



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDAS ESPECIALIDADES
ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS
DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN
EL C.S. PUEBLO LIBRE – 2022”

TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA

AUTOR:

LIC. BUSTINZA TICONA, MARY
<https://orcid.org/0000-0002-0590-9745>

ASESOR:

Dr. MATTA SOLIS, EDUARDO PERCY
<https://orcid.org/0000-0001-9422-7932>

LIMA – PERU

2022


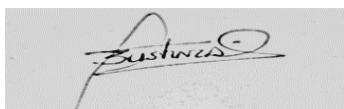
AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, Bustinza Ticona, Mary, con DNI **01315674**, en mi condición de autor(a) del trabajo académico presentada para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitario de título "Nivel de conocimientos sobre medidas preventivas de hipertensión arterial en los pacientes atendidos en el C.S. Pueblo Libre – 2022", **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO**¹ que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de 14 % y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento a los 30 días del mes de noviembre del año 2022.

(Firma del asesor)



Mary Bustinza Ticona
D.N.I. 01315674

Eduardo Percy Matta Solis
D.N.I.

1. Apellidos y Nombres
2. DNI
3. Grado o título profesional
4. Título del trabajo de Investigación
5. Porcentaje de similitud

¹ Se emite la presente declaración en virtud de lo dispuesto en el artículo 8°, numeral 8.2, tercer párrafo, del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD, modificado por Resolución de Consejo Directivo N° 174-2019-SUNEDU/CD y Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD.

MARY BUSTINZA TICONA

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|----|
| 1 | repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet | 5% |
| 2 | cwsasoccer.org Fuente de Internet | 4% |
| 3 | repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 4 | www.comparta.com.co Fuente de Internet | 2% |

ÍNDICE GENERAL

| | |
|------------------------------------|----|
| RESUMEN..... | 6 |
| ABSTRACT..... | 7 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| II.MATERIALES Y MÉTODOS..... | 16 |
| III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS..... | 20 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 22 |
| ANEXOS..... | 27 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|-----------|
| ANEXO A. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN..... | 28 |
| ANEXO B. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 29 |
| ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 31 |

RESUMEN

Objetivo: determinar el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas de hipertensión arterial en pacientes atendidos en el C.S Pueblo Libre – 2022.

Materiales y métodos: enfoque cuantitativo, diseño transeccional. La población estará conformada por los 300 pacientes atendidos en el C.S Pueblo Libre durante el mes de enero 2022 La muestra se conformará con 121 pacientes que acuden al C.S Pueblo Libre durante el mes de enero del 2022. El instrumento será un cuestionario de 18 ítems y 5 dimensiones, válido y confiable. Los valores finales del instrumento son altos 15 a 18 puntos, medio 7 a 14 puntos y bajo 0 a 6 puntos.

Resultados: los resultados del estudio se expresarán a través de tablas y figuras descriptivas de la variable de estudio. Además, se utilizarán medidas de tendencia central para un análisis de datos cuantitativos como la edad. **Conclusiones:** el estudio aportará información valiosa para el establecimiento de salud, permitiendo tomar acciones de mejora en beneficio de los pacientes y ayudando a disminuir la prevalencia de hipertensión arterial.

Palabras clave: prevención, hipertensión, conocimiento (DeCS)

ABSTRAC

Objective: to determine the level of knowledge about preventive measures for arterial hypertension in patients treated at the C.S Pueblo Libre - 2021. **Materials and methods:** quantitative approach, transectional design. The population will be made up of 300 patients treated at the Pueblo Libre CS during the month of January 2022. The sample will consist of 121 patients who attend the Pueblo Libre CS during the month of January 2022. The instrument will be a questionnaire with 18 items and 5 dimensions, valid and reliable. The final values of the instrument are high 15 to 18 points, medium 7 to 14 points and low 0 to 6 points. **Results:** the results of the study will be expressed through tables and descriptive figures of the study variable. In addition, measures of central tendency will be used for an analysis of quantitative data such as age. **Conclusions:** the study will provide valuable information for the health establishment, allowing improvement actions to be taken for the benefit of patients and helping to reduce the prevalence of arterial hypertension.

Keywords: prevention, hypertension, knowledge (MeSH)

I.INTRODUCCION

La presión arterial alta (PA) es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, y la hipertensión representa el principal causante de años de vida ajustados por discapacidad en todo el mundo. El control subóptimo de la PA es el factor de riesgo atribuible más común de enfermedad cerebrovascular, incluido el accidente cerebrovascular hemorrágico (58%), la cardiopatía isquémica (55%) y otras ECV, incluido el corazón (1). Según la OMS, se estima que en el mundo hay 1130 millones de individuos con hipertensión, y la mayoría de ellas reside en países de ingresos bajos y medianos. Apenas un 20% de hipertensos tiene controlado el problema (2).

Las elevaciones de la presión arterial han sido reconocidas como un problema de salud debido a su impacto en la mortalidad de la población mundial. La hipertensión arterial sistémica (HSA) es un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, y es responsable del 62% de los accidentes vasculares cerebrales y del 49% de las enfermedades coronarias y renales, con una contribución significativa a la carga global de enfermedad y años de vida perdido por discapacidad. Tales consecuencias conllevan un aumento de los costos de los sistemas de salud y un impacto socioeconómico relevante (3).

