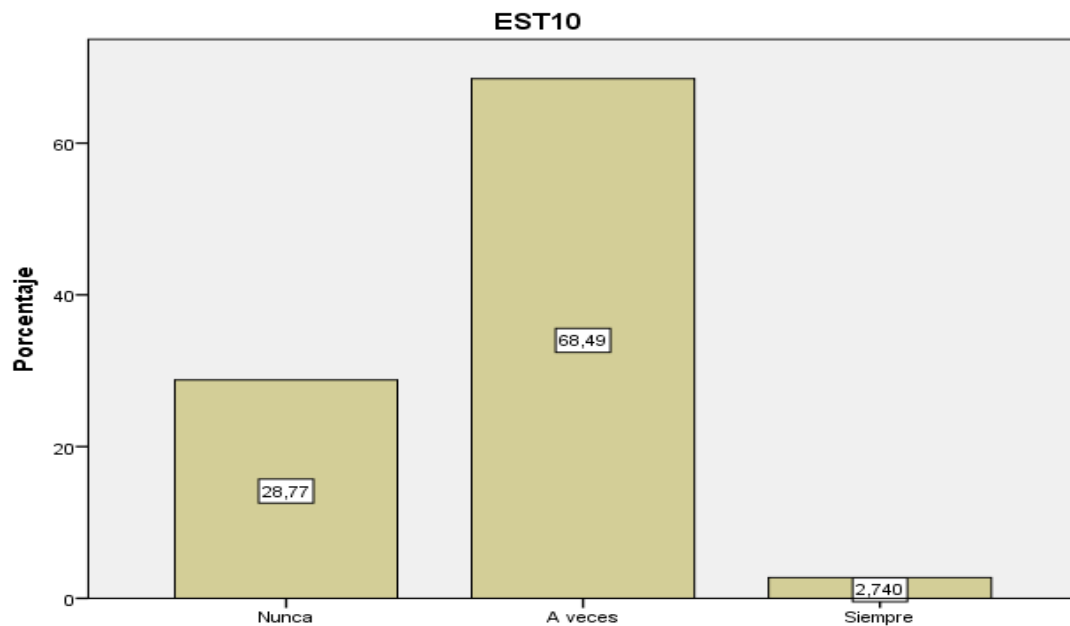
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°9 con qué frecuencia fuma el 16,44%(12) respondieron que nunca el 67,1%(49) a veces y el 16,4%(12) siempre.

**Tabla 10:** Pregunta N°10. Con qué frecuencia consume alcohol

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	21	28,8
	A veces	50	68,5
	Siempre	2	2,7
	Total	73	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.

