



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

CONOCIMIENTO Y ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE UN CENTRO DE SALUD EN LIMA 2025

KNOWLEDGE AND LIFESTYLES OF ADULTS WITH ARTERIAL
HYPERTENSION OF THE HEALTH CENTER IN LIMA 2025

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA

AUTORES

NADESHKO BLANCA CUBAS BLAS

MARTHA LUPUCHE SULLON DE ENCISO

ASESOR

IVONNE ELIZABETH JARA ROMERO

LIMA - PERÚ

2026

JURADOS

Presidente: MG. NANCY LAURA SALINAS ESCOBAR

Vocal: MG. PATRICIA SOLEDAD OBANDO CASTRO

Secretario: MG. EULALIA MARIA CHAHUAS RODRIGUEZ

Fecha de Sustentación: 6 de junio de 2026

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS

ASESORA

DRA. IVONNE ELIZABETH JARA ROMERO

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0003-3555-3097

DEDICATORIA

Agradezco profundamente a Dios por guiarme con sabiduría y brindarme la fortaleza necesaria para superar cada desafío en este camino. Dedico este trabajo a mis padres, cuyo amor incondicional, apoyo y enseñanzas han sido fundamentales en cada etapa de mi formación personal y profesional. Saber que siempre cuento con ustedes llena mi corazón de alegría y me motiva a seguir adelante. A mis hermanos, gracias por ser mi refugio, mi inspiración y mi apoyo. A mi pareja, por su sacrificio, comprensión, confianza y apoyo incondicional durante este proceso. Asimismo, agradezco a mis amigos por sus palabras de aliento y su sincera amistad, que han sido también una fuente de motivación.

Nadeshko Blanca Cubas Blas

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por darme la vida, guiar mis pasos y permitirme alcanzar esta importante meta en mi formación profesional. A mis padres, quienes, a pesar de la distancia física, siempre han estado presentes en mi corazón. Su amor, enseñanzas y apoyo han sido fundamentales en cada logro de mi vida. A mis hermanos, por su cariño y apoyo incondicional; a mi esposo, por su comprensión, paciencia y compañía en los momentos más difíciles; y a mis hijos, quienes son mi mayor inspiración y la fuerza que me impulsa a seguir adelante y alcanzar mis sueños. Con amor y gratitud, este logro también es de ustedes.

Martha Lupuche Sullon de Enciso

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Universidad Peruana Cayetano Heredia por habernos brindado la oportunidad de formar parte de su comunidad académica y por abrirnos las puertas para alcanzar nuestra formación profesional.

Asimismo, agradecemos profundamente a nuestra asesora, la Dra. Elizabeth Ivonne Romero Jara, por su valioso apoyo, orientación, dedicación y paciencia durante todo el desarrollo de este trabajo. Su guía y compromiso fueron fundamentales para la culminación exitosa de esta investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Esta indagación tuvo autofinanciamiento de parte de las investigadoras

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras no declaran ningún conflicto de interés que haya influido en el desarrollo o los resultados del estudio.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	CUBAS BLAS NADESHKO BLANCA
2.	LUPUCHE SULLON DE ENCISO MARTHA

Pertenecientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**, autores del trabajo titulado: **CONOCIMIENTO Y ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE UN CENTRO DE SALUD EN LIMA 2025** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	JARA ROMERO IVONNE ELIZABETH	ENFERMERÍA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **25%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3614599675**; fecha de entrega: **20-07-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 20 de julio del 2026.**

Firma del asesor

N° DNI: 08172949

ORCID: 0000-0003-3555-3097



TABLA DE CONTENIDOS

	Pág
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	17
III. MATERIALES Y MÉTODOS	18
IV. RESULTADOS	27
V. DISCUSIÓN	32
VI. CONCLUSIONES	38
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
VIII. TABLAS	50
ANEXOS	

RESUMEN

Según reportes de la OMS, cerca del 33% de los habitantes del mundo tienen hipertensión arterial; lo que resalta la importancia de incluir mejores estilos de vida los cuales contribuyen a prevenir, reducir y controlar esta enfermedad. **Objetivo:** Determinar la relación entre el conocimiento y los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial de un centro de salud en Independencia, Lima. **Material y método:** Estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, correlacional y corte transversal, realizado en una muestra de 103 participantes. Los datos fueron recolectados mediante dos instrumentos modificados y validados por las autoras de la investigación. El instrumento destinado a evaluar el conocimiento presentó una fiabilidad alta (Kuder-Richardson; KR-20 = 0,803), mientras que el instrumento que evalúa los estilos de vida mostró una fiabilidad aceptable (alfa de Cronbach; α = 0,714). **Resultados:** Se evidenció una mayor prevalencia del sexo femenino (62,1%). Asimismo, el 72,8% de los participantes presentó un nivel medio de conocimiento, mientras que el 64,1% mostró estilos de vida poco saludables. Además, se identificó la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del conocimiento con los estilos de vida. **Conclusión:** Existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables conocimiento y estilos de vida (Rho = 0,448; 44,8%), esto indica que valores elevados de conocimiento tienen concordancia con mejores estilos de vida.

Palabras claves: Hipertensión, conocimiento, adulto, estilo de vida (DeCS).

ABSTRACT

According to reports from the WHO, about 33% of the world's population has high blood pressure, highlighting the importance of adopting healthier lifestyles that help prevent, reduce, and control this condition. **Objective:** Determine the relationship between knowledge and lifestyle in adults with hypertension at a health center in Independencia, Lima. **Materials and methods:** Quantitative study with a non-experimental, correlational, cross-sectional design, conducted on a sample of 103 participants. Data were collected using two instruments that were modified and validated by the authors of the study. The instrument used to assess knowledge showed high reliability (Kuder-Richardson; KR-20 = 0.803), while the instrument used to evaluate lifestyles showed acceptable reliability (Cronbach's alpha; α = 0.714). **Results:** A higher prevalence of the female sex was observed (62.1%). Likewise, 72.8% of the participants showed a medium level of knowledge, while 64.1% exhibited unhealthy lifestyles. In addition, a statistically significant relationship was identified between the dimensions of knowledge and lifestyle. **Conclusion:** There is a statistically significant correlation between the variables knowledge and lifestyles (Rho = 0.448; 44.8%), indicating that higher levels of knowledge are associated with better lifestyles.

Keywords: Hypertension, knowledge, adult, life style (DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más relevantes para la salud pública a nivel mundial. Aunque en el pasado no se reconocía como una enfermedad en sí misma, desde hace más de cinco décadas se ha consolidado como una patología de importancia clínica y epidemiológica debido a su alta prevalencia, curso frecuentemente asintomático y su asociación con complicaciones cardiovasculares, renales y cerebrovasculares (1). Según la Organización Mundial de la Salud, en 2024 esta patología afectó a aproximadamente 1.400 millones de adultos, lo que representa cerca del 33% de los adultos en el mundo. Además, se calcula que dos de cada tres adultos viven con esta condición y que el 44% desconoce su diagnóstico, lo que evidencia su gran magnitud e impacto (2).

En este contexto, el director de la Organización Panamericana de la Salud, Jarbas Barbosa, señaló en 2023 que la incidencia de la hipertensión arterial viene aumentando de manera acelerada en América Latina, generando cerca de dos millones de muertes potencialmente evitables. Asimismo, las estimaciones indican que alrededor de 180 millones de personas en la región padecen esta enfermedad, con una prevalencia cercana al 20% en zonas como Centroamérica y el Caribe, y aproximadamente 18% a nivel general en América Latina, cifra que se incrementa hasta el 50% en adultos mayores de 65 años. Además, se reporta que más de un tercio de los hombres y una cuarta parte de las mujeres de entre 30 y 79 años desconocen su diagnóstico; asimismo, entre quienes cuentan con un diagnóstico confirmado, aproximadamente un tercio no logra mantener un manejo eficaz (3).

A nivel nacional, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que en 2025 la prevalencia de hipertensión arterial en la población peruana de 15 años a más fue de 20,8%, considerando el autorreporte de diagnóstico o la confirmación médica. Según el sexo, la hipertensión arterial presentó una mayor frecuencia en los hombres, con una prevalencia de 23,0%, en comparación con las mujeres, quienes registraron un 18,8%. Conforme a la distribución por regiones geográficas, la región Costa concentró la mayor proporción de casos de hipertensión arterial con 22,6%; asimismo, la Provincia Constitucional del Callao registró la proporción más elevada con 24,9%, mientras que Huánuco presentó la menor prevalencia con 12,8%. Asimismo, solo el 10,8% de la población contó con un diagnóstico realizado por un profesional de salud, con mayor frecuencia en mujeres (12,6%) que en hombres (8,8%), y nuevamente la Costa presentó la mayor proporción de diagnósticos, con un 11,7% (4).

En este sentido, la OMS señala que la incorporación de estilos de vida saludables resulta fundamental para reducir la posibilidad de desarrollar hipertensión arterial. (5). Sin embargo, según datos de la Organización Mundial de la Salud correspondientes al año 2022, el 31% de los adultos no alcanzan los niveles recomendados de actividad física, destacando Emiratos Árabes Unidos con un 66,1% de sedentarismo; mientras que, en América Latina, Cuba presenta una de las proporciones más elevadas de inactividad física, con un 61,08% (6). Asimismo, respecto al consumo de tabaco, la OMS, en 2024, reporta que al menos 86 millones de personas utilizan cigarrillos electrónicos. Asimismo, la mayor prevalencia de consumo se registra en la región de Asia Sudoriental, con un 37%, mientras que en América Latina y el Caribe alcanza aproximadamente el 14% (7).

En el contexto peruano, datos de la Organización Mundial de la Salud, en 2022, indican que el 34,47% de la población no realiza actividad física, con mayor prevalencia en mujeres (36,87%) que en hombres (31,98%) (6). Por otro lado, la ENDES 2025 reporta que el 1,2% de la población consume cigarrillos a diario, teniendo una mayor presencia en hombres (1,9%) en comparación con las mujeres (0,7%), y con mayor presencia en la Costa y la Selva (1,6% y 1,3%, respectivamente). Asimismo, el consumo habitual de alcohol o tabaco alcanza el 3,0%, con predominio en hombres (5,4%) frente a mujeres (0,9%), registrándose los mayores porcentajes en la Selva y la Costa, ambas con 3,3% (8).

Dentro de los antecedentes internacionales, destaca el estudio de Iriana y colaboradores, en 2022, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las características de los pacientes hipertensos con el estilo de vida en el control de la hipertensión en el Centro de Salud de la Aldea de Cibubur, Indonesia. La investigación presentó un enfoque cuantitativo, correlacional y transversal, con una muestra de 115 pacientes hipertensos. Los resultados mostraron que el 78% con buen nivel de conocimiento presentaban estilos de vida más saludables. Asimismo, el 56,7% de los mayores de 60 años y el 58,5% de los participantes con bajo nivel educativo mostraron estilos de vida menos saludables. Se concluyó la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y los estilos de vida ($p = 0,000$), así como con la edad ($p = 0,044$) y el nivel educativo ($p = 0,017$) (9).

Del mismo modo, Martínez, en 2023, llevó a cabo un estudio con el objetivo de determinar el grado de conocimiento de la hipertensión arterial sistémica en

pacientes hipertensos atendidos en el primer nivel de atención en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, con una muestra de 357 pacientes. Los resultados evidenciaron que el 58% presentó un alto nivel y el 42% un nivel medio. Se concluyó la importancia de la educación en salud en el primer nivel asistencial destinado a la gestión y abordaje de la enfermedad (10).

Asimismo, Zhang y colaboradores, en 2025, tuvieron como finalidad evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la dieta en pacientes con hipertensión arterial de las provincias de Heilongjiang y Jiangsu, China. El estudio fue de enfoque cuantitativo y descriptivo, con una muestra de 661 pacientes. Los resultados mostraron que el 80,03% de los participantes reconocía el consumo excesivo de sal como factor de riesgo de hipertensión arterial, y más del 80% presentó actitudes favorables hacia una alimentación saludable, mientras que el 34,80% evidenció una alta conciencia sobre su estado nutricional. Se concluyó que el conocimiento se relaciona positivamente con la actitud, la cual influye en la práctica, y que el conocimiento también impacta en la práctica de forma directa e indirecta por medio de la actitud (11).

Por otra parte, Ahmed y colaboradores, en 2025, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la hipertensión en pacientes de un hospital del distrito de Tshwane, Sudáfrica. La investigación fue de enfoque cuantitativo y transversal, aplicada a 283 pacientes con diagnóstico médico confirmado de hipertensión arterial. Los hallazgos mostraron predominio del nivel educativo de bachillerato (54,06%), así como un

conocimiento medio (55,2%), evidenciando deficiencias en el reconocimiento de valores normales de presión arterial y factores de riesgo. Las actitudes fueron mayormente positivas, con 97,6% a favor de controles regulares y 93,3% de reducción de sal, mientras que las prácticas fueron moderadas, destacando que el 58% controlaba su peso. Se concluyó que un mayor nivel educativo se asocia significativamente con mejores conocimientos y actitudes ($p < 0,001$) (12).