Las estimaciones sugieren que el 31,1% de los adultos (1390 millones) en todo el mundo tenían hipertensión en 2010. La prevalencia de hipertensión entre los adultos fue mayor en los países de ingresos bajos y medianos (31,5%, 1040 millones de personas) que en los países de ingresos altos (28,5%, 349 millones de personas). Las variaciones en los niveles de factores de riesgo para la hipertensión, como la ingesta alta de sodio, la ingesta baja de potasio, la obesidad, el consumo de alcohol, la inactividad física y una dieta poco saludable, pueden explicar parte de la heterogeneidad regional en la prevalencia de la hipertensión (4).

En 2010, el 31,1% de los adultos del mundo tenían hipertensión; 28,5% en países de ingresos altos y 31,5% en países de ingresos bajos y medianos. Se estima que 1,39 mil millones de personas tenían hipertensión en 2010; 349 millones en países de ingresos altos y 1,04 mil millones en países de ingresos

bajos y medianos. De 2000 a 2010, la prevalencia estandarizada por edad de la HTA tuvo una disminución de un 2,6% en los países de altos ingresos, pero incrementó un 7,7% en los países de ingresos bajos y medios (5).

La cantidad de personas de 30 a 79 años con hipertensión se duplicó de 1990 a 2019, de 331 millones de mujeres y 317 millones de hombres en 1990 a 626 millones de mujeres y 652 millones de hombres en 2019, a pesar de una prevalencia global estandarizada por edad estable. En 2019, la prevalencia de hipertensión estandarizada por edad fue el más bajo en Canadá y Perú tanto para hombres como para mujeres; en Taiwán, Corea del Sur, Japón y algunos países en Europa occidental, incluidos Suiza, España y el Reino Unido para las mujeres; y en varios ingresos medios y bajos países como Eritrea, Bangladesh, Etiopía e Islas Salomón para los hombres (6).

La región de América Latina, que incluye América Central, el Caribe y América del Sur es una que se está desarrollando rápidamente. Significados por el crecimiento, la transición y el desarrollo socioeconómico en las últimas décadas, los niveles de vida en países como Brasil y México ha mejorado drásticamente, incluidas mejoras educativas y la atención médica. Un marcador importante de los cambios socioeconómicos ha sido la variación epidemiológica en la carga de morbilidad (7).

Particularmente, en los países de América Latina y el Caribe la prevalencia disminuyó del 40,6% al 26,8% y del 26,8% al 19,4% para hombres y mujeres de 45 a 49 años respectivamente. Sin embargo, en 2015, la HTA representó el 8,9 del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) y se asoció con 4,9 millones, 2,0 millones y 1,5 millones de muertes por cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular hemorrágico y accidente cerebrovascular isquémico respectivamente (8).

En 2019, más de medio millón de muertes en los Estados Unidos tenían la hipertensión como causa principal o contribuyente. Casi la mitad de los adultos en los Estados Unidos (47%, o 116 millones) tienen hipertensión, definida como una presión arterial sistólica superior a 130 mmHg o una presión arterial diastólica superior a 80 mmHg o están tomando medicamentos para la hipertensión. Solo alrededor de 1 de cada 4 adultos (24%) con hipertensión

tienen su condición bajo control. Aproximadamente la mitad de los adultos (45%) con hipertensión no controlada tienen una presión arterial de 140/90 mmHg o más. Esto incluye a 37 millones de adultos estadounidenses (9).

En Brasil, la prevalencia estimada de HTA en 2018 fue del 24,7% en adultos y superior al 60,9% en la población anciana. Frecuentemente asociada a alteraciones metabólicas, alteraciones funcionales o estructurales en órganos diana, y agravada por la presencia de otros factores de riesgo, como dislipidemia, obesidad abdominal, intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus 2 (10).

Se realizó un análisis transversal utilizando datos secundarios (4 años) de la Encuesta de Demografía y Salud del Perú (ENDES), que se realiza anualmente y es representativa a nivel de país. Se incluyeron un total de 109,401 participantes. En Perú, de 2015 a 2018, la prevalencia estandarizada por edad de hipertensión aumentó ($p < 0,001$), mientras que la proporción de personas con conciencia de la enfermedad ($p < 0,001$) e hipertensión controlada disminuyó ($p = 0,01$). Durante ese mismo período, la proporción de personas con tratamiento para la hipertensión no varió con el tiempo ($p = 0,13$). En 2018, la prevalencia estandarizada por edad de la hipertensión fue del 20,6%, y la proporción de personas con conciencia de la enfermedad, tratamiento y control de la hipertensión arterial fue del 43,5%, 20,6% y 5,3%, respectivamente (11).

Mejorar el conocimiento y la conciencia sobre la hipertensión (HTA), su identificación temprana, el tratamiento y el control reducen significativamente la tasa de mortalidad causada por enfermedades cardiovasculares. El reconocimiento de la importancia del nivel de HTA ha sido considerado como una de los principales desafíos en la prevención y el tratamiento. A pesar de mejorar los conocimientos generales y conciencia, algunos estudios indican que la mayoría de los pacientes con HTA no logran controlarlo y tienen un cumplimiento deficiente del tratamiento (12).