**Gráfico 10:** Pregunta N°10. Con qué frecuencia consume alcohol



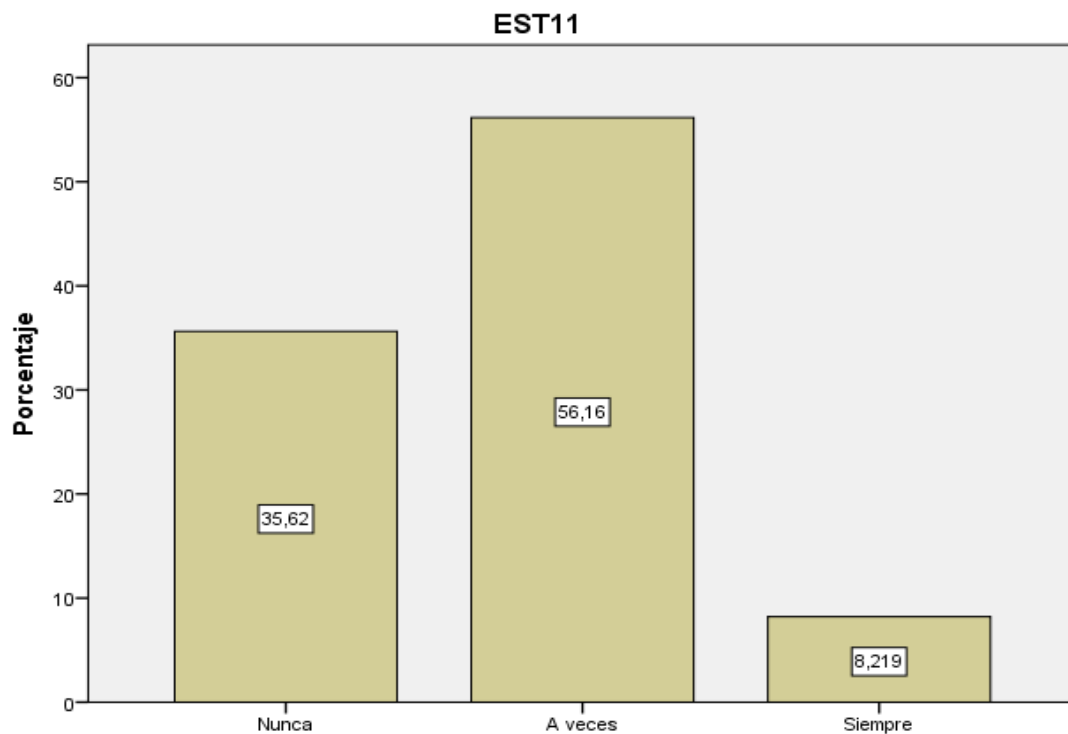
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°10 con qué frecuencia consume alcohol fuma el 28,7%(21) respondieron que nunca el 68,5%(50) a veces y el 2,7%(2) siempre.

**Tabla 11:** Pregunta N°11. Con que frecuencia realiza actividades recreativas como: ¿pasear, bailar, cantar?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	26	35,6
	A veces	41	56,2
	Siempre	6	8,2
	Total	73	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.

**Gráfico 11:** Pregunta N°11. Con que frecuencia realiza actividades recreativas como: ¿pasear, bailar, cantar?



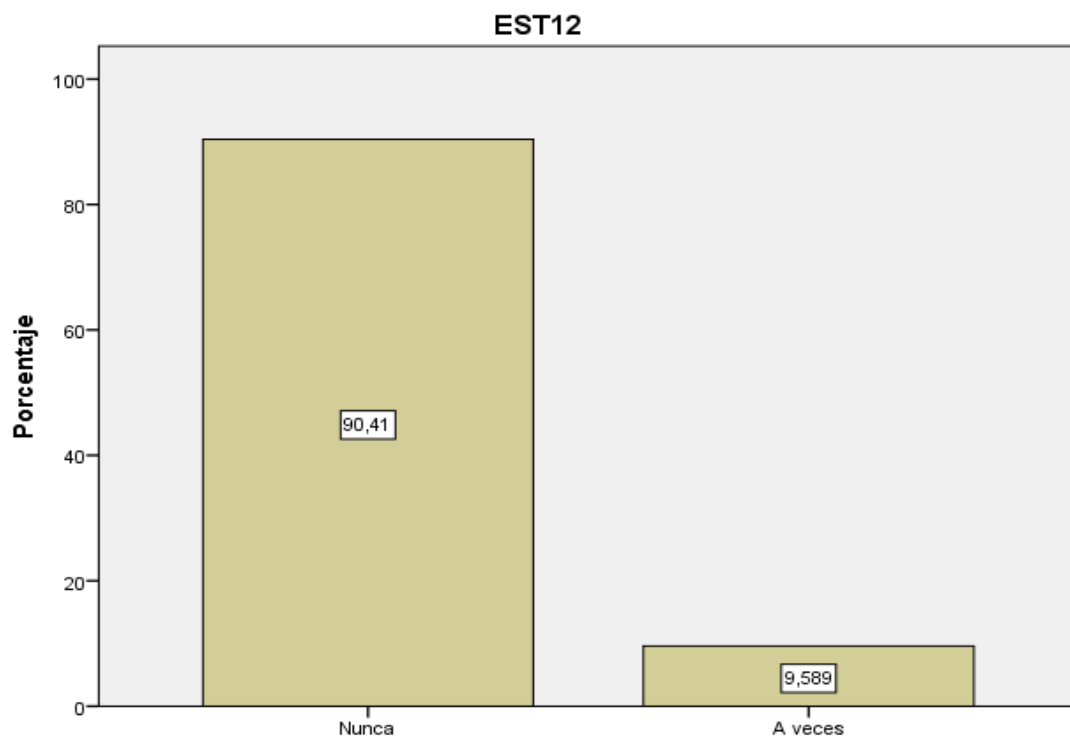
Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°11 con qué frecuencia realiza actividades recreativas el 35,6%(26) respondieron que nunca el 56,2%(41) a veces y el 6,2%(6) siempre.