Por último, Kalam y colaboradores, en 2025, realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre factores sociodemográficos y el conocimiento sobre la hipertensión en pacientes de un hospital en Bangladesh. La investigación fue de enfoque cuantitativo e incluyó a 400 pacientes. Los resultados evidenciaron que el 62,5% presentó un conocimiento inadecuado, donde el mayor nivel de conocimiento se observó en personas de 60 años a más. Asimismo, el nivel educativo, la residencia urbana, los antecedentes familiares y el mayor tiempo de diagnóstico se relacionaron positivamente con el conocimiento. Se concluyó que factores como la edad, educación, ocupación y experiencia personal o familiar influyen en el nivel de conocimiento, lo que evidencia la necesidad de intervenciones educativas específicas (13).

A nivel nacional, Contreras y Senmache, en el año 2021, efectuaron una investigación destinada a analizar la relación entre el nivel de conocimiento y los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial que acudían a un establecimiento de salud del distrito de La Victoria. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, correlacional, diseño no experimental y transversal, considerando una muestra de 64 pacientes. El estudio evidenció que el 44% presentó un nivel medio de

conocimiento, mientras que el 56% manifestó hábitos alimentarios adecuados y el 59% refirió realizar actividad física de manera esporádica. Se concluyó que existe una correlación estadísticamente significativa ($Rho = 0,757$) (14).

Por otra parte, Meneses y Vega, en 2022, desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y los estilos de vida en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el establecimiento Los Aquijes, ubicado en Ica. El estudio presentó un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, correlacional y de corte transversal, considerando una población de 47 pacientes. Los resultados evidenciaron que en el conocimiento el 93,6% presentó un nivel medio y en estilos de vida, el 63,8% alcanzó un nivel medio. Se concluyó que existe una correlación estadísticamente significativa ($Rho = 0,388$) (15).

Asimismo, Perez, en el año 2025, realizó una investigación cuyo propósito fue determinar la relación entre el conocimiento sobre la hipertensión y el estilo de vida en pacientes del puesto de salud Alfa y Omega, en el distrito de Ate. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental y alcance correlacional, considerando una muestra de 80 pacientes. Los resultados evidenciaron que el 57,5% presentó un buen nivel de conocimiento; sin embargo, el mismo porcentaje mostró estilos de vida no saludables. Asimismo, las dimensiones del conocimiento se relacionan con el estilo de vida. Se concluyó que existe una correlación moderada, con un coeficiente de correlación de Spearman de 0,438 (16).

Además, Almonte y Valderrama, en el año 2025, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y los estilos de

vida en adultos mayores con hipertensión arterial en el Centro de Atención Primaria Yugoslavia, ubicado en Nuevo Chimbote. El estudio presentó un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, correlacional y de corte transversal, e incluyó una población de 60 pacientes pertenecientes al programa de hipertensión arterial. Los resultados evidenciaron que el 90% presentó un nivel de conocimiento suficiente y el 58% mostró un estilo de vida inadecuado. Se concluyó que existe una relación estadísticamente significativa ($p = 0,029$) (17).

Finalmente, Ermijo y Rengifo, en el año 2025, realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre estilos de vida y conocimiento sobre hipertensión arterial en adultos atendidos en la Estrategia Nacional de Daños No Transmisibles de la IPRESS I-4 Moronacocha, ubicada en Iquitos. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y descriptivo que incluyó una muestra de 84 pacientes. Los resultados evidenciaron que el 57,1% presentó conocimiento medio, el 29,8% conocimiento alto y el 13,1% conocimiento bajo; mientras que el 71,4% mostró estilos de vida no saludables y el 28,6% estilos de vida saludables. Se concluyó que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) (18).

Para comprender la relación entre el conocimiento sobre hipertensión arterial y los estilos de vida, es necesario considerar los conceptos básicos, según el Ministerio de Salud del Perú (Minsa), es una alteración cardiovascular crónica donde la presión arterial permanece por encima de los parámetros normales durante un periodo prolongado. En adultos, se considera diagnóstico de hipertensión arterial cuando la presión sistólica presenta valores iguales o superiores a 140 mmHg y/o la presión

diastólica alcanza o supera los 90 mmHg. Desde el enfoque fisiopatológico, la presión arterial se regula mediante múltiples mecanismos neuro hormonales sistémicos y locales que mantienen sus valores dentro de rangos fisiológicos estrechos. Esta regulación puede alterarse por factores como la predisposición genética, estilos de vida no saludables, hiperactividad del sistema nervioso simpático, ingesta elevada de sal y disfunción endotelial (19).

Los factores de riesgo se clasifican en no modificables, es decir, aquellos de origen biológico o hereditario sobre los que no se puede intervenir. Entre ellos se encuentran la edad, el sexo y la historia familiar de enfermedad cardiovascular. El riesgo aumenta progresivamente con la edad, especialmente a partir de los 55 años en varones y de los 65 años en mujeres. En contraste, los factores modificables comprenden aquellos vinculados con el estilo de vida, el metabolismo y el ambiente, sobre los que sí es posible intervenir. Las complicaciones de la hipertensión arterial se relacionan con el daño progresivo de órganos como el corazón, el cerebro, los riñones y la retina, derivado de la persistencia de una presión arterial por encima de los valores de referencia (19).

En este contexto, el conocimiento es una capacidad fundamental del ser humano que le permite comprender los objetos de su entorno, así como sus relaciones, propiedades y características, mediante procesos de razonamiento. En términos generales, se entiende como un sistema de informaciones y representaciones vinculadas entre sí que se forman paulatinamente a partir de la observación, la experiencia y el análisis reflexivo. Asimismo, el conocimiento puede ser de dos tipos: a priori, cuando se obtiene independientemente de la experiencia y se basa en

el razonamiento lógico; y a posteriori, cuando requiere de la experiencia sensible para su construcción y validación. Ambas formas explican cómo el ser humano desarrolla su comprensión de la realidad (20).

El conocimiento sobre la hipertensión arterial hace referencia al nivel de comprensión que tienen los pacientes respecto a esta enfermedad, incluyendo sus causas, factores de riesgo, síntomas, complicaciones, tratamiento farmacológico y no farmacológico, así como las medidas de autocuidado. Este conocimiento es clave para su manejo, ya que influye en la adherencia al tratamiento, la adquisición de hábitos sanos y la identificación oportuna de signos de alarma. Además, un conocimiento más amplio se asocia con una mayor capacidad para mantener controlada la enfermedad y una mayor autonomía en el cuidado de la propia salud (21).

Dentro de este orden de ideas, la andragogía es la disciplina que estudia el aprendizaje de las personas adultas. Knowles plantea seis principios fundamentales: la necesidad de saber por qué deben aprender algo, el autoconcepto como persona responsable de sus decisiones, el valor de las experiencias previas como recurso para el aprendizaje, la disposición para aprender cuando el conocimiento responde a necesidades reales, la orientación hacia la solución de problemas prácticos y la motivación interna como principal impulso para el aprendizaje. Desde la perspectiva andragógica, el aprendizaje sobre la hipertensión arterial resulta más significativo cuando el paciente reconoce la utilidad inmediata de la información recibida y la relaciona con experiencias personales vinculadas al cuidado de su salud. En consecuencia, la teoría andragógica constituye un marco teórico

complementario para comprender cómo los adultos adquieren conocimientos sobre hipertensión arterial y cómo estos pueden relacionarse con el establecimiento de estilos de vida saludables (22).

Para efectos del estudio, la variable conocimiento sobre la hipertensión arterial se evalúa en tres dimensiones. La primera dimensión, denominada aspectos generales, comprende la información relacionada con la naturaleza de la enfermedad, sus causas y los mecanismos implicados en su desarrollo. Al respecto, Escudero y colaboradores destacan que la información y comprensión sobre la enfermedad favorece la implementación de prácticas de autocuidado, ya que permite comprender el estado de salud y tomar decisiones informadas. En pacientes con hipertensión arterial, este entendimiento favorece la conciencia sobre la importancia del autocuidado y las consecuencias de un control inadecuado, promoviendo estilos de vida beneficiosos para la salud. (23).

En relación con la dimensión de factores de riesgo, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay la define como el conjunto de condiciones que incrementan la probabilidad de desarrollar enfermedades, entre las que se encuentran la alimentación inadecuada, las dislipidemias, el sobrepeso y obesidad, el consumo nocivo de alcohol, el tabaquismo, la exposición al humo del tabaco, el sedentarismo y la inactividad física. Esto puede modificarse mediante estilos de vida saludables. En este contexto, el conocimiento de estos factores guarda una estrecha relación con los estilos de vida del paciente, ya que permite identificar conductas de riesgo y promover su modificación hacia comportamientos más saludables orientados al control de la enfermedad (24).

Por último, la dimensión medidas preventivas, según la Organización Mundial de la Salud, comprende acciones orientadas no únicamente a evitar el inicio de la enfermedad, sino también a frenar su progresión y reducir sus complicaciones una vez establecida. Estas intervenciones se dirigen tanto a la población general como a las personas ya afectadas, promoviendo mejores estilos de vida, con el fin de fortalecer el autocuidado. En este sentido, el conocimiento de las medidas preventivas se relaciona con los estilos de vida, ya que facilita la adopción de prácticas orientadas al control de la enfermedad y al mantenimiento del bienestar (25).

En referencia a la variable estilos de vida, estos se refieren a los hábitos y formas de pensar que condicionan el estado de salud integral de las personas. Este concepto deriva del Informe Lalonde, el cual transformó la concepción tradicional de la salud al destacar la importancia de los factores personales y conductuales, además de la atención médica, en la determinación del estado de salud. Asimismo, el discurso de los estilos de vida saludables (DEVS) afirma que el mantenimiento de la salud requiere de incorporación de prácticas saludables y la modificación de hábitos dañinos. Además, sostiene que la salud no solo es responsabilidad del Estado, sino también del individuo, quien tiene el deber de cuidar y preservar su salud mediante sus hábitos y conductas (26).

Los estilos de vida se analizan en cuatro dimensiones. En relación con la dimensión alimentación, según Ferrero, comprende el proceso que va desde la selección de los alimentos hasta la absorción de los nutrientes, incluyendo su elección, combinación y control de porciones. Asimismo, una alimentación saludable se basa en cuatro

leyes de la nutrición: la ley de la cantidad, que regula el aporte energético; la ley de la calidad, que asegura la inclusión de nutrientes esenciales; la ley de la armonía, que establece proporciones equilibradas; y la ley de la adecuación, que adapta la dieta a las características individuales. En pacientes con hipertensión arterial, estos principios impulsan al establecimiento de prácticas alimentarias saludables que favorecen el manejo de la enfermedad (27).

Asimismo, la dimensión actividad física, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), comprende toda actividad motriz del organismo generado por la musculatura esquelética que produce un gasto energético. Este concepto abarca no solo el ejercicio estructurado, sino también actividades cotidianas como caminar, desplazarse, realizar labores domésticas, trabajar o participar en actividades recreativas, adaptables a las capacidades de cada persona. La realización regular de actividad física, con una duración mínima de 150 minutos semanales, favorece la capacidad funcional, el equilibrio metabólico y contribuye al control de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (28).

De igual manera, la dimensión hábitos nocivos, según la OMS, comprende conductas modificables que incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles y que están influenciadas por factores sociales. Entre ellas destacan el consumo de alcohol y el tabaquismo, ambos asociados al desarrollo y progresión de enfermedades cardiovasculares, debido a los efectos sistémicos del alcohol y a que el tabaquismo constituye un factor relevante de morbilidad prevenible que genera riesgos para la salud tanto en consumidores como en individuos expuestos al humo del tabaco. En pacientes con hipertensión arterial, estos hábitos

contribuyen al descontrol de la presión arterial, por lo que es necesaria su reducción para optimizar la salud cardiovascular (29).

Por último, la dimensión manejo del estrés se fundamenta en la definición de la OMS, que considera al estrés como una respuesta emocional natural del organismo derivada por la presencia de situaciones que generan preocupación o sobrecarga mental en situaciones difíciles. Su impacto en la salud depende de la forma de afrontarlo, ya que puede ser funcional en niveles moderados, pero perjudicial cuando es excesivo o crónico. En pacientes hipertensos, el estrés crónico puede desencadenar respuestas fisiológicas que elevan la presión arterial y representan una barrera para el desarrollo de estilos de vida saludables. Por ello, su adecuado manejo es un componente clave, ya que favorece el bienestar emocional y la adopción y mantenimiento de conductas saludables (30).

La importancia de los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial radica en comprender que los hábitos, conductas y prácticas cotidianas ejercen una influencia directa sobre el estado de salud y el control de la enfermedad. Según la OMS, estos son producto de la interacción de los modos de vida y los comportamientos individuales, bajo la influencia de factores personales, sociales y culturales. En este sentido, la evidencia científica indica que desempeñan un papel fundamental en el abordaje de la hipertensión arterial, ya que conductas como una alimentación inadecuada pueden propiciar, con el tiempo, la aparición de complicaciones cardiovasculares (31).

Este estudio se fundamenta en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, la cual plantea que el autocuidado comprende las acciones que las personas

realizan para mantener su salud, prevenir complicaciones y preservar su bienestar. Cuando la capacidad para ejecutar estas acciones es insuficiente frente a las demandas de una condición de salud, se produce un déficit de autocuidado. Esta teoría es pertinente para el presente estudio, ya que la hipertensión arterial requiere la adopción de conductas relacionadas con la alimentación, la actividad física y otros estilos de vida orientados a su control. En este contexto, el conocimiento sobre la enfermedad representa una herramienta fundamental que permite orientar las acciones al autocuidado, mientras que los estilos de vida reflejan la forma en que dichas acciones se exteriorizan en la rutina cotidiana (32).

De acuerdo con los metaparadigmas de la teoría de Orem, la persona se concibe como el paciente con hipertensión arterial que acude a un establecimiento de salud, cuya condición se relaciona con un desequilibrio en su estilo de vida. La salud se entiende como el estado de bienestar integral del individuo, asociado a la adopción de hábitos saludables y a una adecuada capacidad de autocuidado. En cuanto a la enfermería, el profesional cumple un rol esencial al brindar atención individual y comunitaria orientada a promover y facilitar el autocuidado. Finalmente, el entorno se define como el conjunto de factores externos que influyen en la condición del individuo, como la disponibilidad de alimentos saludables, locales de comida rápida o espacios para la actividad física, los cuales pueden favorecer o dificultar el control de la presión arterial (33).

En esta perspectiva, en el distrito de Independencia se han registrado aproximadamente 500 casos confirmados de hipertensión arterial en los últimos años, lo que evidencia la magnitud de este problema de salud pública en la

comunidad (34). Esta situación se asocia a la persistencia de hábitos alimentarios poco saludables, caracterizados por un alto consumo de carbohidratos y bebidas alcohólicas, que incrementan el riesgo de desarrollar la enfermedad. Asimismo, en la población adulta de 18 a 50 años se observa que el 33,8% presenta sobrepeso y el 14,8% obesidad, condiciones que constituyen factores predisponentes para la hipertensión (35).

Con lo mencionado, se formula la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en los adultos con hipertensión arterial de un Centro de Salud en Independencia, Lima - 2025?

Esta investigación presenta una justificación teórica, ya que permitirá profundizar y ampliar el conocimiento sobre la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en la población adulta, integrando evidencia actualizada y científicamente sustentada. De este modo, contribuirá al fortalecimiento del conocimiento existente sobre esta enfermedad crónica y servirá como base para futuras investigaciones. Asimismo, posee una justificación práctica, debido a que los resultados obtenidos podrán ser aplicados dentro del campo de la atención sanitaria, fortaleciendo el trabajo de enfermería al facilitar la comprensión de las variables estudiadas. Además, contribuirá al desarrollo de estrategias de promoción y prevención dirigidas a fortalecer el conocimiento y favorecer estilos de vida adecuados para el control de la enfermedad.

La investigación presenta una justificación social, ya que generará información clara, accesible y científicamente fundamentada para la población, especialmente para los pacientes con hipertensión arterial. Esto permitirá una mejor comprensión

de su condición de salud, favoreciendo cambios positivos en sus estilos de vida orientados a prevenir complicaciones, fortalecer el autocuidado y afrontar de manera informada esta problemática de salud pública. Finalmente, cuenta con una justificación metodológica, dado que se utilizaron instrumentos validados mediante la prueba binomial, mientras que la confiabilidad se evaluó con el coeficiente Kuder-Richardson para el cuestionario de conocimiento y el Alfa de Cronbach para el cuestionario de estilos de vida. Este proceso garantiza la consistencia interna y precisión de los datos, asegurando la calidad del estudio y la posibilidad de replicar o adaptar los instrumentos en futuras investigaciones.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento con los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo” en Independencia - Lima, 2025.

Objetivos específicos

- Establecer la relación en la dimensión aspectos generales con los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo” en Independencia - Lima, 2025.
- Establecer la relación en la dimensión factores de riesgo con los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo” en Independencia - Lima, 2025.
- Establecer la relación en la dimensión medidas preventivas con los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo” en Independencia - Lima, 2025.

Hipótesis general

H₀: No existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento con los estilos de vida en adultos diagnosticados con hipertensión arterial.

H₁: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento con los estilos de vida en adultos diagnosticados con hipertensión arterial.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal, descriptivo, correlacional al establecer una relación entre el conocimiento y estilos de vida de aquellas personas adultas que padecen hipertensión arterial en un centro de salud en Independencia, Lima (36).

Población

La población estuvo conformada por 140 adultos con diagnóstico médico confirmado de hipertensión arterial, registrados y atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo” durante los tres primeros meses del año 2025, identificados a partir del registro nominal del servicio de enfermedades no transmisibles.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Personas mayores de 18 años con diagnóstico médico confirmado de hipertensión arterial
- Adultos asistentes al Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo” en Independencia - Lima.
- Adultos que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Adultos que presenten otras afecciones como diabetes, anemia, artritis reumatoide, entre otras.
- Adultos que presentaron una elevación incidental de la presión arterial sin diagnóstico médico previo de hipertensión arterial.

Muestra

El tamaño muestral se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, obteniéndose una muestra de 103 participantes (Anexo 1). La técnica utilizada fue un muestreo probabilístico aleatorio simple, mediante el cual los participantes fueron seleccionados al azar, garantizando la representatividad de la muestra (37).

Definición operacional de variables (Anexo 2)

Variable 1: Conocimiento sobre hipertensión arterial

Definición conceptual: Es el nivel de comprensión que manejan los pacientes respecto a su enfermedad, incluyendo sus causas, factores de riesgo, síntomas, posibles complicaciones, tratamiento farmacológico y no farmacológico, así como las medidas de autocuidado necesarias para su control (21).

Variable 2: Estilos de vida

Definición conceptual: Son el conjunto de hábitos, conductas y formas de vida que influyen directamente en el estado de salud y en el control de la enfermedad, los cuales están condicionados por factores socioculturales y características personales (31).

Procedimientos y técnicas

Procedimientos

En primera instancia, se solicitó la aprobación de la asesora y posteriormente la conformidad del encargado de la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería. Luego, el proyecto fue presentado al Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para su evaluación y aprobación (Anexo 3). Una vez obtenida la autorización correspondiente, se gestionó la aprobación ante la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Norte y tras recibir la aprobación institucional (Anexo 4), se sostuvo una reunión con el director de la entidad en mayo, donde se presentó la carta de autorización, obteniéndose el consentimiento para la aplicación de los instrumentos.

Seguidamente, se coordinó con el médico jefe, el departamento de enfermería y la licenciada responsable del área de enfermedades no transmisibles, con la finalidad de establecer de manera consensuada las fechas, el lugar de aplicación para la ejecución del estudio, garantizando que el personal de salud estuviera debidamente informado sobre su desarrollo. En este proceso, se realizó la recolección de datos entre los meses de mayo y junio del 2025, en el horario de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Asimismo, se asignó como espacio el consultorio del servicio de enfermedades no

transmisibles, el cual permitió la aplicación de los instrumentos en condiciones adecuadas de privacidad, orden y comodidad. Durante las jornadas de aplicación, la captación de participantes se registró de la siguiente manera: el 19 de mayo se tuvo 5 participantes; el 21 de mayo, 2; el 23 de mayo, 8; el 24 de mayo, 19; el 26 de mayo, 10; el 28 de mayo, 6; el 30 de mayo, 7; el 2 de junio, 11; el 6 de junio, 4; el 9 de junio, 10; el 11 de junio, 8; el 13 de junio, 4; y el 16 de junio, 9 participantes. De esta manera, se alcanzó la totalidad de la muestra.

Se inició con la identificación de los pacientes programados para la atención en el servicio durante el periodo de estudio. A partir de eso, a cada paciente se le asignó un número correlativo y, posteriormente, dichos números fueron colocados en un recipiente para efectuar la selección aleatoria mediante la extracción al azar de los papeles numerados. Este procedimiento se realizó hasta completar el tamaño muestral designado. Tras la selección de los pacientes, se efectuó la revisión de la historia clínica con el fin de confirmar el diagnóstico médico de hipertensión arterial y asegurar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Aquellos pacientes que cumplían con los criterios de selección fueron invitados a participar en el estudio.

El proceso de recolección de datos se realizó antes o después de la atención médica de los participantes, según la disponibilidad de cada uno. Inicialmente, se brindó información clara y comprensible a cada participante sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y tiempo de aplicación de los instrumentos, resaltando el carácter voluntario de su participación. Posteriormente, aquellos que aceptaron participar de manera libre e informada procedieron a la firma del consentimiento

informado (Anexo 5). A continuación, se aplicaron los instrumentos proporcionando instrucciones estandarizadas para asegurar la correcta resolución de los cuestionarios. La aplicación tuvo una duración de 35 minutos en total (20 minutos para el primer instrumento y 15 minutos para el segundo), con flexibilidad según el ritmo de cada participante. Finalmente, se resolvieron las dudas relacionadas con el estudio y se agradeció la participación. Todo el proceso se desarrolló bajo principios éticos, asegurando la confidencialidad, el respeto y el bienestar de los participantes.

Técnicas e instrumentos para la recolección de los datos

Referente al primer instrumento, se empleó la técnica de la encuesta mediante el “Cuestionario de conocimiento sobre hipertensión arterial”, elaborado por Chumo en 2018 (38) y posteriormente actualizado y adaptado por las autoras de la presente investigación. La adaptación consistió en la simplificación del lenguaje de los ítems para facilitar su comprensión en la población de estudio, sin modificar la cantidad ni la estructura original del cuestionario. Asimismo, se realizaron ajustes en la redacción de los ítems 1, 7, 8, 9, 14, 18 y 19, manteniendo el contenido conceptual original. Finalmente, se modificó la escala de medición con la finalidad de mejorar la interpretación de los resultados y su correspondencia con los objetivos del estudio.

El cuestionario está conformado por veinte preguntas distribuidas en tres dimensiones: aspectos generales (ítems 1 al 6), factores de riesgo (ítems 7 al 13) y medidas preventivas (ítems 14 al 20), las cuales permiten evaluar de manera integral el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en la población de estudio.

Los ítems presentan respuestas dicotómicas, asignando un punto a la respuesta correcta y cero a la incorrecta. La evaluación de los resultados se realizó mediante una escala de estaninos, clasificando el nivel de conocimiento en alto (17 a 20 puntos), medio (9 a 16 puntos) y bajo (0 a 8 puntos) (Anexo 6). El tiempo estimado de aplicación del cuestionario fue de 20 minutos.

La fase de validación se realizó mediante juicio de expertos en diciembre de 2024, con la participación de diez especialistas con experiencia en el área de estudio, quienes evaluaron la validez de contenido, criterio y constructo del instrumento. Para el análisis de concordancia se aplicó la prueba binomial, obteniéndose resultados significativos ($p = 0,0010$; $p < 0,05$) (Anexo 7). Posteriormente, en marzo se desarrolló una prueba piloto con 21 pacientes con características análogas a las de la población objeto de estudio. La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante el coeficiente Kuder-Richardson (KR-20), obteniéndose un valor de 0,803, lo que evidencia una alta confiabilidad y consistencia interna (Anexo 8).

Con respecto al segundo instrumento, se utilizó la técnica del cuestionario, a partir del “Cuestionario de estilos de vida” elaborado por Juárez y Vargas en 2021 (39), el cual fue adaptado por las autoras de la investigación. La adaptación incluyó la incorporación de los ítems 5, 7, 13, 15 y 16, con el fin de ampliar la evaluación de los estilos de vida hacia aspectos como el estado emocional y la alimentación, relevantes para la población de estudio. Asimismo, las alternativas fueron modificadas por otros indicadores de frecuencia (días, horas y consumo por porciones) para mejorar la precisión de la medición. Se mantuvieron las dimensiones originales del instrumento; sin embargo, la escala de medición fue

reestructurada mediante la asignación de puntajes, permitiendo clasificar los estilos de vida según el puntaje total obtenido.

Este instrumento está conformado por cuatro dimensiones: alimentación (ítems 1 al 7), actividad física (ítems 8 al 10), hábitos nocivos (ítems 11 al 13) y manejo del estrés (ítems 14 al 17), que permiten evaluar integralmente los estilos de vida en la población de estudio. Los ítems se estructuran mediante una escala de frecuencia tipo Likert modificada con tres niveles de respuesta, que cuantifican la frecuencia de las conductas evaluadas. La puntuación asigna 2 puntos a un estilo de vida saludable, 1 punto a poco saludable y 0 puntos a no saludable. La interpretación se realizó mediante la escala de estaninos, clasificando los estilos de vida en: saludable (24 a 34 puntos), poco saludable (17 a 23 puntos) y no saludable (0 a 16 puntos) (Anexo 9). El tiempo de aplicación del instrumento fue de 15 minutos.

La validación del segundo instrumento se realizó en diciembre, con la participación de diez expertos con formación y experiencia en el área de estudio, quienes evaluaron la validez de contenido, criterio y constructo. Para medir la concordancia entre jueces se utilizó la prueba binomial, obteniéndose resultados significativos ($p = 0,0016$; $p < 0,05$) (Anexo 10). Posteriormente, en marzo se desarrolló una prueba piloto con 21 pacientes con características semejantes a la población de estudio, donde se evaluó la confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de $\alpha = 0,714$, lo que evidencia una confiabilidad aceptable del instrumento (Anexo 11).

Aspectos éticos del estudio (40)

- **Autonomía:** Se respetó la toma de decisiones voluntarias de los pacientes adultos, quienes fueron informados sobre el estudio y manifestaron su aceptación mediante la firma del consentimiento informado.
- **Beneficencia:** Se brindó un espacio para resolver dudas relacionadas con la hipertensión arterial y reforzar orientaciones sobre estilos de vida saludables, promoviendo el bienestar de los participantes.
- **Justicia:** Se garantizó un trato equitativo y sin discriminación a todos los adultos con hipertensión arterial, brindándoles las mismas oportunidades de participación en el estudio.
- **No maleficencia:** Se garantizó el respeto de los derechos, la dignidad y el bienestar de los adultos con hipertensión arterial, evitando cualquier situación que pudiera afectar su integridad durante el estudio.

Análisis de datos

La información recolectada fue organizada en una base de datos creada en Microsoft Excel 2019 y posteriormente transferida al software estadístico Stata 19.5 para su análisis correspondiente. Inicialmente, se aplicó un análisis descriptivo mediante la distribución de frecuencias y porcentajes, con los hallazgos presentados en tablas. Asimismo, se efectuó un análisis inferencial para determinar la relación entre las variables de estudio. Previamente, se evaluó la normalidad de los datos con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, evidenciándose una distribución no normal; por lo que, se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman para

establecer la relación entre las variables, considerando un nivel de significancia de 0,05.

IV. RESULTADOS

En la Tabla N.º 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra estudiada. Respecto a la edad, predominó el grupo de 30 a 59 años, el cual representó el 56,3% de los participantes. Le siguieron las personas de 60 años o más con 23,3%, mientras que el grupo de 18 a 29 años alcanzó 20,4%, siendo el menos representado. En relación con el sexo, se observó una mayor participación del sexo femenino con 62,1%, en comparación con el sexo masculino con 37,9%. En cuanto al nivel de instrucción, predominó la educación secundaria con 61,2% de los participantes; asimismo, 32,0% contaba con estudios superiores técnicos o universitarios, 6,8% con educación primaria y no se registraron participantes sin nivel de instrucción.

La Tabla N.º 2 presenta la distribución del nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en los participantes. De los 103 adultos evaluados, se observa un predominio del nivel de conocimiento medio, representando el 72,8%. En menor proporción, el 19,4% alcanzó un nivel bajo; y el 7,8 %, un nivel alto.

La Tabla N.º 3 muestra el conocimiento según dimensiones. En los aspectos generales, predomina el nivel medio con un 62,1%, seguido del nivel bajo con un 28,2% y el nivel alto con un 9,7%. Respecto a los factores de riesgo, predominó ampliamente el nivel medio con un 82,5%; el 14,6%, un nivel bajo; y solo el 2,9%, un nivel alto. En cuanto a las medidas preventivas, el 70,9% alcanza un nivel medio, el 23,3% muestra desconocimiento y el 5,8% presenta un nivel alto.

La Tabla N.º 4 muestra la distribución de los estilos de vida en los adultos con hipertensión arterial. Se observa un predominio del estilo de vida poco saludable,

con un 64,1%, seguido del no saludable con un 30,1%; y en menor proporción, solo el 5,8% presenta un estilo saludable.

La Tabla N.º 5 describe las dimensiones de los estilos de vida en los adultos con hipertensión arterial. En cuanto a la alimentación, se observa predominio de niveles poco saludables con 50,5% y no saludables con 48,5%, siendo casi inexistente el nivel saludable con 1,0%. En la actividad física, la mayor proporción se concentra en el nivel poco saludable con 80,6%, seguido del saludable con 12,6% y del no saludable con 6,8%. Respecto a los hábitos nocivos, destacó el nivel no saludable con 41,7%; seguido del 30,1%, poco saludable; y del 28,2%, saludable. Por último, en el manejo del estrés, prevalece el nivel saludable con 50,5%, seguido del poco saludable con 46,6% y, en menor medida, del no saludable con 2,9%.

La Tabla N.º 6 aprecia la relación entre el nivel de conocimiento y los estilos de vida. Se observa que, del 72,8% de participantes con conocimiento medio, el 52,4% evidenció un estilo de vida poco saludable; el 16,5%, no saludable; y el 3,9%, saludable. Asimismo, del 19,4% que alcanzó un nivel de conocimiento bajo, el 13,6% presentó un estilo de vida no saludable; el 5,8%, poco saludable; y no se registraron casos con estilos de vida saludables. Finalmente, del 7,8% con conocimiento alto, el 5,8% presentó un estilo de vida poco saludable; el 2,0%, saludable; y no se registraron participantes con un estilo de vida no saludable.

La Tabla N.º 7 presenta la relación entre la dimensión aspectos generales y los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial. Se observa que, del 62,1% de participantes que presentó un nivel de conocimiento medio sobre los aspectos generales, el 41,7% evidenció un estilo de vida poco saludable; el 17,5%, no

saludable; y el 2,9%, saludable. Asimismo, del 28,2% que alcanzó un nivel de conocimiento bajo, el 15,5% presentó un estilo de vida poco saludable; el 11,7%, no saludable; y el 1,0%, saludable. Finalmente, del 9,7% que mostró un nivel de conocimiento alto, el 6,8 % obtuvo un estilo de vida poco saludable; el 1,9 %, saludable; y el 1,0 %, no saludable.

La Tabla N.º 8 presenta la relación entre la dimensión factores de riesgo y los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial. Se observa que, del 82,5% de participantes que presentó un nivel de conocimiento medio, el 57,3% se clasificó con un estilo de vida poco saludable; el 20,4%, no saludable; y el 4,9%, saludable. Asimismo, del 14,6% que alcanzó un nivel de conocimiento bajo, el 9,7% evidenció un estilo de vida no saludable; el 3,9%, poco saludable; y el 1,0 %, saludable. Finalmente, el 2,9% de los participantes presentó un nivel de conocimiento alto, correspondiendo en su totalidad a un estilo de vida poco saludable.

La Tabla N.º 9 evidencia la relación entre el conocimiento sobre las medidas preventivas de la hipertensión arterial y los estilos de vida de los adultos que padecen esta condición. Se observa que, del 70,9% de participantes que presentó un nivel de conocimiento medio, el 52,4% evidenció un estilo de vida poco saludable; el 15,5%, no saludable; y el 2,9%, saludable. Asimismo, del 23,3% que alcanzó un nivel de conocimiento bajo, el 13,6% presentó un estilo de vida no saludable; el 8,7%, poco saludable; y el 1,0%, saludable. Por otro lado, del 5,8% de participantes con un nivel de conocimiento alto, el 2,9% mostró un estilo de vida poco saludable; el 1,9%, saludable; y el 1,0%, no saludable.

La Tabla N.º 10 aprecia la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, los cuales muestran que la variable conocimiento ($p = 0,000$), así como sus dimensiones: aspectos generales ($p = 0,007$), factores de riesgo ($p = 0,000$) y medidas preventivas ($p = 0,000$), además de la variable estilos de vida ($p = 0,000$), registran valores de significancia inferiores al nivel establecido ($\alpha = 0,05$). Estos resultados indican que las variables y dimensiones evaluadas no siguen una distribución normal. Por tal motivo, se optó por emplear el coeficiente de correlación Rho de Spearman para analizar la relación entre las variables considerando un nivel de significancia de $0,05$ ($p < 0,05$).

En la Tabla N.º 11 se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman, obteniéndose un valor de $0,448$, lo que evidencia la existencia de una relación positiva de magnitud moderada del $44,8\%$ entre ambas variables. Asimismo, el nivel de significancia bilateral fue de $0,000$, valor que resulta inferior al nivel de significancia establecido de $0,05$, confirmándose que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida de los participantes. Estos resultados sugieren que, conforme aumenta el conocimiento sobre la hipertensión arterial, este se relaciona con la implementación de estilos de vida más sanos.

En la Tabla N.º 12 el coeficiente de correlación Rho de Spearman en la dimensión aspectos generales tuvo un coeficiente de $0,262$, lo que indica una relación positiva baja del $26,2\%$, con un valor de significancia de $0,007$. Asimismo, en la dimensión factores de riesgo se encontró un coeficiente de $0,342$, lo que representa una relación positiva baja del $34,2\%$, acompañada de un nivel de significancia de $0,000$.

De igual manera, la dimensión medidas preventivas presentó un coeficiente de 0,339, lo que corresponde a una relación positiva baja del 33,9%, con un nivel de significancia de 0,000. Estos resultados indican que en todas las dimensiones hubo una relación estadísticamente significativa.

V. DISCUSIÓN

El estudio realizado muestra un predominio del grupo etario correspondiente a la adultez intermedia. Este hallazgo difiere de lo reportado por la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte (34), que registra una mayor proporción de casos en la población adulta mayor. Esta diferencia puede explicarse por lo señalado por Gonzales y colaboradores (41), quienes indican que la hipertensión arterial no es exclusiva de la adultez mayor, sino que también puede presentarse en la adultez intermedia debido a la exposición acumulativa a factores de riesgo. Asimismo, Cohen y colaboradores (42) refieren que la relación entre los estilos de vida y la hipertensión puede variar según la edad, siendo más evidente en personas jóvenes que en adultos mayores. En este sentido, los hallazgos obtenidos permiten considerar que la edad constituye un factor relacionado con la adquisición de estilos de vida saludables y el nivel de conocimiento sobre la enfermedad.

Por otra parte, se observó un predominio de pacientes hipertensos del sexo femenino, lo que contrasta con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática sobre enfermedades no transmisibles (4), que reporta mayor afectación en hombres. Según Wang y colaboradores (43), la hipertensión no presenta predominio por sexo, sino que depende de factores biológicos y sociales. Sin embargo, el INEI (4) evidencia diferencias en el diagnóstico y control, con menor detección en varones y mayor en mujeres, lo que pone de manifiesto posibles dificultades en el acceso a la atención sanitaria. En ese sentido, estas brechas podrían reflejar desigualdades en el conocimiento y en la capacidad de afrontar el manejo de la enfermedad según el sexo.

Por otro lado, se observó un predominio de participantes con educación secundaria completa, lo que coincide con Ahmed y colaboradores (12), quienes también reportaron este nivel educativo como el más frecuente. Según la UNESCO (44), esta tendencia podría explicarse por el crecimiento sostenido de las tasas de incorporación y conclusión de los estudios secundarios, permitiendo que una mayor proporción de la población alcance este grado de instrucción. Asimismo, el nivel educativo adquiere especial relevancia debido a su relación con el conocimiento de la hipertensión arterial. En este sentido, Aje y Fakeye (45) señalan que los pacientes con mayor grado de instrucción presentan una mejor comprensión de la enfermedad, sus factores de riesgo y las medidas necesarias para su prevención y control.

También se determinó el nivel de conocimiento, encontrando un predominio del nivel medio. Este resultado coincide con lo reportado por Ermijo y Rengifo (18), pero difiere de lo señalado por Martínez (10), quien encontró un alto nivel de conocimiento en sus pacientes. Estas diferencias pueden explicarse, según la Organización Mundial de la Salud (46), la insuficiente disponibilidad de servicios integrados en la atención primaria dificulta el fortalecimiento de las capacidades de los pacientes para comprender y manejar adecuadamente su enfermedad en el contexto cotidiano. En este sentido, la educación cumple una función relevante en el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Dentro de la variable conocimiento, el análisis por dimensiones evidenció que los factores de riesgo obtuvieron los mejores resultados. Este hallazgo difiere de lo reportado por Kalam y colaboradores (13), quienes encontraron un nivel

inadecuado de conocimiento en esta dimensión. Una posible explicación radica en lo señalado por Vera y colaboradores (47), quienes destacan que la limitada alfabetización en salud y la escasa educación preventiva suelen dificultar el entendimiento de los factores implicados en la hipertensión arterial. En este contexto, los participantes que no poseen una mayor familiaridad con los factores de riesgo de la enfermedad constituyen deficiencias en la adopción de conductas encaminadas a fortalecer las medidas preventivas y manejo integral de la hipertensión arterial.

Por otra parte, la evaluación de los estilos de vida evidenció un predominio de estilos de vida poco saludables. Este hallazgo difiere de lo reportado por Pérez (16), quien reportó estilos de vida no sanos, y contrasta con los resultados de Iriana y colaboradores (9), quienes identificaron mejores estilos de vida. Según Chaturvedi y colaboradores (48), estas diferencias pueden explicarse por el impacto de los determinantes sociales de la salud, como las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo, el acceso a servicios de salud y alimentos saludables, así como el entorno sociocultural. En este sentido, dichos factores condicionan las posibilidades de las personas para modificar sus hábitos y desarrollar estilos de vida favorables, repercutiendo directamente en el control y manejo adecuado de la hipertensión arterial.

En la variable estilos de vida, el análisis por dimensiones mostró un predominio de conductas poco saludables en alimentación y actividad física. Asimismo, en hábitos nocivos predominó el nivel no saludable, mientras que en manejo del estrés se observó una mayor tendencia hacia estilos de vida saludables. Estos resultados

difieren de lo reportado por Zhang y colaboradores (11), quienes encontraron mejores hábitos alimentarios y menor presencia de conductas nocivas, aunque coinciden en el adecuado manejo del estrés. Del mismo modo, los hallazgos sobre actividad física son similares a los reportados por Contreras y Senmache (14). Según la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid (31), estas diferencias pueden atribuirse a factores socioculturales, económicos y personales que influyen en la construcción y mantenimiento de estilos de vida favorables para la salud.

Con respecto al objetivo general que fue determinar la relación entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida, los resultados mostraron que los participantes con un nivel de conocimiento medio tendían a presentar estilos de vida poco saludables. Este hallazgo difiere de lo reportado por Iriana y colaboradores (9) y Contreras y Senmache (14) y de Meneses y Vega (15), quienes encontraron resultados diferentes en la relación entre ambas variables. Según la andragogía (22), el aprendizaje en adultos adquiere mayor significado cuando se relaciona con necesidades de la vida cotidiana, por lo que la información sobre hipertensión arterial resulta más relevante cuando se vincula con el autocuidado. Asimismo, el Modelo de Creencias en Salud (49) señala que, aunque el conocimiento es importante, el desarrollo de estilos de vida orientados a mejorar la salud también depende de la percepción del riesgo, la gravedad de la enfermedad y la autoeficacia del paciente.

Con referencia al primer objetivo específico, se identificó una relación entre la dimensión aspectos generales y los estilos de vida, donde se evidenció un

predominio de participantes con nivel medio de conocimiento que presentaban principalmente estilos de vida poco saludables. Este hallazgo difiere de lo reportado por Pérez (16), quien encontró que los participantes con nivel medio de conocimiento presentaban estilos de vida no saludables. Según Yelder y colaboradores (50), esto puede explicarse por el conocimiento insuficiente que tienen muchos pacientes sobre la hipertensión arterial, ya que suelen desconocer sus características, subestimar sus complicaciones o no reconocerla como una enfermedad crónica. En consecuencia, la percepción de riesgo es limitada, lo que reduce la motivación para adoptar conductas de autocuidado y dificulta la consolidación de mejores estilos de vida. Según Hernández y colaboradores (21), aunque el conocimiento sobre la enfermedad es un factor importante, su influencia depende de la capacidad de los pacientes para aplicar dicha información en sus prácticas cotidianas de autocuidado, lo que podría explicar los resultados encontrados.

Con respecto al segundo objetivo específico, se evidenció una relación entre la dimensión factores de riesgo con los estilos de vida, donde se evidenció una mayor presencia de participantes con conocimiento medio, quienes se caracterizaron por presentar estilos de vida poco saludables. La evidencia encontrada difiere de lo señalado por Pérez (16), ya que sus participantes, aun contando con conocimientos de nivel medio, no lograron incorporar estilos de vida saludables. En este sentido, Iriana y colaboradores (9) señalan que, si bien el conocimiento constituye un factor relevante, este no siempre se refleja en la incorporación de estilos de vida sanos, puesto que su impacto está condicionado por factores conductuales, sociales y contextuales propios de cada individuo. Según Franco y colaboradores (51), el

conocimiento de los factores de riesgo puede generar sensibilización inicial sobre la enfermedad; sin embargo, su traducción en cambios sostenidos es limitada debido a aspectos como el nivel educativo, las creencias, las costumbres familiares y el entorno social.

Respecto al tercer objetivo específico, se evidenció una relación entre la dimensión medidas preventivas y los estilos de vida se identificó que la mayor proporción de participantes presentó un conocimiento medio, acompañado predominantemente de estilos de vida poco saludables. Esto podría explicarse de acuerdo con Aje y Fakeye (45), quienes señalan que, si bien el conocimiento sobre la enfermedad favorece el desarrollo de prácticas de autocuidado, la incorporación de estas conductas se encuentra condicionada por diversos factores que pueden dificultar la aplicación de medidas preventivas en la vida cotidiana. De manera similar, Zhang y colaboradores (11) evidenciaron que el conocimiento sobre recomendaciones preventivas, no siempre se refleja en modificaciones en los estilos de vida, debido a la existencia de barreras que limitan la implementación y consolidación de estilos de vida adecuados para el cuidado de la salud.

VI. CONCLUSIONES

Se encontró una relación positiva moderada entre el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en adultos con esta condición, lo que indica que un aumento del nivel de conocimiento acerca de la enfermedad se relaciona con la adopción de estilos de vida más saludables.

En relación con la dimensión aspectos generales del conocimiento, se evidenció una relación con los estilos de vida, observándose que la mayoría de los participantes presentó un nivel medio de conocimiento, acompañado principalmente de estilos de vida poco saludables.

Respecto a la dimensión factores de riesgo del conocimiento, los resultados mostraron una relación con los estilos de vida, destacándose que prevaleció un nivel medio de conocimiento entre los participantes, quienes en su mayoría manifestaron estilos de vida poco saludables.

Finalmente, en cuanto a la dimensión medidas preventivas del conocimiento, se identificó una asociación con los estilos de vida, evidenciándose que los participantes con nivel medio de conocimiento presentaron con mayor frecuencia estilos de vida poco saludables.

LIMITACIONES

La investigación enfrentó dificultades en el análisis comparativo debido a que la literatura existente sobre hipertensión arterial no suele segmentar los resultados hacia el primer nivel de atención. Esta falta de estudios previos con criterios poblacionales análogos representó un reto para el contraste teórico, obligando a una interpretación cautelosa de los resultados obtenidos.

Limitación inherente a la susceptibilidad de la posible influencia del sesgo de deseabilidad social en la recolección de datos. Al tratarse de hábitos personales, algunos participantes podrían haber reportado conductas percibidas como socialmente aceptables o recomendables en lugar de reflejar sus prácticas reales.

La investigación se desarrolló en un único establecimiento de salud; por lo que, los resultados reflejan las características propias de la población atendida en dicho contexto. En consecuencia, la generalización de los hallazgos a otras poblaciones con características socioculturales o condiciones de atención diferentes debe realizarse con cautela.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los profesionales de salud, especialmente al personal de enfermería, diseñar e implementar intervenciones educativas periódicas dirigidas a los pacientes con hipertensión arterial, orientadas a fortalecer el conocimiento sobre la enfermedad, sus factores de riesgo y las medidas preventivas. Asimismo, se sugiere complementar estas acciones con actividades de consejería y seguimiento individualizado que promuevan cambios sostenibles en la alimentación, la realización frecuente de actividad física, la disminución de hábitos nocivos y el fortalecimiento del autocuidado, generando beneficios en la calidad de vida del paciente.

Se recomienda al establecimiento de salud fortalecer la atención integral de los pacientes con hipertensión arterial mediante la optimización de los programas de promoción de la salud, seguimiento y evaluación periódica, garantizando la disponibilidad de recursos educativos, espacios de consejería y actividades comunitarias que favorezcan la adopción y mantenimiento de estilos de vida saludables.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado M. Historia de la hipertensión arterial: revisión narrativa. Salud UIS. [Internet]. 2023. [citado 14 de junio de 2026]; 55: e23043. DOI: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23043>
2. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión; 2025 [Internet]. World Health Organization (WHO). [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Guevara T. La OPS advierte de elevada mortalidad en Latinoamérica por problemas de hipertensión [Internet]. Voz de América; 2023 [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.vozdeamerica.com/a/la-ops-advierde-de-elevada-mortalidad-en-latinoamerica-por-problemas-de-hipertension/7089428.html>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2025. Lima: INEI; 2025. 228 p. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2025/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2025.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. La OMS detalla, en un primer informe sobre la hipertensión arterial, los devastadores efectos de esta afección y maneras de ponerle coto; 2023 [Internet]. World Health Organization (WHO). [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>
6. Organización Mundial de la Salud. Insufficient physical activity [Internet]. World Health Organization (WHO). 2024. [citado 14 de junio de 2026]. Disponible

en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/insufficient-physical-activity-indicator-group>

7. Organización Mundial de la Salud. Informe de la OMS sobre las tendencias del consumo de tabaco: uno de cada cinco adultos sigue siendo adicto al tabaco; 2025 [Internet]. World Health Organization (WHO). [citado 14 de junio de 2026].

Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/06-10-2025-who-tobacco-trends-report-1-in-5-adults-still-addicted-to-tobacco>

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2025 [Internet]. Lima: INEI; 2025. 391 p. Disponible en:

https://proyectos.inei.gob.pe/files/WEB_ENDES/INFORME_PRINCIPAL/2025/INFORMES_PRINCIPALES_2025.pdf

9. Iriana P, Yarden N, Sudrajat A, Mahanani M & Malau P. Knowledge as a Factor Associated with Lifestyle in Controlling Hypertension JURNAL INFO KESEHATAN. [Internet]. 2022. [citado 14 de junio de 2026]; 20(2), 183–193. 2022. DOI: <https://doi.org/10.31965/infokes.Vol20.Iss2.930>

10. Martínez A. Grado de conocimiento de la hipertensión arterial sistémica en pacientes hipertensos en el primer nivel de atención [tesis de especialidad]; México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12371/21008>

11. Zhang Z, Xuan Z, Fu Y, Zhao H, Zhan P, Yang C, Luo Y. Knowledge, attitudes, and practices regarding hypertension diet among patients with hypertension. Scientific Reports. [Internet]. 2025. [citado 14 de junio de 2026]; 7;15(1):11915. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-97016-0>

12. Ahmed E, Maphasha O & Okeke S. Knowledge, attitudes and practices on hypertension among patients in a district hospital. South African Family Practice. [Internet]. 2025. [citado 14 de junio de 2026]; 15;67(1):1-8. DOI:<https://doi.org/10.4102/safp.v67i1.6094>
13. Kalam A, Wang P, Haile G, Rahman L, Miah H, Wang P. Assessing hypertension knowledge and its association with sociodemographic variables among hypertensive patients in Bangladesh. Scientific Reports. [Internet]. 2025. [citado 14 de junio de 2026]; 15(1):43414. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-17415-1>
14. Contreras R, Senmache A. Conocimiento y estilos de vida en los adultos con hipertensión arterial del Centro de Salud La Victoria I, 2021 [tesis de pregrado]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/9713>
15. Meneses L, Vega K. Conocimiento y estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud Los Aquijes, Ica–2021 [tesis de pregrado]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14441/1875>
16. Pérez T. Conocimiento de la enfermedad y estilo de vida en pacientes hipertensos de un programa de control en un Centro de Salud de Lima Este, 2024 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/13261>
17. Almonte M, Valderrama K. Nivel de conocimiento y estilos de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial en un establecimiento de salud, Nuevo

- Chimbote 2025 [tesis de pregrado]. Chimbote: Universidad Nacional del Santa; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14278/5247>
18. Ermijo L, Rengifo A. Estilos de vida y conocimiento de hipertensión arterial en adultos que acuden a la Estrategia Nacional Daños No Transmisibles de la IPRESS I-4 Morona Cocha - Iquitos 2025 [tesis de pregrado]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12737/12837>
19. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Resolución Ministerial N.º 031-2015/MINSA (2015 ene 15). Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/196970/195692_RM031-2015-MINSA.pdf20180904-20266-1d55na4.pdf?v=1594239563
20. Alan D, Cortez L. Niveles del conocimiento. En: Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica. Machala : Universidad Técnica de Machala; 2018. p. 52-67 Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12498>
21. Hernández E, Martínez L, Cuevas O, Carrillo G, Guerrero A. Conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en una unidad de medicina familiar. Revista Atención Familiar. [Internet]. 2022. [citado 14 de junio de 2026]; 29(4):257-62. DOI: <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.4.83417>
22. Clair R. Andragogy: Past and Present Potential. New Directions for Adult and Continuing Education. [Internet]. 2024. [citado 14 de junio de 2026]; 2024:7–13. DOI: <https://doi.org/10.1002/ace.20546>

23. Escudero K, Tuz J, Vasquez E, Bermeo V. Conocimientos de automanejo en personas con enfermedades crónicas: un análisis de concepto. Nure Investigación. [Internet]. 2026. [citado 14 de junio de 2026]; 23(142). DOI: <https://doi.org/10.58722/nure.v23i142.2753>
24. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Conozca los principales factores de riesgo para la salud [Internet]. Asunción: MSPBS; 2022. [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/25703/conozca-los-principales-factores-de-riesgo-para-la-salud.html>
25. Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). La prevención en salud: importancia y tipos; 2021 [Internet]. [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.unir.net/revista/salud/prevencion-en-salud/>
26. Ferrer M, Anigstein M, Bosnich M, Robledo C, Watkins L. De la teoría a la práctica: el discurso de estilos de vida saludable y su aplicación en la vida cotidiana de mujeres chilenas de sectores populares. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2021. [citado 14 de junio de 2026];37(12):e00333720. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00333720>
27. Ferrero C. Definición de alimento. Macro y micronutrientes. Conceptos básicos de nutrición. Rotulado nutricional. En: Nutrición y bromatología. Guía práctica enfocada a la carrera de Farmacia. Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata; 2026. p. 9-22. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/194675>
28. Organización Mundial de la Salud. Actividad física; 2024 [Internet]. World Health Organization (WHO). [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

29. Gállego A, Ibáñez A, Naya L, Cuello M, Calvo L, Miranda A. Hábitos tóxicos. Alcohol, tabaco y drogas. Revista Ocronos. [Internet]. 2024. [citado 14 de junio de 2026];7(9):2255. Disponible en: <https://revistamedica.com/habitos-toxicos-alcohol-tabaco-drogas/>
30. Organización Mundial de la Salud. Estrés; 2026 [Internet]. World Health Organization (WHO). [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>
31. Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid. Estilos de vida [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2021. [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/ciudadanos/estilos-vida>
32. Maruca A. Empowering health journey: Dorothea Orem's self-care deficit theory in patient empowerment. Research & Reviews: Journal of Nursing & Health Sciences. [Internet]. 2023. [citado 14 de junio de 2026];9(4):1-3. DOI: <https://doi.org/10.4172/JNHS.2023.9.4.88>
33. Naranjo Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Revista Archivo Médico de Camagüey. [Internet]. 2019. [citado 14 de junio de 2026]; 23(6),814-825. Disponible en : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211166534013>
34. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Análisis de la situación de salud 2022. [Internet]. Lima: DIRIS Lima Norte; 2022. [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5330653/4777692-analisis-de-situacion-en-salud-asis-2022.pdf>

35. Panduro E. Estilos de vida en pacientes adultos que contrajeron el COVID-19, Independencia-Perú, 2021 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/98286>
36. Introducción a la investigación: guía interactiva [Internet]. México: Universidad Veracruzana. [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.uv.mx/apps/bdh/investigacion/unidad1/investigacion-tipos.html>
37. Arrogante O. Técnicas de muestreo y cálculo del tamaño muestral: cómo y cuántos participantes debo seleccionar para mi investigación. Revista Enfermería Intensiva. [Internet]. 2022. [citado 14 de junio de 2026]; 33(1):44-47. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.03.004>
38. Chumo G. Nivel de conocimientos sobre Hipertensión Arterial en usuarios de 20-39 años que acuden a consulta externa del Hospital apoyo II Santa Rosa Setiembre-Diciembre 2018 [tesis de pregrado]. Piura: Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/25785>
39. Juárez G, Vargas R. 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 de maestría]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12952/6303>
40. Díaz C, García Y. El rol del investigador y la ética: la incansable lucha de vida. Revista Multidisciplinaria del Saber. [Internet]. 2024. [citado 14 de junio de 2026] ;2, e-RMS06122024. DOI: <https://doi.org/10.61286/e-rms.v2i.55>
41. Gonzales M, Felandro G, Arce M. Factors Associated With Hypertension in Peruvian Adults: A Nationwide Analysis of the Demographic and Family Health

Survey. The Journal of Clinical Hypertension. [Internet]. 2025. [citado 14 de junio de 2026]; 27(10):e70147. DOI: <https://doi.org/10.1111/jch.70147>

42. Cohen L, Curhan G, Forman J. Influence of Age on the Association between Lifestyle Factors and Risk of Hypertension. Journal of the American Society of Hypertension. [Internet]. 2012. [citado 14 de junio de 2026]; 6(4):284–90. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jash.2012.06.002>

43. Wang L, Zhang H, Yao H, et al. Social determinants of health and hypertension in women compared with men in the United States: An analysis of the NHANES study. Clinical Cardiology. [Internet]. 2023. [citado 14 de junio de 2026]; 46:958-966. DOI: <https://doi.org/10.1002/clc.24079>

44. UNESCO. Monitoring SDG 4. Global Education Monitoring Report. [Internet]. 2025. [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.unesco.org/reports/gem-report/en/2024-monitoringsdg4>

45. Aje A, Fakeye T. Evaluation of disease knowledge and attitude with selected self-care and sociodemographic factors among outpatients with hypertension: a cross-sectional study. Discover Public Health. [Internet]. 2024. [citado 14 de junio de 2026]; 21(228). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12982-024-00372-x>

46. Organización Mundial de la Salud. Improving patient education: a new guide for policy-makers and health professionals to support self-management of chronic conditions; 2023 [Internet]. World Health Organization (WHO). [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news/item/14-11-2023-improving-patient-education--a-new-guide-for-policy-makers-and-health-professionals-to-support-self-management-of-chronic-conditions>

47. Vera V, Zuzunaga F, Vásquez L, et al. Analysis of hypertension in Peru: prevalence, associated factors, knowledge, management and control, 2014-2022. MedRxiv. [Internet]. 2024. [citado 14 de junio de 2026]. DOI: <https://doi.org/10.1101/2024.04.22.24306187>
48. Chaturvedi A, Zhu A, Gadela N, Prabhakaran D, Jafar T. Social determinants of health and disparities in hypertension and cardiovascular diseases. Hypertension. [Internet]. 2024. [citado 14 de junio de 2026]; 81(3):387-99. DOI: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21354>
49. Alyafei A, Easton R. The health belief model of behavior change. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2026 [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
50. Yelder R, Crum A, Weinman J, Petrie K. Employing illness perceptions and mindsets in health contexts: towards an integrative framework. Health Psychology Rev. [Internet]. 2026. [citado 14 de junio de 2026]; 20(1):197-222. DOI: <https://doi.org/10.1080/17437199.2025.2552244>
51. Franco M, Blacio E, Santana F, Romero M, Cárdenas K. Correlación de los factores de riesgo y mejoras en el estilo de vida en hipertensos. Revista Ciencia Ecuador. [Internet]. 2025. [citado 14 de junio de 2026]; 7(29), 24-50. DOI: <https://doi.org/10.69825/cienec.v7i29.298>

VIII. TABLAS

Tabla N.º 1. Datos generales de adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”, Independencia, Lima, 2025.

DATOS GENERALES	FRECUENCIA (N=103)	PORCENTAJE (%)
EDAD		
18 a 29 años	21	20.4
30 a 59 años	58	56.3
60 a más años	24	23.3
Mediana	48	—
Promedio	45.9	—
Desv. est	15.2	—
SEXO		
Femenino	64	62.1
Masculino	39	37.9
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin nivel	0	0
Primaria	7	6.8
Secundaria	63	61.2
Sup. Técnica o Universitaria	33	32.0

Fuente: Elaboración propia

Tabla N.º 2. Conocimiento en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”, Independencia, Lima, 2025.

NIVEL	n	%
BAJO	20	19.4
MEDIO	75	72.8
ALTO	8	7.8
TOTAL	103	100.0

Tabla N.º 3. Dimensiones del nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”, Independencia, Lima, 2025.

Dimensiones	Niveles						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n₁	%	n₂	%	n₃	%	n	%
Aspectos generales	29	28.2	64	62.1	10	9.7	103	100.0
Factores de riesgo	15	15.6	85	82.5	3	2.9	103	100.0
Medidas preventivas	24	23.3	73	70.9	6	5.8	103	100.0

Tabla N.º 4. Estilos de vida en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”, Independencia, Lima, 2025.

NIVEL	n	%
NO SALUDABLE	31	30.1
POCO SALUDABLE	66	64.1
SALUDABLE	6	5.8
TOTAL	103	100.0

Tabla N.º 5. Dimensiones de los estilos de vida de los adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”, Independencia, Lima, 2025.

Dimensiones	Niveles						Total	
	No saludable		Poco saludable		Saludable			
	n1	%	n2	%	n3	%		
Alimentación	50	48.5	52	50.5	1	1.0	103	100.0
Actividad física	7	6.8	83	80.6	13	12.6	103	100.0
Hábitos nocivos	43	41.7	31	30.1	29	28.2	103	100.0
Manejo del estrés	3	2.9	48	46.6	52	50.5	103	100.0

Tabla N.º 6. Relación entre el nivel de conocimiento con los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”, Independencia, Lima, 2025.

Conocimiento	Estilos de vida						Total	
	No saludable		Poco saludable		Saludable			
	n1	%	n2	%	n3	%	n	%
Bajo	14	13.6	6	5.8	0	0	20	19.4
Medio	17	16.5	54	52.4	4	3.9	75	72.8
Alto	0	0	6	5.8	2	2.0	8	7.8
Total	31	30.1	66	64.1	6	5.8	103	100.0

Tabla N.º 7. Relación entre la dimensión aspectos generales con los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”, Independencia, Lima, 2025.

Aspectos generales	Estilos de vida						Total	
	No saludable		Poco saludable		Saludable			
	n1	%	n2	%	n3	%	n	%
Bajo	12	11.7	16	15.5	1	1.0	29	28.2
Medio	18	17.5	43	41.7	3	2.9	64	62.1
Alto	1	1.0	7	6.8	2	1.9	10	9.7
Total	31	30.1	66	64.1	6	5.8	103	100.0

Tabla N.º 8. Relación entre la dimensión factores de riesgo con los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”, Independencia, Lima, 2025.

Factores de riesgo	Estilos de vida						Total	
	No saludable		Poco saludable		Saludable			
	n1	%	n2	%	n3	%	n	%
Bajo	10	9.7	4	3.9	1	1.0	15	14.6
Medio	21	20.4	59	57.3	5	4.9	85	82.5
Alto	0	0	3	2.9	0	0	3	2.9
Total	31	30.1	66	64.1	6	5.8	103	100.0

Tabla N.º 9. Relación entre la dimensión medidas preventivas con los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”, Independencia, Lima, 2025.

Medidas preventivas	Estilos de vida						Total	
	No saludable		Poco saludable		Saludable			
	n1	%	n2	%	n3	%	n	%
Bajo	14	13.6	9	8.7	1	1.0	24	23.3
Medio	16	15.5	54	52.4	3	2.9	73	70.9
Alto	1	1.0	3	2.9	2	1.9	6	5.8
Total	31	30.1	66	64.1	6	5.8	103	100.0

Tabla N.º 10. Prueba de normalidad Kolmogorov–Smirnov aplicada a la variable conocimiento, sus dimensiones y los estilos de vida

	Kolmogorov-Smirnov^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Conocimiento	0,133	103	0,000
Aspectos generales	0,149	103	0,000
Factores de riesgo	0,146	103	0,000
Medidas preventivas	0,146	103	0,000
Estilos de vida	0,108	103	0,007

a. Corrección de la significación de Lilliefors

TABLAS INFERENCIALES

Tabla N.º 11. Correlación entre el nivel de conocimiento con los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”, Independencia, Lima, 2025.

		Conocimiento	Estilos de vida
Rho de	Conocimiento	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	. ,000
		N	103
Spearman	Estilos de vida	Coefficiente de correlación	0,448
		Sig. (bilateral)	,000 .
		N	103

Fuente: Elaboración propia. La correlación debe ser < 0.05

Tabla N.º 12. Correlación entre las dimensiones del conocimiento sobre hipertensión arterial y los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”, Independencia, Lima, 2025.

Dimensión del conocimiento	Rho de Spearman	Significación (bilateral)
Aspectos generales	0.262	0.007
Factores de riesgo	0.342	0.000
Medidas preventivas	0.339	0.000

ANEXOS

ANEXO 1: FÓRMULA PARA HALLAR LA MUESTRA MEDIANTE FÓRMULA DE POBLACIONES FINITAS

$$n = z^2 \times p \times q \times N / (e)^2 \times (N - 1) + (z)^2 \times p \times q$$

$$n = (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 140 / (0.05)^2 \times (140 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n = 102.802; n = 103$$

Donde:

n: Es el tamaño de la muestra que se va a tomar en cuenta para el trabajo de campo.

Es la variable que se desea determinar.

N: Es el tamaño de la población del estudio, la cual se conoce con exactitud. La población total es de 140

p: Porcentaje de acierto (0.5)

q: Porcentaje de fracaso ($1 - p = 0.5$)

z: Es el nivel de confianza que se establece para el estudio. Para este estudio se tomó un nivel de confianza del 95%, que corresponde a un valor de 1.96

E : Es el error de estimación o margen de error que se acepta en la investigación.

Se utiliza un error de estimación del 5%, lo que equivale a un valor de 0.05.

ANEXO 2: TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR POR DIMENSIONES	ESCALA FINAL
Conocimiento sobre la hipertensión arterial	Una de las principales causas subyacentes de enfermedades cardiovasculares y enfermedades renales es la hipertensión arterial (21).	Aspectos generales	Escudero y colaboradores indican que el conocimiento de la enfermedad es clave para el automanejo de enfermedades crónicas, ya que facilita decisiones informadas sobre el cuidado de la salud (23).	- Concepto - Valores normales - Síntomas - Complicaciones de enfermedades	Ordinal Bajo: (0 a 2 puntos). Medio: (3 a 5 puntos). Alto: (6 puntos).	Alto: (17 a 20 puntos). Medio: (9 a 16 puntos). Bajo: (0 a 8 puntos).
		Factores de riesgo	Los factores de riesgo, según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, son condiciones que aumentan la probabilidad de enfermedades no transmisibles (24).	- Factores de riesgo modificables y no modificables	Ordinal Bajo: (0 a 2 puntos). Medio: (3 a 6 puntos). Alto: (7 puntos).	
		Medidas preventivas	La Organización Mundial de la Salud define las medidas preventivas como acciones dirigidas a prevenir la enfermedad, detener su progresión y reducir sus complicaciones (25).	- Control de peso - Alimentación saludable y actividad física - Disminución de alcohol	Ordinal Bajo: (0 a 2 puntos). Medio: (3 a 6 puntos). Alto: (7 puntos).	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR POR DIMENSIONES	ESCALA
Estilos de vida	Es un conjunto de comportamientos y actitudes que las personas cultivan, ya sea de manera individual o en grupo, para satisfacer sus necesidades humanas y alcanzar su desarrollo personal (31).	Alimentación	Ferrero señala que la alimentación comprende el proceso desde la selección de alimentos hasta la absorción de nutrientes, incluyendo su elección, combinación y porciones (27).	Consumos de verduras, frutas, sal, carnes, carbohidratos y café	No saludable: (0 a 7 puntos). Poco Saludable: (8 a 12 puntos). Saludable: (13 a 14 puntos).	Estilo de vida Saludable: (24 a 34 puntos). Estilo de vida poco Saludable: (17 a 23 puntos). Estilo de vida no Saludable: (0 a 16 puntos).
		Actividad física	La Organización Mundial de la Salud menciona que la actividad física es cualquier movimiento realizado por los músculos esqueléticos que conlleva a un gasto de energía (28).	Frecuencia, tipo y duración de la actividad física	No saludable: (0 puntos). Poco Saludable: (1 a 4 puntos). Saludable: (5 a 6 puntos).	
		Hábitos nocivos	La Organización Mundial de la Salud define a los hábitos nocivos como factores de riesgo modificables que incrementan el riesgo de enfermedades no transmisibles y se ven influenciadas por factores sociales (29).	Tabaco y Alcohol	No saludable: (0 a 4 puntos). Poco Saludable: (5 puntos). Saludable: (6 puntos).	
		Manejo del estrés	La Organización Mundial de la Salud define al estrés como un estado de tensión mental o preocupación originado por situaciones difíciles (30).	Estado de ánimo	No saludable: (0 puntos). Poco Saludable: (1 a 3 puntos). Saludable: (4 a 8 puntos).	

ANEXO 3: CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI R-167-08-26

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el Comité Institucional de Ética en Investigación aprobó la **RENOVACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del proyecto : "CONOCIMIENTO Y ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE UN CENTRO DE SALUD EN LIMA 2025"
Código de inscripción : 214837
Investigador(a) principal(es) : CUBAS BLAS NADESHKO BLANCA, LUPUCHE SULLON MARTHA

Cualquier enmienda, desviaciones y/u otras eventualidades deberá ser reportada a este Comité de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada **6 meses** el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste.

La presente **RENOVACIÓN** tiene vigencia desde el **24 de febrero del 2026** hasta el **24 de febrero del 2027**.

Así mismo el Comité toma conocimiento del Informe Periódico de Avances del estudio de referencia. Documento recibido en fecha 11 de febrero del 2026.

Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

La renovación de la aprobación del estudio de investigación incluye los siguientes documentos:

1. Protocolo de investigación, versión 01 de fecha 17 de setiembre del 2024.
2. Consentimiento informado, versión 02 de fecha 19 de noviembre del 2024.

Lima, 24 de febrero del 2026



Marmel Raul Perez Martinot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

Av. Honorio Delgado 430
San Martín de Porres
Apartado postal 4314
319 0000 Anexo 201355
orvei.ciei@oficinas-upch.pe
www.cayetano.edu.pe

Comité Institucional de
Ética en Investigación

ANEXO 4: APROBACIÓN DE DIRIS LIMA NORTE

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	
ADULTOS	
Título del estudio:	<i>Conocimiento y estilos de vida en adultos con hipertensión arterial de un centro de salud en Lima 2025</i>
Investigadoras:	<i>Nadeshko Blanca Cubas Blas y Martha Lupuche Sullon</i>
Institución:	<i>Universidad Peruana Cayetano Heredia</i>

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio que tiene como objetivo principal medir “los conocimientos sobre hipertensión arterial” y su relación con los “estilos” de vida que adoptan los adultos con diagnóstico de hipertensión arterial. Este estudio es desarrollado por las investigadoras de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Actualmente, la OMS informa que aproximadamente 1.130 millones de personas en el mundo padecen hipertensión arterial debido al aumento de factores de riesgo como la mala alimentación, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol y tabaquismo. La falta de conocimiento de las personas que padecen de hipertensión arterial tiene un impacto negativo en los estilos de vida, esto resulta en una falta de conciencia sobre las consecuencias y complicaciones que esto puede conllevar. Por otro lado, hay pacientes que, aunque están al tanto de las repercusiones, no adoptan estilos de vida saludables. Debido a este motivo, vemos importante abordar este tema

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se llevarán a cabo los siguientes puntos:

- La firma del consentimiento informado y el desarrollo de los dos cuestionarios se realizará en el consultorio de enfermedades no transmisibles donde previamente se le explicará en qué consiste nuestro estudio de investigación y qué pasos deberá seguir si desea participar.
- Se le pedirá responder el primer cuestionario compuesto de 20 preguntas planteadas que tendrá una duración de 20 minutos y marcará con aspa (X) según crea conveniente y será anónimo.
- Se le pedirá responder el segundo cuestionario compuesto de 20 preguntas planteadas que tendrá una duración de 15 minutos y marcará con aspa (X) según crea conveniente y será anónimo.

Riesgos:

Este estudio está diseñado de tal manera que no representa ningún riesgo para usted en absoluto. Su participación se limita exclusivamente a responder una serie de preguntas en dos cuestionarios, los cuales no involucran ningún tipo de procedimiento invasivo ni riesgo físico o emocional.

Beneficios:

Usted se beneficiará debido a que se le informará de manera personal y confidencial los resultados que obtenga en la encuesta realizada. Esto incrementará los conceptos generales sobre la hipertensión y cómo el adoptar ciertos estilos de vida influyen en su padecimiento.

Costos y compensación:

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Asimismo, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio.

Permiso para recontacto en futuras investigaciones

Nos gustaría almacenar sus datos de contacto, como su número de teléfono o correo electrónico, durante 5 años, con el fin de poder contactarlo en el futuro para la recolección de datos adicionales o para darle seguimiento a su participación en el estudio. Además, esto nos permitiría invitarlo a participar en futuras investigaciones relacionadas con el conocimiento sobre la hipertensión arterial y los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial.

Si prefiere no ser contactado, podrá seguir participando en este estudio sin inconvenientes. En ese caso, sus datos de contacto solo se utilizarán para el seguimiento dentro de este estudio, y una vez concluida la investigación, serán eliminados.

Autorizo a que almacenen mis datos de contacto por 5 años para que me contacten e inviten a futuros estudios. (Después de este periodo de tiempo se eliminarán los datos de contacto).

SI (☐) NO (☐)

Uso futuro de información:

Deseamos almacenar los datos obtenidos en esta investigación durante un período de 20 años. Durante ese tiempo, estos datos podrán ser utilizados en investigaciones futuras que estén relacionadas con los objetivos iniciales del estudio y que respeten

las normativas de confidencialidad y protección de datos. Es decir, no se conservarán nombres ni otros datos personales; únicamente se identificará la información mediante códigos.

No obstante, si prefiere que sus datos no sean almacenados ni utilizados en investigaciones futuras, podrá continuar participando en el estudio sin inconvenientes. En ese caso, sus datos serán eliminados al finalizar esta investigación.

Antes de que sus datos sean utilizados en cualquier otro proyecto de investigación, dicho proyecto deberá contar con la aprobación de un Comité Institucional de Ética en Investigación.

Autorizo a tener mis datos almacenados por 20 años para un uso futuro en otras investigaciones. (Después de este periodo de tiempo se eliminarán).

SI () NO ()

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional puede preguntar a las investigadoras Cubas Blas Nadeshko Blanca y Lupuche Sullon Martha a los siguientes números telefónicos: [REDACTED] y [REDACTED] (investigadoras principales).

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: orvei.ciei@oficinas-upch.pe. Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

**Nombres y Apellidos
Participante**

Firma

Fecha y hora

Investigador 1

Firma

Fecha y hora

Investigador 2

Firma

Fecha y hora

ANEXO 6

INSTRUMENTO 1: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Instrucciones: Buenas tardes estimado participante, somos investigadoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y estamos llevando a cabo un estudio que tiene como finalidad recoger información sobre el conocimiento de la Hipertensión Arterial, le agradezco de antemano por participar.

INFORMACIÓN GENERAL

Edad: _____ Sexo: F _____ M _____

Nivel de instrucción alcanzado:

Sin nivel () Primario () Secundario () Superior ()

DIMENSIÓN: ASPECTOS GENERALES

1. Considera que la hipertensión arterial es:
 - a) Una enfermedad que eleva la presión arterial sobre los niveles normales y afecta principalmente el corazón.
 - b) Una enfermedad que eleva la presión arterial sobre los niveles normales sin afectar al corazón
 - c) Una enfermedad que baja la presión arterial sobre los niveles normales y afecta principalmente el corazón.
 - d) Desconoce
2. La persona tiene hipertensión arterial, cuando su presión está por encima de:
 - a) 110/65 mmHg
 - b) 140/90 mmHg
 - c) 119/80 mmHg
 - d) Desconoce
3. Con respecto a los síntomas, es correcto que:
 - a) La hipertensión arterial en la mayoría de los casos no presenta síntomas.
 - b) La hipertensión arterial presenta síntomas como enrojecimiento de toda la piel
 - c) La hipertensión arterial siempre presenta síntomas como dolor en el corazón.
 - d) Desconoce
4. Si la presión alta alcanzó una etapa grave los síntomas que pueden presentarse son:
 - a) Dificultad para respirar
 - b) Sangre por la nariz

- c) Dolor de cabeza
 - d) Todas las anteriores
5. La Hipertensión aumenta progresivamente la presión de la sangre que circula por las arterias. Como consecuencia, puedes presentar lo siguiente:
- a) Arterias dañadas y estrechadas
 - b) Alteración de la conciencia por bloqueo de las arterias que van al cerebro
 - c) El cerebro no recibe oxígeno ni nutrientes de manera adecuada
 - d) Todas las anteriores
6. Los pacientes pueden presentar riesgos cardiacos, por ello es necesario tener en cuenta que:
- a) Cuanto mayor riesgo cardíaco tenga o más descontrolado tenga la presión arterial, debe medirse con mayor frecuencia.
 - b) Cuanto mayor riesgo cardíaco o más descontrolado tenga la presión arterial, deberá medirse con menor frecuencia.
 - c) Cuanto mayor riesgo cardíaco o se tenga más descontrolada la presión, deberá medirse solo una vez en el día
 - d) Desconoce.

DIMENSIÓN: FACTORES DE RIESGO

7. ¿Cuál de los siguientes factores aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial?
- a) El tener ambos padres con diabetes o hipertensión arterial.
 - b) El tener factor hereditario no influye para tener hipertensión
 - c) Tener pareja con diabetes o hipertensión arterial.
 - d) Desconoce
8. ¿Cuál de las siguientes acciones propicia el riesgo de padecer hipertensión arterial?
- a) Realizar poco o escaso ejercicio físico
 - b) Dormir siesta prolongada después de almorzar
 - c) Pasar horas frente a la computadora o libros.
 - d) Todas las anteriores
9. ¿Cuál de los siguientes factores propicia la hipertensión arterial?
- a) El deporte
 - b) El descanso
 - c) El sedentarismo
 - d) Desconoce
10. ¿Cuál de las siguientes acciones aumenta el riesgo de hipertensión arterial?
- a) Levantar pesas.
 - b) Correr en exceso.
 - c) Subir de peso en exceso.
 - d) Desconoce.
11. La hipertensión puede ser ocasionada por:
- a) La ingesta de bebidas alcohólicas en niveles excesivos y fumar continuamente.
 - b) La ingesta de bebidas alcohólicas y fumar, como máximo una vez por mes.

- c) La ingesta de bebidas alcohólicas y fumar a pesar de ser en niveles muy bajos.
 - d) Desconoce
12. ¿Cuál de los siguientes productos cree que se debe evitar para controlar la hipertensión arterial?
- a) El alcohol, vegetales y verduras.
 - b) El café, alcohol, bebida gaseosa y dieta baja en sal.
 - c) El café, alcohol, comida grasosa, dieta excesiva en sal.
 - d) Desconoce
13. Señale ¿Cuál es un factor de riesgo emocional de la hipertensión arterial?
- a) Tristeza
 - b) Estrés
 - c) Colesterol alto
 - d) Desconoce

DIMENSIÓN: MEDIDAS PREVENTIVAS

14. ¿Cuál de las siguientes situaciones respecto al peso corporal ayuda a prevenir la hipertensión arterial?
- a) El tener un peso excesivo
 - b) El realizar un control de mi peso
 - c) El tener un peso bajo
 - d) Desconoce
15. ¿Cómo puedo prevenir la hipertensión con respecto a la alimentación?
- a) Disminuir el consumo de grasas y frituras.
 - b) Disminuir el consumo de carnes rojas y pescado
 - c) Disminuir el consumo de frutas y verduras
 - d) Desconoce
16. ¿Cuál de los siguientes cambios en su dieta ayuda a regular la presión arterial?
- a) Comer más frutas, verduras, frituras, productos lácteos y granos integrales
 - b) Beber un vaso diario de vino tinto después de los alimentos.
 - c) Comer más verduras, frutas, lácteos bajos en grasa y granos integrales.
 - d) Desconoce
17. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?
- a) El consumo de alimentos ricos en fibra ayuda a prevenir la hipertensión arterial.
 - b) El consumo de sal ayuda a prevenir la hipertensión arterial.
 - c) El colesterol alto es factor de riesgo para la complicación de hipertensión arterial.
 - d) Desconoce
18. ¿Cuál de las siguientes acciones ayuda a prevenir la hipertensión arterial?
- a) Hacer una caminata todos los días y ejercicios de relajación.
 - b) Hacer una caminata de 15 minutos una vez por semana
 - c) Estar de pie la mayor parte del día sea trabajando o en casa
 - d) Desconoce

19. ¿Cuál es el tiempo mínimo recomendado para realizar caminatas diariamente y prevenir la hipertensión arterial?
- a) Al menos 30 minutos.
 - b) Al menos 60 minutos.
 - c) De 10 a 20 minutos.
 - d) Desconoce
20. Sobre el consumo de productos y la hipertensión se puede afirmar que:
- a) La ingesta de Vino ayuda a prevenir la hipertensión
 - b) Reducir el consumo de alcohol y tabaco ayudan a prevenir la hipertensión
 - c) Basta reducir el consumo de alcohol, aunque siga fumando tabaco previene la hipertensión.
 - d) Desconoce.

RESPUESTAS CORRECTAS

1	A
2	B
3	A
4	D
5	D
6	A
7	A
8	D
9	C
10	C
11	A
12	C
13	B
14	B
15	A
16	C
17	B
18	A
19	A
20	B

ANEXO 7: PRUEBA BINOMIAL - VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
“CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

Validez de contenido: El ítem corresponde a alguna dimensión de la variable

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
PROMEDIO												0.0010

El valor de significancia estadística de la prueba binomial, aplicada a los resultados de las evaluaciones de los expertos ($p=0.0010$), evidencia que el instrumento que mide el conocimiento presenta validez de contenido ($p<0.05$)

Validez de constructo: El ítem contribuye a medir el indicador planteado

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
											PROMEDIO	0.0010

El valor de significancia estadística de la prueba binomial, aplicada a los resultados de las evaluaciones de los expertos ($p=0.0010$), evidencia que el instrumento que mide el conocimiento presenta validez de constructo ($p<0.05$)

Validez de criterio: El ítem permite clasificar a los sujetos en las categorías establecidas.

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
PROMEDIO											10	0.0010

El valor de significancia estadística de la prueba binomial, aplicada a los resultados de las evaluaciones de los expertos ($p=0.0010$), evidencia que el instrumento que mide el conocimiento presenta validez de criterio ($p<0.05$)

**ANEXO 8: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL
CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL - TEST DE
KUDER RICHARDSON**

El estadístico Kuder Richardson (KR - 20 = 0,803), evidencia que el instrumento para medir el conocimiento sobre hipertensión arterial es confiable (Kr>0.7)

P: Proporción de éxito para cada pregunta

Q: Proporción de incidente para cada pregunta

P*Q: Variación de cada pregunta

VAR: Variación de los puntajes totales

K: Número de ítems

$$\Sigma(P*Q)= 4,21$$

$$VAR= 17,77$$

$$K=20$$

$$KR - 20 = \left(\frac{20}{19} \right) * \frac{17,77 - 4,21}{17,77} = 0,803$$

#	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	TC	
1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	14	
2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	17	
3	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	10	
4	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	14	
5	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	16	
6	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	18	
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	19	
8	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	8	
9	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	15	
10	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	10	
11	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	12	
12	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	
13	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	17	
14	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	
15	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	10	
16	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	7	
17	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	8	
18	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	6	
19	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	8	
20	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	12	
21	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	7	
P	0.71	0.81	0.62	0.67	0.48	0.62	0.38	0.29	0.86	0.67	0.71	0.67	0.76	0.76	0.67	0.71	0.43	0.76	0.38	0.57		
Q	0.29	0.19	0.38	0.33	0.52	0.38	0.62	0.71	0.14	0.33	0.29	0.33	0.24	0.24	0.33	0.29	0.57	0.24	0.62	0.43	17.77	<=V AR
P*Q	0.20	0.15	0.24	0.22	0.25	0.24	0.24	0.20	0.12	0.22	0.20	0.22	0.18	0.18	0.22	0.20	0.24	0.18	0.24	0.24	4.21	<=Σ PQ

ANEXO 9

INSTRUMENTO 2: “CUESTIONARIO PARA LOS ESTILOS DE VIDA”

Somos investigadoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y estamos llevando a cabo un estudio de investigación que tiene como objetivo conocer sobre los estilos de vida que tienen los adultos con diagnóstico de hipertensión arterial. El siguiente cuestionario ha sido elaborado por los autores: Juárez Chirinos Gustavo Manuel y Vargas Alva Rodolfo y modificado por las autoras: Cubas Blas Nadeshko Blanca y Lupuche Sullon Martha

El siguiente cuestionario será anónimo, Marque con un aspa (x) la respuesta que usted crea correcta

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

Estilos de Vida.

- 1. ¿Con qué frecuencia consume verduras y frutas?**
 - a) 6 - 7 días a la semana
 - b) 4 - 5 días a la semana
 - c) 0 - 3 días a la semana
- 2. ¿Una vez a la semana añade sal adicional a sus comidas?**
 - a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
- 3. ¿Con qué frecuencia consume carnes rojas?**
 - a) Más de 3 veces a la semana
 - b) 1 - 2 veces a la semana
 - c) Nunca
- 4. ¿Consume dulces, helados, pasteles, alimentos ricos en grasa?**
 - a) Todos los días
 - b) Ocasionalmente
 - c) Nunca
- 5. ¿Usted al terminar su comida, pide que le sirvan más?**
 - a) Frecuentemente
 - b) Regularmente
 - c) Nunca
- 6. ¿Con qué frecuencia consume gaseosa, bebidas energizantes o refrescos procesados durante el día?**

- a) Más de 3 vasos
- b) 1 - 2 vasos
- c) No tomo gaseosa

7. ¿Con qué frecuencia consume café?

- a) 3 - 5 tazas
- b) 1 - 2 tazas
- c) No tomo café

8. ¿Con qué frecuencia realiza caminatas?

- a) 3 - 5 horas a la semana
- b) 1 - 2 horas a la semana
- c) Menos de 1 hora a la semana

9. ¿Practica deporte?

- a) 4 - 5 veces por semana
- b) 2 - 3 veces por semana
- c) 0 - 1 veces por semana

10. ¿Cuántas horas al día pasa usted frente a la televisión?

- a) Más de 2 horas
- b) 1-2 horas
- c) Menos de 1 hora

11. ¿Con qué frecuencia fuma?

- a) Todos los días
- b) Solamente en ocasiones
- c) No fumo

12. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?

- a) Todos los días
- b) Solamente en ocasiones
- c) No consumo

13. ¿Suele consumir sustancias psicotrópicas como la marihuana?

- a) Regularmente
- b) Rara vez
- c) No consumo

14. ¿Con qué frecuencia realiza actividades recreativas como: pasear, bailar, cantar?

- a) De manera regular
- b) Ocasionalmente
- c) Nunca

15. ¿Suele enojarse fácilmente?

- a) Si, suelo enojarme fácilmente
- b) De vez en cuando me enojo con facilidad
- c) No, no me suelo enojar fácilmente

16. ¿Con qué frecuencia expresa sentimientos de tensión o preocupación?

- a) Diariamente
- b) Rara vez
- c) Nunca

17. ¿Realiza usted actividades como tai chi o yoga?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) No realizo tai chi

PUNTAJE

#PREGUNTAS	ALTERNATIVAS		
	A	B	C
1	2	1	0
2	0	1	2
3	0	1	2
4	0	1	2
5	0	1	2
6	0	1	2
7	0	1	2
8	2	1	0
9	2	1	0
10	0	1	2
11	0	1	2
12	0	1	2
13	0	1	2
14	2	1	0
15	0	1	2
16	0	1	2
17	2	1	0

ANEXO 10: PRUEBA BINOMIAL - VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
“ESTILOS DE VIDA”

Validez de contenido: El ítem corresponde a alguna dimensión de la variable

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
5	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	9	0.0107
6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
PROMEDIO												0.0016

INTERPRETACIÓN: El valor de significancia estadística de la prueba binomial, aplicada a los resultados de las evaluaciones de los expertos ($p=0.0016$), evidencia que el instrumento que mide el estilo de vida presenta validez de contenido ($p<0.05$).

Validez de constructo: El ítem contribuye a medir el indicador planteado

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
5	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	10	0.0010
6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
10	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	9	0.0107
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
PROMEDIO												0.0016

INTERPRETACIÓN: El valor de significancia estadística de la prueba binomial, aplicada a los resultados de las evaluaciones de los expertos ($p=0.0016$), evidencia que el instrumento que mide el estilo de vida presenta validez de constructo ($p<0.05$).

Validez de criterio: El ítem permite clasificar a los sujetos en las categorías establecidas.

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	9	0.0107
6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.0010
PROMEDIO												0.0016

INTERPRETACIÓN: El valor de significancia estadística de la prueba binomial, aplicada a los resultados de las evaluaciones de los expertos ($p=0.0016$), evidencia que el instrumento que mide el estilo de vida presenta validez de criterio ($p<0.05$).

**ANEXO 11: PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO QUE
MIDE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE UN CENTRO DE SALUD EN LIMA**

El coeficiente Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.714$), aplicada a la muestra piloto, evidencia que el instrumento que mide los estilos de vida en adultos con hipertensión arterial de un centro de salud en lima, es confiable ($\text{Alfa} > 0.7$)

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,714	17

Estadísticos total-elemento

ITEMS	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
EV1	18,48	15,262	0,419	0,688
EV2	18,71	15,514	0,266	0,709
EV3	18,76	16,890	0,189	0,712
EV4	18,95	16,048	0,365	0,695
EV5	18,24	15,890	0,499	0,686
EV6	18,38	15,848	0,366	0,695
EV7	18,48	15,362	0,399	0,690
EV8	19,24	15,490	0,299	0,704
EV9	19,57	15,857	0,308	0,701
EV10	18,62	14,748	0,420	0,687
EV13	17,95	17,948	0,000	0,717
EV15	18,14	17,329	0,136	0,714
EV16	17,95	17,948	0,000	0,717
EV17	19,14	15,929	0,345	0,697
EV18	19,29	16,014	0,240	0,710
EV19	19,52	15,662	0,505	0,683
EV20	19,81	17,362	0,153	0,713