Al respecto, un estudio realizado en pacientes que acuden a un establecimiento del primer nivel de atención, sobre los conocimientos de prevención de hipertensión arterial, encontró que el 67% no conoce respecto a ello(13). En otro estudio, se encontró que un 54% no conoce la definición de hipertensión arterial, además, se encontraron porcentajes elevados de prácticas no saludables (14).

Si bien existen factores de riesgo para la HTA que no se pueden modificar, como antecedentes familiares, sexo, edad y raza, existen otros que sí, como el peso, el nivel de actividad física, la ingesta de alcohol, el consumo de tabaco y la dieta. Estos factores son fundamentales en la prevención, manejo y control de la HTA, así mismo el paciente debe informar al personal sanitario sobre las complicaciones y consecuencias derivadas de la HTA, y en quienes padecen la enfermedad, recordarles siempre que es un trastorno crónico y el tratamiento es de por vida(15).

Las lagunas de conocimiento son barreras importantes para la prevención y el tratamiento eficaces de la hipertensión. Ante la escasez de recursos para mejorar la gestión y el control de la hipertensión, existe la necesidad de centrar la atención en las medidas preventivas, que tienen como objetivo el cambio de comportamiento a través de la educación y la creación de conciencia. Varios modelos han propuesto que el conocimiento es importante para los comportamientos de salud y los cambios conductuales sostenidos.

La ciencia se trata de entender el mundo, pero es un proceso más que un conjunto de conocimientos. El conocimiento científico es lo que, aprendido del proceso científico, que implica la experimentación y recopilación de datos. La investigación científica es la recopilación de data para la investigación y explicación de un fenómeno (16).

La prevención de enfermedades es entendida como intervenciones específicas, poblacionales e individuales para la prevención primaria y secundaria (detección precoz), con el objetivo de minimizar la carga de enfermedades y los factores de riesgo asociados. La prevención primaria se refiere a las acciones destinadas a evitar la manifestación de una enfermedad (esto puede incluir acciones para mejorar la salud mediante la modificación del impacto de los determinantes sociales y económicos en la salud (17).

La prevención secundaria se ocupa de la detección temprana cuando esto mejora las posibilidades de resultados positivos para la salud (esto comprende actividades como programas de detección basados en la evidencia para la detección temprana de enfermedades o para la prevención de malformaciones

congénitas; y terapias farmacológicas preventivas de eficacia probada cuando se administran en una etapa temprana (18).

Cabe señalar que, si bien las actividades de prevención primaria pueden implementarse independientemente de la creación de capacidad en otros servicios de atención de la salud, este no es el caso de la prevención secundaria. El cribado y la detección temprana tienen un valor limitado (e incluso pueden ser perjudiciales para el paciente) si las anomalías no pueden corregirse o tratarse rápidamente a través de los servicios de otras partes del sistema de atención médica.

En cuanto a las medidas de prevención, tenemos a la dieta saludable. Para contribuir al control de su presión arterial, deben restringir la cantidad de sodio (sal) que consume e incrementa la cantidad de potasio en la dieta. También es importante consumir alimentos con bajo contenido de grasa, así como muchas frutas, verduras y cereales (19).

Hacer ejercicio con regularidad. El ejercicio puede contribuir al mantenimiento de un peso saludable y la reducción de la PA. Se debe intentar hacer ejercicios aeróbicos de intensidad moderada al menos 150 minutos por semana, o ejercicio aeróbico de intensidad vigorosa durante 75 minutos por semana (20).

Tener un peso saludable. Tener sobrepeso u obesidad incrementa el riesgo de HTA. Mantener un peso saludable puede ayudarlo a controlar la presión arterial alta y reducir el riesgo de otras enfermedades. Limitar el alcohol. Además, demasiado alcohol puede elevar la PA. También agrega calorías adicionales, que pueden causar incremento de peso (21).

No fumar; fumar cigarrillos aumenta la PA e incrementa el riesgo de sufrir un paro cardíaco y un derrame cerebral. Si no fuma, no comience. Manejar el estrés, aprender a relajarse y manejar el estrés puede mejorar su salud física y emocional y reducir la PA. Las técnicas de manejo del estrés incluyen hacer ejercicio, escuchar música (22).

El Modelo de Promoción de la Salud (HPM) de la Dra. Nola Pender se enfoca en ayudar a las personas a lograr un mayor nivel de bienestar y brindar a los profesionales de la salud recursos positivos para ayudar a los pacientes al logro

cambios de conducta. El objetivo del HPM no es solo ayudar a los pacientes a prevenir enfermedades a través de sus creencias y actitudes, sino también buscar los medios por los cuales una persona puede perseguir una mejor salud o ideales (23).

Ramírez (24), en Lima-Perú, en 2018, en su estudio titulado “nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y el autocuidado del adulto mayor hipertenso de la microred Chavín – Ancash”. El enfoque fue cuantitativo, diseño correlacional. La muestra se conformó por 38 pacientes, los instrumentos fueron dos cuestionarios validados. Según resultados obtenidos de los pacientes entrevistados el 26.32% presentan un nivel de conocimiento alto sobre la hipertensión arterial, el 50.00% lo presenta en un nivel medio y el 23.68% lo presenta en un nivel bajo. Así mismo el 26.32% presenta un autocuidado bueno. Hubo relación significativa entre las variables.