**Tabla 12:** Pregunta N°12. ¿Realiza usted actividades como tai chi

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	66
	A veces	7
	Total	73

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del C.S Juan Pablo II, Callao- 2021.

**Gráfico 12:** Pregunta N°12. ¿Realiza usted actividades como tai chi



Del 100%(73) pacientes encuestados en la pregunta N°12 si realiza actividades cómo el taichí, el 90,41%(66) respondieron que nunca el 9,6%(13)

## ANEXO 11: PERMISO DE CENTRO DE SALUD

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Callao 02 de junio 2021.

Señores:  
Juárez Chirinos Gustavo Manuel.  
Vargas Alva Rodolfo Santos.  
Estudiantes de la Unidad de Posgrado de la Facultad de  
Ciencias de la Salud - UNAC

Presente. -

Asunto : SOLICITUD DE FACILIDADES PARA TRABAJO DE INVESTIGACION

De mi consideración:

Es grato dirigirme a ustedes, para saludarles cordialmente y en atención al documento de la referencia se informa que la Jefe del Centro de Salud Juan Pablo II, Lic. Yolanda Carolina Alvarado Pereda autoriza dar las facilidades a ustedes para aplicar el Instrumento de Recolección de Datos en nuestra institución, del proyecto titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD JUAN PABLO II, CALLAO-2021"

En tal sentido, de acuerdo a la solicitud presentada, se les ofrece todas las facilidades del caso para la aplicación de dicha investigación.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarles los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



.....  
LIC. YOLANDA ALVARADO PEREDA  
RESPALDO  
C. P.S. 401-19401

Lic. Yolanda Carolina Alvarado Pereda

JEFE DEL C.S. JUAN PABLO II



## ANEXO 12: CONSTANCIA DE AUTENTICIDAD



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIDAD DE POSGRADO

### CONSTANCIA N° 003 -2021-UPG-FCS

La Unidad de Asesoría de Tesis de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Callao;

#### HACE CONSTAR QUE:

Se ha procedido a revisar la tesis titulada:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD JUAN PABLO II, CALLAO - 2021**

presentada por: VARGAS ALVA RODOLFO SANTOS  
JUÁREZ CHIRINOS GUSTAVO MANUEL

para tramitar el Grado Académico de **MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

Al realizar la revisión de la autenticidad mediante el URKUND, se obtuvo un resultado del **17%**, lo cual no supera el máximo establecido en la Directiva N° 013-2019-R "Directiva que Regula y Norma el Uso del Software para la Identificación de la Autenticidad de Documentos Académicos en la Universidad Nacional del Callao", aprobado con Res. N° 704-2019-R del 05 de Julio de 2019.

Se expide la presente constancia a solicitud del (la) interesado (a), a fin de continuar con el trámite correspondiente.

Bellavista, 6 de Agosto de 2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIDAD DE POSGRADO

Dra. Mercedes Lulírea Ferrer Mejía  
UNIDAD DE TESIS - UPG FCS UNAC

Recibo: 050.001.0030

050.001.0093