Alejos y colaboradores (25), en Perú, en el 2017, en su estudio titulado “Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos” cuyo objetivo fue determinar el nivel de la variable. La metodología fue cuantitativa, diseño transeccional. La muestra se conformó por 200 pacientes, el instrumento fue un cuestionario. Los resultados evidenciaron que el 26% conocía la definición de hipertensión y el 73% no conocía los factores de riesgo.

Huamancayo (26), en Huancayo, en 2020, en su estudio titulado “Conocimiento sobre medidas preventivas de complicaciones cardiovasculares por hipertensión arterial en un programa de un hospital regional de Huancayo” cuyo objetivo fue determinar el nivel de la variable. La metodología fue cuantitativa, diseño transeccional. La muestra se conformó por 181 pacientes, el instrumento fue un cuestionario. Los resultados evidenciaron que, el 69% tuvo conocimientos altos, y un 11% bajo.

Lugo y colaboradores (27), en Venezuela, en el 2017, en su estudio “Factores asociados al nivel de conocimiento sobre hipertensión en pacientes de atención primaria” cuyo objetivo fue determinar los factores asociados. La metodología fue cuantitativa, diseño transeccional. La muestra se conformó por 188 pacientes, el instrumento fue un cuestionario. Los resultados evidenciaron que, el nivel de conocimientos fue medio y se asoció con la edad ($p = 0,01$),

diagnóstico previo de hipertensión ($p = 0,01$) y antecedentes familiares de hipertensión ($p = 0,001$). No se encontró asociación con género, nivel educativo o índice de masa corporal.

Agyei y colaboradores (28), en Ghana, en 2018, en su estudio “Prevalencia y conocimiento de la hipertensión entre las personas que viven en comunidades rurales en Ghana: un estudio de método mixto” cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y nivel de conocimientos. La metodología fue cuantitativa, diseño transeccional. La muestra se conformó por 534 pacientes, el instrumento fue una ficha de recolección de datos. Los resultados mostraron que, el conocimiento sobre algunos factores de riesgo de hipertensión fue extremadamente bajo. Tener educación formal se asoció con mayores probabilidades de conocimiento de la hipertensión (razón de probabilidades ajustada [AOR]; intervalo de confianza [IC] del 95% = 2,28; 1,25–4,16). Varios conceptos erróneos, como el uso de agroquímicos, fertilizantes y exceso de vitaminas fueron identificados como causas de hipertensión.

Paczkowska y colaboradores (29), en Polonia, en el 2021, en su estudio “Impacto del conocimiento del paciente sobre la adherencia y la eficacia del tratamiento de la hipertensión: un estudio de un solo centro en Polonia” cuyo objetivo fue determinar el impacto del nivel de conocimiento. La metodología fue cuantitativa, diseño transeccional. La muestra se conformó por 488 pacientes y los instrumentos fueron cuestionarios. Los resultados evidenciaron que, el 54,7% de los sujetos tenía buen conocimiento sobre hipertensión arterial, el 40,0% tenía conocimiento promedio y el 5,3% tenía conocimiento deficiente. El grado de conocimiento sobre la enfermedad fue significativamente dependiente del nivel de educación y el lugar de recibir atención médica ($p < 0,05$). El buen conocimiento se asoció significativamente con la presión arterial controlada, el número de fármacos antihipertensivos utilizados, la frecuencia de hospitalización, así como con la adherencia a la medicación y los hábitos de vida saludables ($p < 0,05$).

En cuanto a la importancia, la adopción de estrategias y conocimientos de prevención permitirá reducir la incidencia de hipertensión y sus complicaciones subsecuentes en la población general, además, puede interrumpir el costoso

ciclo de la hipertensión y prevenir las reducciones en la calidad de vida asociadas con esta enfermedad crónica.

A nivel práctico, los resultados del estudio permitirán generar evidencia para el establecimiento de salud, pueden plantear intervenciones de mejora, siendo los principales beneficiados los pacientes. A nivel teórico, la investigación utilizará modelos teóricos de enfermería para explicar el comportamiento de la variable de estudio, además, contribuirá a enriquecer el estado del arte sobre el conocimiento de las medidas preventivas sobre la hipertensión arterial. A nivel metodológico, la investigación utilizará los pasos del método científico para responder a la pregunta de investigación planteada, además, utilizará un instrumento válido y confiable.

Finalmente, el objetivo de la investigación es determinar el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas de hipertensión arterial en pacientes atendidos en el C.S Pueblo Libre – 2022.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Enfoque y diseño de investigación

El enfoque a utilizar es cuantitativo, el cual hace uso de la estadística para responder a la pregunta de investigación. El diseño será transversal, porque medirá la variable en un tiempo determinado. Finalmente es descriptivo, porque sólo se buscará la observación del comportamiento de la variable (30).

2.2 Población, muestra y muestreo

La población estará conformada por los pacientes atendidos en el C.S Pueblo Libre, durante el mes de enero del 2022. Según reportes estadísticos del establecimiento de salud, mensualmente son atendidos en el establecimiento de salud 300 adultos mayores de 18 años. Basado en ello, la población estimada para el mes de enero 2022, será 300 pacientes.

Los criterios de inclusión son:

Pacientes que firman el consentimiento informado

Pacientes de 18 a 65 años de edad

Los criterios de exclusión son:

Pacientes hipertensos

Pacientes con déficit cognitivo que impida responder el cuestionario.

Muestra

Si la población es limitada; entonces sabemos el total de la población, y queremos conocer cuánto es lo que tendremos que estudiar. El planteamiento serio:

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

Donde:

- N: Número de madres que conforman la población.
- n: Número de madres que conforman la muestra.
- Z^2 : Nivel de confiabilidad. 1.96
- p : Probabilidad a favor 0.5
- q : Probabilidad en contra 0.5
- e : Error de estimación 0.05

En este estudio, dichas variables de la ecuación tomarán los siguientes valores: Población (N) de 300 sujetos, nivel de confianza del 95% ($Z^2= 1.96$), al no conocer la probabilidad de exposición entre los casos se tomará el valor de $50\%=0.5$, además se considerará un error estimado del $5\%=0.05$ (31).

$$n = \frac{1.96^2 300(0.5)(0.5)}{0.05^2(100-1) + 1.96^2(0.5)(0.5)} = 121$$

El muestreo, a realizar para esta investigación, fue probabilístico, aleatorio, sistemático.

2.3 Variables de investigación

Variable nivel de conocimientos medidas preventivas hipertensión arterial.

Definición conceptual: “El conocimiento es el acto consciente e intencional para aprehender las cualidades del objeto y primariamente es referido al sujeto, el Quién conoce, pero lo es también a la cosa que es su objeto, el Qué se conoce”(32)

Definición operacional: es el acto consciente e intencional de los pacientes atendidos en el C.S Pueblo Libre para aprehender sobre las medidas preventivas de hipertensión arterial, el cual será medido mediante un cuestionario validado.

2.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se empleará durante la recopilación de información fue la encuesta, con la cual se obtuvo una suma considerable y significativa de datos de forma óptima y vigente (33).

El instrumento de recolección de datos fue elaborado por Ruiz, en su tesis titulada “Conocimientos sobre medidas preventivas de hipertensión arterial en pacientes de consultorio de medicina del Centro materno Infantil Cesar López Silva de Villa el Salvador”. Consta de 18 ítems, dividido en 5 dimensiones (control de peso, alimentación, consumo de sal, actividad física, control de sustancias psicotóxicas. Los ítems son tipo cuestionario, cada respuesta correcta tiene una puntuación de 1, mientras que, cada respuesta incorrecta es 0. Los puntajes

finales varían de 0 a 18 puntos. Los rangos son 0- 6 bajo, 7-14 medio y 15 a 18 alto.

Las respuestas correctas a cada pregunta son:

| Preguntas | Respuesta | Preguntas | Respuesta | Preguntas | Respuesta |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1 | C | 7 | C | 13 | B |
| 2 | C | 8 | C | 14 | A |
| 3 | A | 9 | A | 15 | C |
| 4 | E | 10 | D | 16 | C |
| 5 | D | 11 | B | 17 | A |
| 6 | A | 12 | A | 18 | D |

El instrumento fue sometido a prueba piloto, encontrándose un valor de Kuder Richardson de 0,706. Además, fue sometido a juicio 3 expertos, los cuales relevaron altos índices de concordancia en el instrumento (34).

2.5 Plan de recolección de datos

Para la mejora en la labor de campo, se hizo una diligencia, se envió una carta de autorización al Jefe del Centro de Salud, enviado por la universidad María Auxiliadora por encargo de la Directora de la carrera de enfermería de dicha institución, con la aprobación de este documento se pudo acceder a las instalaciones del centro de salud y así llevar a cabo el análisis de estudio correspondiente a dicho trabajo mencionado párrafos anteriores.

2.6 Método de análisis estadístico

En este estudio, se realizará un control de calidad de los datos recolectados antes de iniciar el análisis estadístico. Los datos, una vez verificados, serán codificados e incorporados en una base de datos en Microsoft Excel. Después la matriz será exportada al programa estadístico SPSS para la aplicación estadística descriptiva con la finalidad de obtener las frecuencias totales y relativas, así como también las medidas de tendencia central.

2.7 Aspectos éticos

En la presente investigación se tendrán en cuenta los 4 aspectos bioéticos de la investigación. El principio de autonomía, a través del cual firmarán el consentimiento informado. El principio de beneficencia, buscando el máximo beneficio a los participantes del estudio. El principio de no maleficencia, el estudio no provocará ningún tipo de daño. El principio de justicia, se tratará a todos los participantes por igual (35).

III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1. Cronograma de actividades

| ACTIVIDADES | 2021-2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|
| | setiembre | | | | octubre | | | | noviembre | | | | diciembre | | | | enero | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Identificación del Problema | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Búsqueda bibliográfica | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de la sección Situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de la sección Importancia y justificación de la investigación | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de la sección Objetivos de la de la investigación | | | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de la sección Enfoque y diseño de investigación | | | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | |
| Elaboración de la sección Población, muestra y muestreo | | | | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | |
| Elaboración de la sección Técnicas e instrumentos de recolección de datos | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | |
| Elaboración de la sección: Aspectos bioéticos | | | | | | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | |
| Elaboración de la sección Métodos de análisis de información | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | | | | | |
| Elaboración de aspectos administrativos del estudio | | | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de los anexos | | | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | | |
| Aprobación del proyecto | | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | |
| Trabajo de campo | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | |
| Redacción del informe final: Versión 1 | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | | | |

3.2. Recursos financieros

| MATERIALES | 2021 | | | | TOTAL |
|-------------------------------|---------------|---------|---------------|---------------|-------|
| | SETIEMBR E | OCTUBRE | NOVIEMB RE | DICIEMBR E | S/. |
| Equipos | | | | | |
| 1 pc | 1000 | | | | 1000 |
| USB | 30 | | | | 30 |
| Útiles de escritorio | | | | | |
| Lápices | 3 | | | | 3 |
| Hojas | | 10 | | | 10 |
| Material Bibliográfico | | | | | |
| Libros | 60 | 60 | | | 120 |
| Fotocopias | 30 | 30 | | 10 | 70 |
| Impresiones | 50 | 10 | | 30 | 90 |
| Espiralado | 7 | 10 | | 10 | 27 |
| Otros | | | | | |
| Movilidad | 50 | 20 | 20 | 20 | 110 |
| Alimentos | 50 | 10 | | | 60 |
| Llamadas | 50 | 20 | 10 | | 80 |
| Recursos Humanos | | | | | |
| Digitadora | 100 | | | | 100 |
| Imprevistos* | | 100 | | 100 | 200 |
| TOTAL | 1430 | 270 | 30 | 170 | 1800 |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carey RM, Muntner P, Bosworth HB, Whelton PK. Reprint of: Prevention and Control of Hypertension: JACC Health Promotion Series. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2018;72(23):2996-3011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481176/pdf/nihms-1520567.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2021 [citado 11 de noviembre de 2021]. p. 1-4. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Lavôr LCDC, De Sousa RR, Rodrigues LARL, Filho ODSR, Paiva ADA, Frota KDMG. Prevalence of arterial hypertension and associated factors: A population-based study. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2020;66(5):630-6. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/ykWv6yx3rDRTsZwM6wV8dmh/?format=pdf&lang=en>
4. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2020;16(4):223-37. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41581-019-0244-2>
5. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. HHS Public Access. *Circulation* [Internet]. 2017;134(6):441-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979614/pdf/nihms-798567.pdf>
6. NCD Risk Collaboration. Articles Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* [Internet]. 2021;398:957-80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673621013301>
7. Ruilope LM, Chagas ACP, Brandão AA, Gómez-Berroterán R, Alcalá JJA, Paris J V., et al. Hypertension in Latin America: Current perspectives on trends and characteristics. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2017;34(1):50-6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/311860050_Hypertension_in_Latin_America_Current_perspectives_on_trends_and_characteristics/link/59

dcf7750f7e9b11b6234c1e/download

8. Barrera L. High blood pressure prevention and control: From evidence to action. *Colomb Med* [Internet]. 2018;49(2):137-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6084923/pdf/1657-9534-cm-49-02-00137.pdf>
9. Centers for Disease Control and Prevention. Facts About Hypertension [Internet]. 2017 [citado 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/bloodpressure/facts.htm>
10. Alves Filho A de AO, Oliveira Lopes R, Araújo Cunha R de C, Almeida Costa JJO, Bessa LR, Ana de Lima RLS, et al. Prevalence of hypertension, arterial stiffness and risk factor association. *J Cardiol Curr Res* [Internet]. 2020;13(6):167-74. Disponible en: <https://medcraveonline.com/JCCR/JCCR-13-00497.pdf>
11. Villarreal-Zegarra D, Carrillo-Larco RM, Bernabe-Ortiz A. Short-term trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of arterial hypertension in Peru. *J Hum Hypertens* [Internet]. 2021;35(5):462-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41371-020-0361-1>
12. Verulava AT, Mikiashvili G. Knowledge , Awareness , Attitude and Medication Compliance in Patients with Hypertension. *Arter Hypertens* [Internet]. 2021;25(3):119-26. Disponible en: https://journals.viamedica.pl/arterial_hypertension/article/view/AH.a2021.0021/64337
13. Durand J. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Conocimientos sobre las medidas de prevención de la hipertensión arterial , en los pacientes del Centro de Para optar el Título de Especialista en Enfermería Cardiológica [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/8095/Monteza_rd - Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Apaza R. Conocimientos y prácticas de sobre la prevención de hipertensión arterial en usuarios del centro de salud San Ana Quillabamba, Cusco 2014 [Internet]. Universidad Andina del Cusco; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2216%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>. 2009 abr-jun; 13(2).

15. Magrini W, Martini G. Hipertensión arterial : principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Glob* [Internet]. 2012;26(1):344-53. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/revision5.pdf>
16. Carbonelli M, Cruz J, Irrazabal G. Introducción al conocimiento científico y a la metodología de la investigación. Vol. 15. Argentina: Universidad Nacional Arturo Jauretche; 2014.
17. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoam* [Internet]. 2011;33(1):11-4. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
18. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peru* [Internet]. 2011;28(4):237-41. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/966/96621053011.pdf>
19. Lozano JA. Hipertensión arterial . Prevención y tratamiento. *Ambito Farm* [Internet]. 2001; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13782>
20. MINISTERIO DE SALUD. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Vol. 5, Minsa. 2011. p. 1-8. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2826.pdf><https://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/298><http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf><http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.005><http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12>
21. Valero R, García Soriano A. Consejos Hipertensión Arterial. *Enfermería Glob* [Internet]. 2009;15(1695-6141):1-14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100012http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/administracion3.pdf>
22. Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, et al. Improved Blood Pressure Control to Reduce Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: The Standardized Hypertension Treatment and

- Prevention Project. *J Clin Hypertens* [Internet]. 2016;18(12):1284-94. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/1/es>
23. Aristizábal Hoyos G patricia, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. The model of health promotion proposed by Nola Pender. A reflection on your understanding. *Enferm. univ* [revista en Internet] 2011 [acceso 8 de febrero de 2021]; 8(4): 16-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
 24. Ramírez O. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y el autocuidado del adulto mayor hipertenso de la microred Chavín-Ancash, 2018 [Internet]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018. Disponible en:
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3916/TESIS_RAMIREZ_OWENS.pdf?sequence=6&isAllowed=y
 25. Alejos M, Maco J. Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1007/Nivel_AlejosGarcia_Mireylle.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 26. Huamancayo L. Conocimiento sobre medidas preventivas de complicaciones cardiovasculares por hipertensión arterial en un programa de un hospital regional de Huancayo [Internet]. Universidad Peruana Los Andes; 2019. Disponible en:
https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1323/HUAMANCAYO_LIZARRAGA_JESSICA_PILAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 27. Lugo-Mata ÁR, Urich-Landeta AS, Andrades-Pérez AL, León-Dugarte MJ, Marcano-Acevedo LA, Jofreed López Guillen MH. Factors associated with the level of knowledge about hypertension in primary care patients. *Med Univ* [Internet]. 2017;19(77):184-8. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-pdf-S1665579618300012>
 28. Agyei-Baffour P, Tetteh G, Quansah DY, Boateng D. Prevalence and knowledge of hypertension among people living in rural communities in Ghana: a mixed method study. *Afr Health Sci* [Internet]. 2018;18(4):931-41. Disponible en:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6354880/pdf/AFHS1804-0931.pdf>
29. Paczkowska A, Hoffmann K, Kus K, Kopciuch D, Zaprutko T, Ratajczak P, et al. Impact of patient knowledge on hypertension treatment adherence and efficacy: A single-centre study in Poland. *Int J Med Sci* [Internet]. 2021;18(3):852-60. Disponible en: <https://www.medsci.org/v18p0852.pdf>
 30. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la Investigación*. 6ª ed. México D. F.: McGraw-Hill; 2014. 1-600 p.
 31. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Redalyc* [revista en internet] 2005 [acceso 20 de marzo de 2020]; 11(2): 333-338. *Salud en Tabasco*. 2005;2-7.
 32. Ramirez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *An Fac med* [Internet]. 2009;70(3):217-24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011
 33. Olivera M, Pérez V, Piñon A, Naranjo C, Mejía J RE. Grado de conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas primigestas. *Repert Med Cir* [revista en internet] 2018 [acceso 25 de diciembre de 2021]; 27(1): 13-17 [Internet]. Disponible en: <https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2018-07/Grado-conocimiento-lactancia-materna.pdf>
 34. Ruiz Ríos G. *Conocimientos sobre medidas preventivas de hipertensión arterial en pacientes de consultorio de medicina del Centro Materno Infantil Cesar López Silva de Villa el Salvador*. Lima-Perú 2015 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5966/Ruiz_rg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 35. Koepsell D, Ruiz M. *Ética de la investigación - Integridad Científica*. México: Comisión Nacional de Bioética; 2015. Disponible en: <http://www.cooperacionib.org/libro-etica-de-la-Investigacion-gratuito.pdf>

ANEXOS

Anexo A: Matriz de operacionalización

| Variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Criterios para asignar valor | Valor final |
|--|---|---|--|------------------------------------|--|------------------------------|-------------|
| Nivel de conocimientos sobre medidas preventivas hipertensión arterial | Según su naturaleza: cualitativa Según tipo: ordinal | "El conocimiento es el acto consciente e intencional para aprehender las cualidades del objeto y primariamente es referido al sujeto, el Quién conoce, pero lo es también a la cosa que es su objeto, el Qué se conoce"(32) | es el acto consciente e intencional de los pacientes atendidos en el C.S Pueblo Libre para aprehender sobre las medidas preventivas de hipertensión arterial, el cual será medido mediante un cuestionario validado. | Control de peso | Frecuencia Valores disminución | 0-6 puntos | Alto |
| | | | | Alimentación | Medidas Tipo alimentos Alimentos grasa | 7 a 14 puntos | Medio |
| | | | | Consumo de sal | Tipo producto frecuencia | 15 a 18 puntos | Bajo |
| | | | | Actividad física | Frecuencia Tipo Tiempo Riesgos | | |
| | | | | Control de sustancias psicotóxicas | Frecuencia Tipo sustancias Cantidad | | |

Presentación

Buenos días, soy estudiante de la segunda especialidad de la Universidad María Auxiliadora, actualmente estoy desarrollando un trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimientos sobre medidas preventivas de Hipertensión arterial en pacientes atendidos en el C.S Pueblo Libre, 2022”, motivo por el cual requerimos su apoyo para responder el siguiente cuestionario.

Datos generales:

Edad:

Sexo:

Cuestionario:

| |
|---|
| <p>1. La frecuencia con la que una persona adulta aparentemente debe controlar su peso es.</p> <p>a) Quincenalmente b) Semanalmente c) Mensualmente d) Anualmente e) No sabe 74</p> |
| <p>2. El mantener un peso corporal dentro de los valores normales previene la enfermedad como.</p> <p>a) gastritis b) tuberculosis c) hipertensión arterial d) neumonía e) No sabe</p> |
| <p>3. La disminución de exceso de peso en personas con hipertensión arterial aporta beneficios en.</p> <p>a) Reducción de la presión arterial b) Reducción del estado de ánimo c) Reducción de sueño d) Reducir estado de stress e) No sabe</p> |
| <p>4. ¿cuáles son los posibles riesgos a los que se expone una persona con exceso de peso?</p> <p>a) Aumento de la presión arterial b) Aumento de azúcar en sangre c) Aumento de grasa en sangre d) Ataque al corazón infarto e) No sabe</p> |
| <p>5. ¿cuáles son las medidas que previenen la hipertensión arterial?</p> <p>a) Alimentación saludable b) Realizar Actividad física c) Reducción de consumo de sal d) todos e) no sabe</p> |
| <p>6. ¿Cuáles son los alimentos que favorecen mantener una presión arterial normal?</p> <p>a) Frutas y verduras b) enlatados y conservas c) carnes y embutidos d) no sabe</p> |
| <p>7. señale que alimentos contiene grasa dañina para el organismo que conlleva a la hipertensión arterial.</p> <p>a) Aceite de oliva, aceite de girasol b) Aceite de maíz, grasa de carne c) crema de leche, mantequilla d) No sabe</p> |

| |
|--|
| <p>8. Marque el producto que eleva directamente la presión arterial en exceso de consumo. a) La gaseosa b) El azúcar c) La sal d) La gelatina e) No sabe</p> |
| <p>9. ¿Qué cantidad de sal está permitido consumir diariamente sin afectar la presión arterial, a una medida que equivale a? a) Una cucharadita de postre b) Dos cucharaditas de postre c) Una cuchara de sopa d) Dos cucharas de sopa e) No sabe</p> |
| <p>10. ¿con que frecuencia se debe realizar ejercicios físicos para prevenir la hipertensión arterial? a) 1 vez por semana b) 2 veces por semana c) 3 veces por semana d) 5 veces por semana e) No sabe</p> |
| <p>11. El tiempo recomendable de realizar ejercicio físico para prevenir la hipertensión arterial. a) 20 minutos b) 30 minutos c) 40 minutos d) 50 minutos e) No sabe</p> |
| <p>12. ¿Qué tipos de ejercicios ayuda a prevenir la hipertensión arterial? a) Aeróbicos, correr b) natación, yoga c) caminar dormir d) no sabe</p> |
| <p>13. ¿Qué riesgo cree usted que ocasiona la falta de ejercicio físico? a) Disminución de azúcar en sangre b) Aumento de la presión arterial c) Disminución de peso d) No sabe.</p> |
| <p>14. Señale los hábitos nocivos que pueden ocasionar hipertensión arterial. a) Fumar cigarro, Consumir alcohol b) Tomar medicamentos sin receta c) Comer a deshoras d) No sabe</p> |
| <p>15. Una porción habitual corresponde a 350 ml de cerveza, 120 ml de vino, o 45 ml de wiski, ¿Cuánto es la porción habitual permitido de consumo de bebidas alcohólicas sin afectar la presión arterial? a) Una porción habitual b) Dos porciones habitual c) Tres porciones habitual d) No sabe</p> |
| <p>16. Las bebidas alcohólicas causa hipertensión arterial por. a) Beber moderadamente b) Beber esporádicamente c) Beber en exceso d) No sabe</p> |
| <p>17. El consumo de alcohol, cigarro aumenta el riesgo de padecer la enfermedad de la hipertensión arterial debido a. a) Produce daño en el organismo b) Puede producir daño en el organismo c) No produce daño en el organismo d) No sabe</p> |
| <p>18. Cuáles son los riesgos de salud que está expuesto una persona que consume cigarro. a) Cáncer a los pulmones b) Hipertensión arterial c) Ataque cardiaco infarto d) Todos e) No sabe</p> |

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL C.S. PUEBLO LIBRE – 2022

Nombre del investigador principal: LIC. BUSTINZA TICONA, MARY

Propósito del estudio: DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL C.S. PUEBLO LIBRE – 2022

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a, coordinador de equipo teléfono móvil N° o al correo electrónico:

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Presidente del Comité de Ética de la Universidad María Auxiliador

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

| Nombres y apellidos del participante o apoderado | Firma o huella digital |
|--|------------------------|
| | |
| N° de DNI: | |
| N° de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp | |
| | |
| Correo electrónico | |

| | |
|---|------------------------|
| Nombre y apellidos del investigador | Firma |
| | |
| Nº de DNI | |
| | |
| Nº teléfono móvil | |
| | |
| Nombre y apellidos del responsable de encuestador | Firma |
| | |
| Nº de DNI | |
| | |
| Nº teléfono | |
| | |
| Datos del testigo para los casos de participantes iletrados | Firma o huella digital |
| Nombre y apellido: | |
| DNI: | |
| Teléfono: | |

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado**