



**SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
UNIDAD ACADÉMICA DE PUERTO RICO
CARRERA DE ENFERMERÍA**



MONOGRAFIA S.S.S.R.O.

**FACTORES ASOCIADOS EN CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA COMUNIDAD DE SANTA
LUCIA DEL MUNICIPIO BELLA FLOR DE ENERO A MARZO
GESTION 2025**

DOCENTE DE MODALIDAD: LIC: ANA MARLENE GUARACHI VELASQUEZ

TUTORA: LIC: CATERIN OLIVIA GUARACHI VELASQUEZ

AUTOR: INT. ENF: JOSE LUIS MAMANI CHOQUE

Cobija – Pando – Bolivia

Gestión 2025

**SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
UNIDAD ACADÉMICA DE PUERTO RICO
CARRERA DE ENFERMERÍA**



MONOGRAFIA S.S.S.R.O.

**FACTORES ASOCIADOS EN CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA COMUNIDAD DE SANTA
LUCIA DEL MUNICIPIO BELLA FLOR DE ENERO A MARZO
GESTION 2025**

**DOCENTE DE MODALIDAD: LIC: ANA MARLENE GUARACHI
VELASQUEZ**

TUTORA: LIC: CATERIN OLIVIA GUARACHI VELASQUEZ

AUTOR: INT. ENF: JOSE LUIS MAMANI CHOQUE

Cobija – Pando – Bolivia

Gestión 2025

DEDICATORIA

Dedico esta monografía con una profunda gratitud a mi familia Por su amor incondicional, tanto valor y su apoyo constante, por ser mi Mayor fuente de motivación en cada paso de este camino académico.

AGRADECIMIENTOS

A mis docentes, quienes con su dedicación, conocimientos y orientación me guiaron durante todo el proceso de formación. Gracias por sus enseñanzas y por fomentar en mí el espíritu crítico y el amor por el aprendizaje.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I:.....	2
1. PROBLEMA INVESTIGADO	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.1.1. Descripción de la situación del problema	3
1.1.2. Formulación del problema	4
1.2. Delimitación de la investigación.	4
1.2.1. Delimitación temática	5
1.2.2. Delimitación Temporal	5
1.2.3. Delimitación Espacial	6
1.3. Objeto del Estudio	6
1.4. Objetivos.....	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
1.5. Justificación del Tema.....	7
1.5.1. Justificación teórica.....	8
1.5.2. Justificación social	9
1.5.3. Justificación práctica	10
CAPITULO II.....	12
2. MARCO TEORICO REFERENCIAL.....	12
2.1. Marco conceptual.....	12
2.1.1. Diferencia y tipo de hipertension	12
2.1.2. Causas y factores de riesgo.....	13
2.1.3. Abordaje médico y control clínico.	13
2.1.4. Concepto de calidad de vida según la OMS.....	14
2.1.6. Comorbilidades frecuentes (diabetes, obesidad, enfermedad renal).	15
2.1.7. Adherencia al tratamiento y control de la presión arterial.....	15
2.1.8. Rol del autocuidado y seguimiento médico.....	16
2.1.9. Influencia de la edad, sexo y nivel educativo.....	16
2.1.10. Situación económica y condiciones de vivienda	17
2.1.11. Acceso a servicios de salud.	17
2.2. Marco teórico.....	18

2.2.1. Calidad de vida.....	20
2.2.2. Importancia del riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial:.....	20
2.2.3. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con HTA	21
2.2.4. Tabaquismo.	21
2.2.5. Diabetes mellitus.	22
2.2.6. Inactividad física.....	22
Beneficios de la actividad física en la presión arterial	22
2.2.7. Obesidad	23
2.2.7. Genética	24
CAPITULO III	26
MARCO METODOLÓGICO	26
3.1. Operacionalización de las variables.....	26
Tabla de Operacionalización de variables.....	26
3.2 Enfoque metodológico.....	29
3.4 Tipo de investigación	29
3.4.1 Tipo descriptivo y exploratorio	29
3.4 Método de investigación.....	30
3.4.1 Método teórico deductivo.....	30
3.5 Población y muestra	30
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
3.6.1 Análisis de datos.....	31
CAPITULO IV:	32
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	32
CAPITULO V:	48
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
5.1 Conclusiones.....	48
Resultado de objetivo específico 1.....	49
Resultado de objetivo específico 2.....	49
Resultado de objetivo específico 3.....	50
5.2 Recomendaciones	50
REFERENCIAS	51

ANEXOS	59
ANEXO 1 Guía de entrevista	59
ANEXO 2 tabla comparativa de los entrevistados sobre hipertensión arterial	63
ANEXO 3 Croquis y ubicación de centro de salud santa lucia.....	66

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: Variable de entrevistados por edad.....	32
Tabla 2: Variable de entrevistados por genero.....	33
Tabla 3: Variable según nivel educativo.....	34
Tabla 4: Variable de entrevistados según ocupación actual.....	35
Tabla 5: Variable según ingreso económico	36
Tabla 6: Variable según el tiempo de diagnóstico.....	37
Tabla 7: Variable sobre tratamiento indicado.....	38
Tabla 8: Variable sobre adherencia al tratamiento.....	39
Tabla 9: Variable sobre comorbilidades.....	40
Tabla 10: Variable sobre preocupación y ansiedad.....	41
Tabla 11: Variable estrés principal que presentan.....	42
Tabla 12: Variable sobre influencia reconocida en presión arterial.....	43
Tabla 13: Variable sobre situación económica.....	44
Tabla 14: Variable de entrevistados que afirman acceso a servicio de salud.....	45
Tabla 15: Variable de entrevistados que afirman apoyo social.....	46
Tabla 16: Variable de entrevistados que afirman prácticas de autocuidado.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Edad de los entrevistado.	32
Figura 2: Genero.....	33
Figura 3: Nivel de aduacion.....	34
Figura 4: Ocupacion actual.....	35
Figura 5: Ingresos economicos	36
Figura 6: Tiempo de diagnostico.....	37
Figura 7: Tratamiento indicado	38
Figura 8: Adherencia al medicamento.....	39
Figura 9: Conmorbididades	40
Figura 10: Preusupacion y ansiedad.....	41
Figura 11: Estrés principal.....	42
Figura 12: Influencia reconocida en precion arterial.....	43
Figura 13: Situacion economica	44
Figura 14: Axeso a servicio de salud.....	45
Figura 15: Apoyo social	46
Figura 16: Practicas de auto cuidado	47

RESUMEN

El concepto de calidad de vida describe el impacto de la enfermedad y del tratamiento, más allá de las consecuencias biológicas de ambas. Se incluyen todos aquellos aspectos del funcionamiento de una persona, sobre los que se supone que pueden influir la enfermedad o su tratamiento. Es de gran importancia para la población determinar factores asociados a la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial para así, minimizar las secuelas relacionadas con diferentes factores asociados y los cambios en el estilo de vida que desfavorecen el control de la enfermedad.

Objetivo: Determinar por medio de la evidencia científica la relación entre los factores predominantes y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. **Metodología:** Revisión de literatura: La revisión bibliográfica se ha definido como "la operación documental de recuperar un conjunto de documentos o referencias bibliográficas que se publican en el mundo sobre un tema, un autor, una publicación o un trabajo específico. Es una actividad de carácter retrospectivo que nos aporta información acotada a un periodo determinado de tiempo. **Resultados:** se evidencia dentro de los factores predominantes, edad mayor de 60 años y sexo femenino y predomina, el nivel alto de calidad de vida. **Conclusiones:** Respecto a la literatura científica encontrada se logró evidenciar que, de los estudios de tipo cuantitativos seleccionados, la metodología más utilizada fue de tipo descriptivo y de corte transversal. Y con relación a los instrumentos aplicados durante las investigaciones, se logró evidenciar que, el cuestionario de calidad de vida

Es una actividad de carácter retrospectivo que nos aporta información acotada a un periodo determinado de tiempo. **Resultados:** se evidencia dentro de los factores predominantes, edad mayor de 60 años y sexo femenino y predomina, el nivel alto de calidad de vida

Conclusiones: Respecto a la literatura científica encontrada se logró evidenciar que, de los estudios de tipo cuantitativos seleccionados, la metodología más utilizada fue de tipo descriptivo y de corte transversal. Y con relación a los instrumentos aplicados durante las investigaciones, se logró evidenciar, promoviendo la educación en salud, fomentando hábitos saludables y garantizando el acceso a servicios médicos para reducir la hipertensión arterial en la población. En base a prevención y tratamiento integral.

Palabra clave: factores asociados en calidad de vida en pacientes con HA.

ABSTRACT

The concept of quality of life describes the impact of disease and treatment, beyond the biological consequences of both. It includes all those aspects of a person's functioning, which are supposed to be influenced by the disease or its treatment. It is of great importance for the population to determine the factors associated with the quality of life of patients with arterial hypertension in order to minimize the sequelae related to different associated factors and changes in lifestyle that disfavor the control of the disease.

Objective: To determine, through scientific evidence, the relationship between the predominant factors and quality of life in patients with arterial hypertension. Methodology: Literature review: Literature review has been defined as "the documentary operation of retrieving a set of documents or bibliographic references that are published in the world on a specific topic, author, publication or work. It is a retrospective activity that provides us with information limited to a certain period of time. Results: Among the predominant factors, age over 60 years and female sex predominate, as well as a high level of quality of life. Conclusions: Regarding the scientific literature found, it was evident that, of the quantitative studies selected, the most used methodology was descriptive and cross-sectional. And in relation to the instruments applied during the research, it was possible to show that the quality offline questionnaire

It is a retrospective activity that provides us with information limited to a certain period of time. Results: Among the predominant factors, age over 60 years and female sex, the predominant factor is evidenced in a high level of quality of life

Conclusions: Regarding the scientific literature found, it was evident that, of the quantitative studies selected, the most used methodology was descriptive and cross-sectional. And in relation to the instruments applied during the research, it was possible to demonstrate through the promotion of health education, the promotion of healthy habits and the guarantee of access to medical services to reduce arterial hypertension in the population. Based on prevention and comprehensive treatment.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida y la presencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial son temas que se resaltan en la presente monografía. Es por ello por lo que en el presente estudio se hace énfasis en detectar la relación entre los factores predominantes de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial y su nivel de calidad de vida. Se debe resaltar que “calidad de vida” no es lo mismo que estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la misma, estado mental o bienestar, sino que es un concepto multidimensional que incluye la percepción que tiene el individuo sobre éstos y otros aspectos de su vida. El concepto de calidad de vida (CV), empieza a aparecer en la literatura coincidiendo con el resurgimiento económico del presente siglo. En el vocabulario americano surge el término calidad de vida, tras la Segunda Guerra Mundial. El concepto de calidad de vida, dentro del campo médico, ha sufrido igualmente un gran avance en los últimos años y supone que actualmente se dispone de un instrumento más, para apoyar o no un determinado tratamiento. En definitiva, dentro del concepto de CV, se pretende englobar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, más allá de las consecuencias biológicas de ambas. Todos aquellos aspectos del funcionamiento de una persona, sobre los que se supone que pueden influir la enfermedad o su tratamiento, han sido englobado en su concepto de CV. Este autor, establece un concepto de calidad de vida, valorando aquellos aspectos del funcionamiento del individuo, sobre los que puede repercutir la enfermedad o el tratamiento.

CAPITULO I:

PROBLEMA INVESTIGADO

1.1. Planteamiento del problema

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible de alta prevalencia en América Latina, considerada un problema prioritario de salud pública debido a su relación directa con enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y deterioro de la calidad de vida (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). En comunidades rurales y de difícil acceso, como Santa Lucía del municipio Bella Flor, estas condiciones se ven agravadas por factores estructurales, entre ellos el bajo acceso a servicios de salud, la limitada cobertura de medicamentos, y una escasa educación sanitaria. La literatura científica evidencia que la calidad de vida en pacientes con hipertensión está profundamente influida por variables clínicas, pero también por determinantes sociales, económicos y psicológicos (Silva et al., 2021).

Estudios recientes resaltan que no basta con controlar las cifras tensionales mediante tratamiento farmacológico, sino que es fundamental atender aspectos como el estrés, el entorno familiar, el nivel socioeconómico, la adherencia terapéutica y el estilo de vida (Almeida & Santos, 2022). Sin embargo, en poblaciones rurales como Santa Lucía, existe una limitada disponibilidad de información sistematizada que permita comprender cómo estos factores se articulan en la vida cotidiana de los pacientes hipertensos. Esto genera una brecha en el diseño de intervenciones integrales, ya que las políticas públicas tienden a basarse en datos generales que no reflejan las realidades locales (González, 2020).

Ante este escenario, resulta necesario desarrollar una investigación que analice los factores que inciden en la calidad de vida de las personas con hipertensión arterial desde un enfoque mixto, que combine herramientas cuantitativas para medir variables objetivas, y cualitativas para profundizar en las percepciones y vivencias de los pacientes. Comprender estas dimensiones clínicas, sociodemográficas, psicológicas y del entorno social permitirá generar evidencia contextualizada para fortalecer la atención primaria en salud, promover estrategias de autocuidado y contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad de Santa Lucía.

1.1.1. Descripción de la situación del problema

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas más frecuentes y silenciosas, y representa uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal. En Bolivia, y particularmente en zonas rurales como la comunidad de Santa Lucía, del municipio Bella Flor, esta condición afecta significativamente a personas adultas, con mayor prevalencia en adultos mayores y poblaciones con escasos recursos económicos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). Sin embargo, más allá de su diagnóstico clínico, se ha identificado que la hipertensión impacta de forma integral en la calidad de vida de los pacientes, afectando su salud física, emocional y social (Melo et al., 2021).

A pesar de la disponibilidad de tratamientos antihipertensivos en los servicios de salud, muchos pacientes enfrentan dificultades para controlar la enfermedad debido a factores como la baja adherencia al tratamiento, la escasa información sobre la condición, las barreras geográficas y económicas, y la falta de apoyo familiar o comunitario (Almeida & Santos, 2022). Estos elementos forman parte de un conjunto de determinantes que inciden directamente en la calidad de vida de las personas con hipertensión, especialmente en comunidades alejadas donde el acceso a atención continua y especializada es limitado. Además, factores psicológicos como la ansiedad, el estrés crónico y la percepción negativa del estado de salud agravan el manejo de la enfermedad (Silva et al., 2021).

En este contexto, se observa la necesidad de comprender la situación de los pacientes hipertensos desde una perspectiva integral y contextualizada, que permita analizar no solo las variables clínicas, sino también las condiciones sociales, psicológicas y económicas que influyen en su bienestar. La falta de estudios específicos en la comunidad de Santa Lucía impide contar con datos precisos que orienten políticas de salud adaptadas a las características locales. Por ello, es pertinente desarrollar investigaciones con enfoque mixto, que combinen datos cuantitativos y cualitativos, para identificar los factores que inciden en la calidad de vida y proponer intervenciones efectivas y culturalmente adecuadas (González, 2020; Melo et al., 2021).

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados en calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Santa Lucía del municipio Bella Flor de enero a marzo gestión 2025?

1.2. Delimitación de la investigación.

La presente investigación se delimita territorialmente a la comunidad de Santa Lucía, ubicada en el municipio de Bella Flor, durante la gestión 2025. Este contexto geográfico es significativo debido a sus características sociodemográficas particulares, como el acceso limitado a servicios de salud y una prevalencia creciente de enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial. La selección de esta comunidad permite focalizar el análisis en un entorno específico donde los determinantes sociales y el contexto de vulnerabilidad pueden influir directamente en la calidad de vida de los pacientes hipertensos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

En cuanto al enfoque metodológico, la investigación adoptará un diseño mixto, que combinará métodos cualitativos y cuantitativos. Esta elección responde a la necesidad de captar tanto los aspectos medibles de las condiciones clínicas y sociodemográficas como las percepciones subjetivas de los pacientes respecto a su bienestar psicológico y entorno social. Esta integración metodológica es fundamental para una comprensión holística de la calidad de vida, considerando que, como señalan Silva et al. (2022), los enfoques mixtos permiten vincular datos objetivos con narrativas personales que enriquecen el análisis de la salud pública.

Temáticamente, la investigación se centrará en cuatro dimensiones clave: clínica, sociodemográfica, psicológica y del entorno social. Se incluirán variables como comorbilidades, edad, nivel educativo, percepción del estrés, redes de apoyo y condiciones habitacionales, todas reconocidas por su influencia en la calidad de vida de personas con hipertensión (López & Márquez, 2021). Esta delimitación temática permite establecer parámetros claros de análisis, facilitando la elaboración de estrategias contextualizadas para la mejora de la atención integral de estos pacientes.

1.2.1. Delimitación temática

La delimitación temática de esta investigación se centra en el análisis de los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial, abordando específicamente cuatro dimensiones clave: clínica, sociodemográfica, psicológica y del entorno social. Esta delimitación permite estudiar el fenómeno desde una perspectiva integral, reconociendo que la hipertensión no solo es una condición médica, sino también una problemática influenciada por determinantes sociales y psicoemocionales (Silva et al., 2021). Así, se excluyen otras enfermedades crónicas o agudas no relacionadas directamente con la hipertensión, concentrando el análisis en aquellos elementos que afectan el bienestar general del paciente hipertenso. Este enfoque temático responde a la necesidad de comprender la calidad de vida como un constructo multidimensional y subjetivo, influido por múltiples factores interrelacionados (Melo et al., 2021; WHO, 2023), lo cual justifica el uso de un enfoque mixto que combine evidencia cuantitativa y cualitativa para captar tanto indicadores objetivos como percepciones personales.

.1.2.2. Delimitación Temporal

La delimitación temporal de esta investigación abarca desde el mes de febrero a abril de la gestión 2025, periodo en el cual se realizó la recolección, análisis e interpretación de los datos relacionados con los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Santa Lucía, municipio Bella Flor. Esta delimitación responde a la necesidad de generar evidencia actualizada y pertinente que permita comprender la situación de salud de esta población en un contexto postpandemia, marcado por transformaciones en el acceso a servicios sanitarios y en los determinantes sociales de la salud (OPS, 2023). Además, concentrar el estudio en un periodo específico garantiza la precisión metodológica y la validez contextual de los resultados, permitiendo una mejor interpretación de los factores clínicos, psicológicos y sociales presentes en ese momento histórico particular (Melo et al., 2021). La temporalidad definida también facilita la comparación con estudios previos o futuros, fortaleciendo la continuidad de la investigación en salud pública en comunidades rurales (Silva et al., 2021).

1.2.3. Delimitación Espacial

La delimitación espacial de esta investigación se circunscribe a la comunidad de Santa Lucía, perteneciente al municipio Bella Flor, una zona rural caracterizada por condiciones de acceso limitado a servicios de salud, escasa infraestructura sanitaria y altos índices de pobreza multidimensional. Esta ubicación es relevante desde el punto de vista investigativo, ya que permite explorar cómo los determinantes sociales y geográficos influyen en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial en contextos vulnerables y poco documentados (González, 2020). Elegir esta comunidad como escenario del estudio responde a la necesidad de generar evidencia empírica localizada, considerando que la mayoría de investigaciones sobre hipertensión se desarrollan en entornos urbanos, dejando de lado las realidades específicas de las zonas rurales (Almeida & Santos, 2022). Además, el entorno físico, la distancia a centros de atención médica, y las redes sociales comunitarias propias del territorio pueden influir significativamente en el manejo de la enfermedad y en la percepción de bienestar de los pacientes (OPS, 2023).

1.3. Objeto del Estudio

El objeto de estudio de esta investigación está constituido por los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial, abordados desde un enfoque integral que considera no solo los aspectos clínicos de la enfermedad, sino también las dimensiones sociodemográficas, psicológicas y del entorno social que condicionan el bienestar de los individuos. Esta perspectiva reconoce que la hipertensión arterial no puede entenderse únicamente desde una visión biomédica, sino que es fundamental analizarla en relación con variables como el nivel de ingreso, educación, apoyo familiar, acceso a servicios de salud, y el impacto emocional que genera vivir con una enfermedad crónica (Silva et al., 2021; Melo et al., 2021). Así, el objeto de estudio se enfoca en comprender cómo interactúan estos factores en la vida diaria de los pacientes hipertensos, especialmente en contextos rurales y socialmente vulnerables como la comunidad de Santa Lucía.

Asimismo, el objeto de estudio se enmarca dentro de la investigación en salud pública con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo, lo que permite captar tanto indicadores objetivos (como presión arterial, comorbilidades o nivel educativo) como dimensiones subjetivas

relacionadas con la percepción de bienestar, satisfacción con la atención sanitaria o experiencias de autocuidado. Esta visión multidimensional del objeto de estudio es coherente con el concepto de calidad de vida propuesto por la Organización Mundial de la Salud, que abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales (OMS, 2023). En este sentido, el estudio se orienta a producir conocimiento contextualizado que contribuya a mejorar las intervenciones en salud y a promover estrategias de prevención y seguimiento más efectivas para la población hipertensa de zonas rurales (González, 2020).

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Analizar los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial, utilizando un enfoque cualitativo, con el propósito de identificar dimensiones clínicas, sociodemográficas, psicológicas y del entorno social, en la comunidad de Santa Lucía del municipio Bella Flor en la gestión 2025.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores sociodemográficos de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Santa Lucía, con el propósito de establecer variables como edad, sexo, nivel educativo, ocupación y situación económica.
- Analizar la incidencia de factores clínicos y psicológicos, tales como tiempo de diagnóstico, comorbilidades, adherencia al tratamiento, estrés y estado emocional, en la calidad de vida de los pacientes hipertensos.
- Evaluar estadísticamente la influencia de las condiciones del entorno social, como el acceso a servicios de salud, apoyo familiar y prácticas de autocuidado, en los niveles de calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial.

1.5. Justificación del Tema.

La hipertensión arterial es una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles que afecta a millones de personas en el mundo y representa un factor de riesgo significativo para enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal y accidentes cerebrovasculares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). En comunidades con limitaciones

estructurales, como Santa Lucía del municipio Bella Flor, el impacto de esta condición se intensifica debido a la escasa cobertura de servicios de salud, el bajo acceso a medicamentos y la presencia de múltiples determinantes sociales que inciden directamente en la calidad de vida de los pacientes. Por tanto, analizar los factores que afectan a esta población específica resulta necesario para proponer intervenciones contextualizadas que mejoren su bienestar integral.

El enfoque cualitativo propuesto en este estudio permite una visión más amplia y profunda del fenómeno investigado, combinando la objetividad de los datos cuantitativos con la riqueza descriptiva y contextual de la información cualitativa. Esta estrategia metodológica es especialmente adecuada para abordar problemáticas complejas como la calidad de vida, la cual se ve influenciada por múltiples factores interrelacionados, desde las comorbilidades médicas hasta el entorno emocional y social del paciente (González et al., 2022). La inclusión de dimensiones clínicas, sociodemográficas, psicológicas y del entorno social permite identificar necesidades reales y concretas que muchas veces no se reflejan en los indicadores tradicionales de salud.

Además, esta investigación contribuye al conocimiento científico y a la formulación de políticas públicas más equitativas en el ámbito local. A través de la identificación de los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial en Santa Lucía, se generan evidencias que pueden guiar la toma de decisiones en salud comunitaria, fortaleciendo la prevención y el manejo integral de enfermedades crónicas. Así, el estudio se justifica no solo por su relevancia académica, sino también por su potencial impacto social y su contribución al derecho a la salud de poblaciones vulnerables (Salcedo & Ramírez, 2021).

1.5.1. Justificación teórica

La justificación teórica de esta investigación se fundamenta en la necesidad de comprender la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial desde una perspectiva multidimensional, que considere no solo los factores clínicos, sino también aquellos de carácter psicológico, sociodemográfico y social. Según la Organización Mundial de la Salud (2023), la calidad de vida abarca la percepción individual de la posición del sujeto en su contexto cultural y sistema de valores, en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones. Esta visión integral es especialmente relevante en el caso de enfermedades crónicas como la hipertensión, que generan

un impacto prolongado en la vida cotidiana del paciente y requieren un abordaje más allá del tratamiento farmacológico (Silva et al., 2021).

Diversos estudios contemporáneos coinciden en que los determinantes sociales de la salud como el nivel educativo, los ingresos, el acceso a servicios sanitarios y el apoyo familiar inciden de manera significativa en la evolución clínica y el bienestar de los pacientes hipertensos (González, 2020; Melo et al., 2021). Adicionalmente, los factores psicológicos como la ansiedad, el estrés y la percepción de control sobre la enfermedad influyen directamente en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida percibida (Almeida & Santos, 2022). Sin embargo, muchas investigaciones se han centrado en contextos urbanos o en poblaciones generales, dejando vacíos teóricos respecto a cómo estos factores interactúan en entornos rurales y en condiciones de vulnerabilidad social.

Esta investigación se justifica teóricamente al aportar conocimiento contextualizado, integrando marcos conceptuales como el modelo biopsicosocial de Engel y la teoría de los determinantes sociales de la salud de la OMS, los cuales permiten interpretar la calidad de vida como un fenómeno complejo e influenciado por múltiples variables interrelacionadas. Utilizar un enfoque cualitativo que combine datos cuantitativos y cualitativos— fortalece el sustento teórico, al permitir la triangulación entre datos objetivos y percepciones subjetivas, generando una comprensión más profunda del problema. Por tanto, este estudio contribuirá a llenar vacíos existentes en la literatura científica actual y orientará futuras intervenciones de salud pública adaptadas a las realidades locales.

1.5.2. Justificación social

La justificación social de esta investigación radica en la importancia de comprender y mejorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial en comunidades rurales vulnerables como Santa Lucía, municipio Bella Flor, donde las condiciones socioeconómicas limitan el acceso a servicios de salud adecuados y el seguimiento constante de enfermedades crónicas. Estudios recientes señalan que la hipertensión no solo afecta la salud física, sino que también genera repercusiones sociales significativas, tales como la disminución de la productividad, el aislamiento social y el aumento de la carga familiar y comunitaria (González, 2020). Por tanto, entender los factores sociales que inciden en la calidad de vida permitirá diseñar políticas

públicas y programas sociales más efectivos y ajustados a las necesidades específicas de esta población.

Además, la investigación responde a la necesidad de visibilizar las desigualdades sociales que enfrentan los pacientes hipertensos en áreas rurales, donde el soporte comunitario, el nivel educativo y las condiciones económicas juegan un papel crucial en el manejo de la enfermedad y en la percepción del bienestar (Almeida & Santos, 2022). La falta de recursos y el limitado acceso a información sanitaria generan brechas que afectan directamente la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, perpetuando ciclos de pobreza y enfermedad. Por ello, esta investigación tiene un impacto social al aportar datos contextualizados que permitan a los actores sociales, autoridades locales y organizaciones comunitarias orientar sus esfuerzos hacia el fortalecimiento del tejido social y la promoción de estilos de vida saludables.

Finalmente, esta investigación contribuye a fortalecer el compromiso social con la salud pública en Bolivia, promoviendo la inclusión y la equidad en la atención sanitaria de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial. La identificación de los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes en Santa Lucía facilitará la implementación de estrategias integrales que contemplen no solo la dimensión clínica, sino también la psicología social y las condiciones ambientales, promoviendo así un enfoque holístico y participativo. Esto es fundamental para reducir la carga social de la hipertensión y mejorar el bienestar general, contribuyendo al desarrollo sostenible y a la justicia social en contextos rurales (Melo et al., 2021; OPS, 2023).

1.5.3. Justificación práctica

La investigación propuesta es de gran relevancia práctica, pues la hipertensión arterial constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, afectando significativamente la calidad de vida de quienes la padecen (World Health Organization, 2021). Analizar los factores que inciden en esta condición desde un enfoque mixto permitirá obtener una comprensión integral de las múltiples dimensiones—clínicas, sociodemográficas, psicológicas y sociales—que influyen en el bienestar de los pacientes. Esto facilitará el diseño de estrategias de intervención más efectivas y contextualizadas para la comunidad de Santa Lucía, contribuyendo a una atención en salud más integral y personalizada (Mills et al., 2020).

Asimismo, el enfoque cualitativo posibilita la integración de datos cuantitativos y cualitativos que enriquecen el análisis, permitiendo no solo medir la prevalencia o impacto clínico, sino también comprender las percepciones y experiencias de los pacientes en su entorno social y emocional (Creswell & Poth, 2018). En contextos locales como el municipio de Bella Flor, donde las condiciones sociodemográficas pueden ser muy particulares, este tipo de estudio aporta evidencia valiosa para la formulación de políticas públicas y programas comunitarios orientados a mejorar la adherencia al tratamiento y los estilos de vida saludables (Kim et al., 2022).

Finalmente, esta investigación tiene un impacto directo en la mejora de la calidad de vida de la población hipertensa, al identificar los factores específicos que deben ser abordados para mitigar las complicaciones asociadas a esta enfermedad crónica. Además, genera información útil para profesionales de salud, gestores y autoridades locales que buscan fortalecer los sistemas de atención primaria y promover entornos favorables para la salud (Rodríguez et al., 2023). Así, el estudio contribuye al avance de la salud pública local y al bienestar social, alineándose con los objetivos nacionales e internacionales de control de enfermedades crónicas no transmisibles.

CAPITULO II

MARCO TEORICO REFERENCIAL

2.1. Marco conceptual

La calidad de vida en salud se entiende como una percepción subjetiva del bienestar físico, psicológico y social de una persona, influenciada por su estado de salud, su entorno y sus condiciones de vida (WHOQOL Group, 1998). En el caso de los pacientes con hipertensión arterial, esta percepción está condicionada por factores clínicos como el control de la presión arterial, la presencia de comorbilidades y la adherencia al tratamiento (Rodríguez & Fernández, 2022); por factores sociodemográficos como edad, sexo, nivel educativo y situación económica (Cano et al., 2021); así como por dimensiones psicológicas (ansiedad, estrés, depresión) y sociales (redes de apoyo, condiciones de vivienda y acceso a servicios de salud). Estos factores se interrelacionan y afectan de forma directa e indirecta el bienestar general del paciente. Para este estudio, se emplea un enfoque mixto que integra la objetividad del análisis cuantitativo con la riqueza contextual de la exploración cualitativa, permitiendo una comprensión integral del fenómeno en un contexto rural como el de Santa Lucía. El marco conceptual se sustenta en el modelo biopsicosocial, el cual reconoce la interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la experiencia de la enfermedad (Engel, 1977), y en los determinantes sociales de la salud, propuestos por la OMS (2023), que destacan cómo las condiciones estructurales de vida influyen en los resultados en salud.

2.1.1. Definición y tipos de hipertensión.

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible caracterizada por el aumento sostenido de la presión sanguínea por encima de los valores normales, lo que obliga al corazón a trabajar con mayor esfuerzo para bombear la sangre. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2021), se considera hipertensión cuando la presión arterial sistólica es igual o superior a 140 mmHg y/o la presión arterial diastólica es igual o superior a 90 mmHg, en mediciones repetidas en condiciones estandarizadas.

La HTA se clasifica en dos tipos principales: la hipertensión primaria o esencial, que representa entre el 90 y el 95 % de los casos y no tiene una causa específica identificable; y la hipertensión

secundaria, que es menos frecuente y está asociada a causas médicas concretas, como enfermedades renales, trastornos endocrinos o el uso prolongado de ciertos medicamentos (Whelton et al., 2018). Asimismo, se reconocen variantes como la hipertensión de bata blanca y la hipertensión enmascarada, las cuales requieren abordajes diagnósticos diferenciados (Mills et al., 2020)

2.1.2. Causas y factores de riesgo.

La hipertensión tiene una etiología multifactorial, en la que intervienen tanto factores modificables como no modificables. Entre los primeros, destacan los hábitos de vida poco saludables: dieta alta en sodio y grasas, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, inactividad física, y sobrepeso u obesidad. Estos factores se ven agravados por el estrés crónico y la falta de control emocional, los cuales también han sido identificados como contribuyentes significativos a la aparición y agravamiento de la HTA (Kim et al., 2022).

Por otro lado, los factores no modificables incluyen la edad avanzada, antecedentes familiares de hipertensión, sexo y origen étnico. Además, los determinantes sociales de la salud, como el bajo nivel educativo, la pobreza, el desempleo y el limitado acceso a servicios médicos, incrementan el riesgo de desarrollar hipertensión y dificultan su control (Pereira et al., 2021). Estos elementos hacen que la HTA sea particularmente prevalente y difícil de tratar en poblaciones vulnerables.

2.1.3. Abordaje médico y control clínico.

El tratamiento y control de la hipertensión arterial requieren un enfoque integral e interdisciplinario, centrado tanto en la farmacoterapia como en las modificaciones del estilo de vida. El primer nivel de intervención implica recomendaciones no farmacológicas como la reducción del consumo de sal, la adopción de una dieta balanceada (como la dieta DASH), la práctica regular de actividad física, la disminución del estrés y el abandono del hábito tabáquico (Williams et al., 2018).

En los casos donde las medidas de autocuidado no logran controlar la presión arterial, se introducen tratamientos farmacológicos que pueden incluir diuréticos, bloqueadores beta,

inhibidores de la ECA, antagonistas del calcio y otros agentes antihipertensivos. Es fundamental realizar un seguimiento clínico continuo, individualizado y adaptado a las características del paciente, para evaluar la adherencia, la eficacia terapéutica y la aparición de efectos adversos (Rodríguez et al., 2023). En contextos comunitarios, como la comunidad de Santa Lucía, el fortalecimiento del primer nivel de atención y la educación sanitaria juegan un papel decisivo en la reducción de las complicaciones asociadas.

2.1.4. Concepto de calidad de vida según la OMS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” (WHOQOL Group, 1998). Esta definición subraya un enfoque integral que trasciende los indicadores biomédicos, incorporando aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales de la experiencia humana.

Desde la perspectiva en salud, la calidad de vida cobra especial relevancia en el abordaje de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, ya que no solo se trata de controlar cifras fisiológicas, sino de mejorar la funcionalidad, el bienestar emocional y la interacción social del paciente (Barcaccia et al., 2020). De este modo, la calidad de vida se convierte en un criterio esencial para evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias.

2.1.5. Dimensiones de la calidad de vida (física, psicológica, social).

El concepto de calidad de vida incluye diversas dimensiones interrelacionadas. La dimensión física abarca la energía, el dolor, el sueño y la capacidad funcional del individuo para realizar actividades cotidianas. La dimensión psicológica se refiere al estado emocional, la autoestima, la percepción personal de salud y el nivel de ansiedad o depresión. Por su parte, la dimensión social considera las relaciones interpersonales, el apoyo social y la participación en la comunidad (Cieza et al., 2021).

En pacientes con hipertensión arterial, estas dimensiones pueden verse afectadas por el impacto de los síntomas, los efectos secundarios del tratamiento, la percepción de enfermedad y las

limitaciones en la vida diaria. Estudios recientes muestran que la salud mental y el entorno social tienen un papel decisivo en la adherencia terapéutica y el pronóstico de estos pacientes (Kretchy et al., 2021).

2.1.6. Comorbilidades frecuentes (diabetes, obesidad, enfermedad renal).

La hipertensión arterial (HTA) rara vez se presenta como una enfermedad aislada; con frecuencia coexiste con otras condiciones crónicas, siendo la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad y la enfermedad renal crónica (ERC) las más comunes. Estas comorbilidades no solo complican el manejo clínico, sino que también aumentan significativamente el riesgo cardiovascular y de mortalidad prematura (Chrysant, 2021). Por ejemplo, la coexistencia de diabetes e hipertensión multiplica el riesgo de eventos cardiovasculares y daño renal, al generar un estado inflamatorio crónico y disfunción endotelial (Williams et al., 2018).

La obesidad, particularmente la visceral, se asocia con un aumento en la resistencia vascular periférica, hiperinsulinemia y activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, lo cual contribuye al desarrollo de HTA (Kotsis et al., 2021). Asimismo, la enfermedad renal crónica tanto puede ser una consecuencia como una causa de hipertensión mal controlada, al alterar la excreción de sodio y la regulación de líquidos, lo que lleva a una sobrecarga de volumen y mayor presión arterial (Bello et al., 2020).

2.1.7. Adherencia al tratamiento y control de la presión arterial.

La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico es uno de los factores clínicos más relevantes en el control efectivo de la hipertensión arterial. Estudios indican que entre el 30% y el 50% de los pacientes hipertensos no siguen adecuadamente las prescripciones médicas, lo que se traduce en un pobre control de la presión arterial, incremento en las complicaciones y mayores costos al sistema de salud (Burnier & Egan, 2019).

Las causas de baja adherencia son multifactoriales: incluyen la presencia de efectos adversos, regímenes complejos de medicación, falta de comprensión de la enfermedad y escaso apoyo familiar o comunitario (Krousel-Wood et al., 2021). Para mejorar la adherencia, se recomienda

un enfoque centrado en el paciente que promueva la educación en salud, simplifique la medicación y fortalezca la relación médico-paciente.

2.1.8. Rol del autocuidado y seguimiento médico

El autocuidado desempeña un papel fundamental en el manejo de la hipertensión arterial. Este concepto implica que el paciente se involucre activamente en el monitoreo de su presión, siga una dieta adecuada (como la dieta DASH), realice actividad física regular, y evite factores de riesgo como el tabaco y el alcohol (Lee et al., 2020). Estas acciones no solo mejoran el control de la presión arterial, sino que también inciden positivamente en la calidad de vida.

De igual manera, el seguimiento médico continuo es esencial para evaluar la evolución del tratamiento, ajustar dosis y prevenir complicaciones. La atención periódica permite detectar tempranamente signos de daño en órganos blanco, como el corazón, los riñones y los ojos. En este sentido, las estrategias de salud pública deben garantizar un acceso oportuno y equitativo a controles médicos, particularmente en zonas rurales o vulnerables como Santa Lucía, Bella Flor (Chobanian, 2022).

2.1.9. Influencia de la edad, sexo y nivel educativo.

La edad, el sexo y el nivel educativo son variables sociodemográficas clave que influyen significativamente en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial. La prevalencia de la hipertensión aumenta con la edad debido a los cambios fisiológicos como la rigidez arterial y la disfunción endotelial (Unger et al., 2020). Además, existen diferencias de género: los hombres tienden a presentar hipertensión a edades más tempranas, mientras que las mujeres muestran un aumento posterior, especialmente después de la menopausia (Zhou et al., 2021).

Por otra parte, el nivel educativo influye en la capacidad del paciente para comprender su enfermedad, seguir las indicaciones médicas y adoptar conductas saludables. Diversos estudios evidencian que a mayor nivel educativo, mayor es la probabilidad de tener un control adecuado de la presión arterial y de adoptar estilos de vida saludables (Boima et al., 2020). La educación,

por tanto, se convierte en un determinante social de la salud que impacta tanto en la adherencia terapéutica como en la prevención de complicaciones.

2.1.10. Situación económica y condiciones de vivienda

La situación económica de los pacientes hipertensos es un factor determinante en el acceso a tratamientos, alimentación saludable y atención médica continua. Las personas con bajos ingresos tienen mayor riesgo de presentar hipertensión no controlada debido a la dificultad para acceder a medicamentos, dietas saludables y estilos de vida activos (Braveman & Gottlieb, 2014). Asimismo, la precariedad en las condiciones de vivienda, como el hacinamiento o la falta de servicios básicos, puede incrementar el estrés crónico, lo que contribuye a un mal control de la presión arterial (García, 2022).

La inseguridad alimentaria, muchas veces presente en familias de bajos ingresos, también se relaciona con un mayor consumo de alimentos ultraprocesados ricos en sodio, lo cual es un factor de riesgo directo para la hipertensión (Santos-Burgoa et al., 2020). Así, la situación económica y el entorno habitacional son elementos clave que deben considerarse en cualquier intervención en salud pública dirigida a personas hipertensas, especialmente en contextos comunitarios como Santa Lucía.

2.1.11. Acceso a servicios de salud.

El acceso oportuno y continuo a servicios de salud es esencial para el diagnóstico precoz, el tratamiento y el control adecuado de la hipertensión arterial. La disponibilidad de centros de salud, el costo de los servicios, la distancia geográfica y la calidad de la atención son factores que inciden directamente en la gestión de la enfermedad (WHO, 2021). En áreas rurales o de difícil acceso, como algunas comunidades del municipio Bella Flor, las barreras geográficas y económicas pueden reducir las posibilidades de monitoreo y seguimiento médico (Rodríguez-Villamizar et al., 2019).

Además, el acceso a profesionales capacitados, programas de promoción de la salud y suministro constante de medicamentos antihipertensivos influye de forma directa en los resultados clínicos de los pacientes. La atención primaria efectiva y equitativa no solo mejora

el control de la presión arterial, sino que también contribuye a reducir las desigualdades sociales en salud (Basu et al., 2019). Por ello, mejorar el acceso a servicios de salud representa una estrategia central para elevar la calidad de vida en personas con hipertensión.

2.2. Marco teórico.

La presión arterial alta es una enfermedad común que afecta a las arterias del cuerpo. También se conoce como hipertensión. Si tienes la presión arterial alta, la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias es muy alta constantemente. El corazón debe trabajar más para bombear sangre. La presión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg). En general, la hipertensión se corresponde con una lectura de la presión arterial de 130/80 milímetros de mercurio o superior. (<https://www.mayoclinic.org/es/diseases>, s.f.)

La gente asocia la palabra hipertensión con tensión excesiva, nerviosismo o estrés. En términos médicos, la hipertensión se refiere a la presión arterial elevada de forma permanente, independientemente de la causa. Dado que no suele causar síntomas durante muchos años, hasta que un órgano vital resulta dañado, la hipertensión se conoce como «el asesino silencioso». La hipertensión arterial no controlada aumenta el riesgo de trastornos como accidente cerebrovascular aneurisma, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio enfermedad renal. Casi la mitad de los adultos de Estados Unidos presentan hipertensión arterial. Muchas personas no son conscientes de que tienen hipertensión arterial. (<https://www.msmanuals.com/>, s.f.)

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa, cada vez más común, que aunque no da síntomas por sí sola, cuando se deja a su evolución natural produce un gran número de complicaciones en el cerebro, corazón, grandes arterias y riñón, que afectan gravemente a la esperanza y calidad de vida de los pacientes. Es el factor de riesgo más común de todas las llamadas enfermedades cardiovasculares, que son la primera causa de muerte en nuestro país.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado su primer informe sobre los efectos devastadores a escala mundial de la hipertensión arterial, que incluye además recomendaciones sobre cómo vencer a este asesino silencioso. Según el informe, aproximadamente cuatro de cada cinco personas con hipertensión arterial no reciben un tratamiento adecuado; con todo, si los países logran ampliar la cobertura, podrían evitarse 76 millones de muertes entre 2023 y 2050. La hipertensión arterial afecta a uno de cada tres adultos en todo el mundo. Esta afección,

frecuente y mortal, causa accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, insuficiencia cardíaca, daños renales y muchos otros problemas de salud. (OMS, s.f.)

Introducir cambios en el modo de vida, por ejemplo, adoptar una dieta más saludable, dejar de fumar y practicar más actividad física, pueden ayudar a reducir la tensión arterial. Algunas personas tal vez necesiten medicamentos para controlar de manera eficaz la hipertensión arterial y prevenir complicaciones conexas. La prevención, la detección precoz y el manejo eficaz de la hipertensión arterial son algunas de las intervenciones más eficaces en relación con los costos en materia de atención de la salud, y los países deben priorizarlas como parte del conjunto nacional de prestaciones de salud que ofrecen a nivel de la atención primaria. Los beneficios económicos de unos programas de tratamiento de la hipertensión arterial mejorados superan los costos en una proporción aproximada de 18 a 1. (OMS, <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023>, 2023)

«Aunque la hipertensión puede controlarse de manera efectiva mediante unos medicamentos simples y de bajo costo, solamente una de cada cinco personas con hipertensión arterial la tiene bajo control», declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS «Los programas de control de la hipertensión arterial siguen sin recibir la atención que merecen, apenas se les da prioridad y su financiación está muy por debajo de lo necesario. Fortalecer el control de la hipertensión arterial debe formar parte de las actuaciones que todos los países han de implementar en pro de la cobertura sanitaria universal, sobre la base de unos sistemas de salud que funcionen adecuadamente, sean equitativos y resilientes y estén fundamentados en la atención primaria de la salud».

El informe se presentará durante el septuagésimo octavo periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en el que se abordarán los avances realizados en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluidos los objetivos de salud relacionados con la preparación y respuesta frente a pandemias, el fin de la tuberculosis y la cobertura sanitaria universal. Una mejor prevención y control de la hipertensión arterial será clave para avanzar en todos ellos. (OMS, <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023->, s.f.)

Un aumento en el número de pacientes tratados eficazmente contra la hipertensión arterial hasta llegar a los niveles observados en países con un elevado nivel de resultados podría prevenir, entre ahora y 2050, 76 millones de fallecimientos, 120 millones de accidentes cerebrovasculares, 79 millones de infartos de miocardio y 17 millones de casos de insuficiencia cardiaca.

«La mayoría de los infartos de miocardio y de los accidentes cerebrovasculares que se producen en la actualidad pueden prevenirse mediante medicamentos asequibles, seguros y accesibles y otras intervenciones, como la reducción del sodio», señaló Michael R. Bloomberg, Embajador Mundial de la OMS para las Enfermedades No Transmisibles y los Traumatismos. «Tratar la hipertensión arterial en la atención primaria de salud salvará vidas, y permitirá además ahorrar miles de millones de dólares al año». La hipertensión arterial se puede tratar fácilmente con medicamentos genéricos seguros, ampliamente disponibles y de bajo costo, por medio de programas como el programa HEARTS. Este paquete técnico de la OMS para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud y la Directriz para el tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos proporcionan una serie de medidas prácticas de eficacia probada para prestar unos cuidados eficaces para la hipertensión arterial en entornos de atención primaria de salud. (<https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023>, s.f.)

2.2.1. Calidad de vida.

Se pretende englobar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, más allá de las meras consecuencias biológicas de ambas. Todos aquellos aspectos del funcionamiento de una persona, sobre los que se supone que pueden influir la enfermedad o su tratamiento, han sido englobado por Hornsquist en su concepto de CV. Este autor, establece un concepto de calidad de vida, valorando aquellos aspectos del funcionamiento del individuo, sobre los que puede repercutir la enfermedad o el tratamiento

2.2.2. Importancia del riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial:

Es necesario tener en cuenta el riesgo que tienen los pacientes hipertensos en relación con las enfermedades cardiovasculares, el cual se determina no sólo por el nivel de su presión arterial

sino además por la presencia o ausencia de daño en órganos diana o de otros factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, las dislipidemias y la diabetes mellitus, entre otros. (<https://aniversariocimeq2021.>, 2021)

2.2.3. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con HTA:

- Tabaquismo Dislipidemias
- Diabetes mellitus.
- Edad: Por encima de años (hombres) Por encima de 65 años (mujeres)
- Inactividad física (Sedentarismo) Microalbuminuria filtrado glomerular < 60 ml/minuto
- Obesidad (IMC = $o > 30$)
- Genética

2.2.4. Tabaquismo.

Según la sociedad de cardiología, cada año se repiten aproximadamente 5500 muertes por infarto en todo el país. lo que sería el medio de unos 15 al día La mayoría por no ser tratados a tiempo tener unos buenos hábitos como una alimentación balanceada que contemple el consumo de frutas hortalizas, practicar constante ejercicio físico, evitar la obesidad y el consumo de cigarrillos son algunos factores que contribuyen a prevenir el padecimiento de una enfermedad cardiovascular. (<https://www.reduno.com.bo/>, s.f.)

Riesgosa sin control, la hipertensión afecta a cerca del 15,9% de la población adulta del país, de acuerdo con datos brindados por el Ministerio de Salud este sábado. La cartera de Estado destacó el trabajo que realiza actualmente el sistema sanitario del país, el cual, incluso aplica ya una estrategia global de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

“En Bolivia se estima que el 15,9% de la población adulta vive con esta condición, y más de la mitad desconoce su diagnóstico. Solo el 23,5% de las personas con hipertensión arterial diagnosticada logran mantenerla bajo control”, precisó Salud mediante una nota institucional. (<https://larazon.bo/sociedad/2025>, s.f.)

2.2.5. Diabetes mellitus.

Las enfermedades no transmisibles están afectando de manera creciente la salud de las personas a nivel mundial, sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico, hipertensión arterial, son condiciones que si bien son un problema por sí mismos, son también factores predictores de diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones. La diabetes mellitus tipo 2 es uno de los mayores problemas para los sistemas de salud en Latinoamérica <http://www.scielo.org.bo/>, s.f.

La diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial (HTA) frecuentemente coexisten. Se estima que alrededor del 60-80% de los pacientes con diabetes tipo 2 también presentan hipertensión. Esto se debe a factores de riesgo compartidos, como Obesidad. Sedentarismo. Dieta poco saludable, Resistencia a la insulina.

2.2.6. Inactividad física.

El estilo de vida juega un papel importante en la prevención de la hipertensión arterial como también en su control y la prevención de complicaciones una vez que se ha diagnosticado la hipertensión (HTA). Dentro de los hábitos del estilo de vida que contribuyen para controlar los valores de presión arterial, está el nivel de actividad física diario de la persona. La inactividad física es un factor de riesgo importante para el desarrollo de la HTA y de enfermedades cardiovasculares y metabólicas asociadas a la HTA.

Por otro lado, la actividad física regular es una herramienta fundamental en la prevención primaria de la hipertensión arterial, así como en el tratamiento y control de los pacientes hipertensos disminuyendo la mortalidad en hasta 30%. (<https://www.meds.cl/>, s.f.)

Beneficios de la actividad física en la presión arterial

Los efectos benéficos de la actividad física (AF) se ven en todos los grados de HTA y la AF está indicada, en general, para todos los pacientes hipertensos con o sin terapia medicamentosa como complemento esencial al tratamiento. Los mecanismos por los cuales el ejercicio disminuye la presión arterial aún no están totalmente claros, pero pueden ser explicados por disminución en los niveles plasmáticos de norepinefrina, aumento en los niveles circulantes de

sustancias vasodilatadoras, disminución de la hiperinsulinemia y alteración en la función renal. (<https://www.meds.cl/>, s.f.)

Algunas recomendaciones generales con los pacientes hipertensos son:

- Perder peso si esta con exceso de peso u obesidad
- Limitar la ingesta de alcohol
- Reducir la ingesta de sal (retirar el salero de la mesa)
- Dejar de fumar
- Comer 5 porciones diarias de frutas y vegetales
- Disminuir consumo de alimentos ricos en grasas saturadas y colesterol
- Comenzar la actividad física de forma gradual y aumentar progresivamente la frecuencia, duración y/o intensidad de acuerdo a los objetivos, el nivel de actividad física inicial y el estado de acondicionamiento físico.

2.2.7. Obesidad

Estos pacientes presentan aumento en la actividad del sistema renina angiotensina (SRA) por varios mecanismos, como la resistencia a la insulina y la producción de angiotensina por el adipocito, esto provoca retención de sodio y agua e incremento del volumen circulante. Los adipocitos son capaces de producir angiotensina, misma que además de actuar sobre el crecimiento y desarrollo del tejido adiposo, tiene efecto

sistémico, de hecho, se ha postulado que en la obesidad, el exceso de angiotensina proviene del tejido adiposo (<https://www.medigraphic.com/>, s.f.)

El paciente hipertenso obeso cursa con aumento de la precarga (por la obesidad) y postcarga (por la hipertensión) (El sobrepeso ocurre cuando el índice de masa corporal es igual o mayor a 25 kg/m². Por su parte, la obesidad es cuando el índice de masa corporal es igual o superior a 30 kg/m². Tanto la obesidad como el sobrepeso se consideran los factores ambientales de, s.f.), esto acompañado de los cambios estructurales que se presentan en el corazón, tales como fibrosis y depósito de lípidos dentro del miocito, genera en estos pacientes un aumento

importante de riesgo para desarrollo de insuficiencia cardiaca. (<https://www.medigraphic.com/>, s.f.)

El paciente obeso presenta una marcada disminución en la vasodilatación postprandial de las arterias que irrigan el tejido muscular, lo que contribuye a las alteraciones en el metabolismo de la glucosa en el músculo y al aumento de las resistencias periféricas del obeso.

El sobrepeso ocurre cuando el índice de masa corporal es igual o mayor a 25 kg/m². Por su parte, la obesidad es cuando el índice de masa corporal es igual o superior a 30 kg/m². Tanto la obesidad como el sobrepeso se consideran los factores ambientales desencadenantes más importantes de todos los implicados en la aparición de la hipertensión.

El exceso de grasa corporal contribuye a elevar la presión arterial desde la infancia. Se ha comprobado que por cada 10 kilos de peso ganados se produce un incremento de la tensión arterial de unos 2-3 mmHg. El riesgo cardiovascular depende también de dónde se localice la grasa, siendo la ubicada a nivel abdominal la más peligrosa para la composición corporal. Además de causar hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, también predisponen a otras patologías como la diabetes y el hipercolesterolemia. Todo esto aumenta aún más el riesgo cardiovascular. (<https://quierocuidarme.dkv.es/>, s.f.)

2.2.7. Genética

La genética es una pieza clave en el rompecabezas de la hipertensión. De hecho, algunos estudios sugieren que hasta el 50% de nuestra predisposición a desarrollar hipertensión puede ser heredada. Si bien este dato puede parecer alarmante, es importante entender que la genética no es el único factor en juego.

Si en una familia uno o ambos padres, tíos o abuelos son hipertensos, los hijos y descendientes directos de ellos debieran tener especial cuidado de no heredar la enfermedad, o diagnosticarla y tratarla a tiempo si ya la presentan. (<https://club.cruzverde.cl/>, s.f.)

Se recomienda las siguientes medidas preventivas para familias donde la hipertensión arterial está presente:

- Controlar de manera precoz y regularmente tanto a niños como adolescentes, la presión arterial con el pediatra o el médico de familia.
- Controlar la presión arterial de manera permanente en cada cita médica.

- Inculcar el hábito de mantener una baja ingesta de sal en la dieta.
- Aumentar la ingesta de potasio presente en los alimentos, como el plátano.
- Mantener un peso adecuado.
- Practicar ejercicios de intensidad moderada regularmente, se recomienda al menos 15 minutos diarios.
- Bajo consumo de alcohol y de manera ocasional.
- No fumar y no consumir drogas ilícitas

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Operacionalización de las variables.

la Operacionalización de variables es elaborada conforme al objetivo general planteado, centrado en el análisis de los factores que inciden en la calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial, utilizando un enfoque cualitativo. Esta tabla integra dimensiones clínicas, sociodemográficas, psicológicas y del entorno social, en coherencia con el enfoque integral de salud.

Tabla de Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Factores sociodemográficos	Características sociales y demográficas de los individuos que pueden influir en su salud y calidad de vida.	Información obtenida a través de entrevistas y cuestionarios sobre edad, género, nivel educativo, estado civil, ocupación y situación económica.	Edad y género	- Edad del paciente - Sexo del paciente
			Nivel educativo y ocupación	- Nivel educativo alcanzado - Tipo de ocupación o empleo
			Estado civil y situación económica	- Estado civil (soltero, casado, viudo, etc.) - Ingreso económico familiar

Factores psicológicos	Aspectos relacionados con la salud mental y emocional que afectan la percepción de bienestar y calidad de vida.	Evaluación mediante entrevistas sobre emociones, estrés, ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento.	Estrés y ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de episodios de estrés - Presencia de síntomas de ansiedad
			Estado emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de depresión o tristeza - Satisfacción con la vida
			Estrategias de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos utilizados para manejar el estrés - Nivel de autoeficacia percibida
Factores del entorno social	Influencia de las relaciones sociales y del contexto comunitario en la calidad de vida de los pacientes.	Información obtenida mediante entrevistas sobre apoyo familiar, social y acceso a servicios de salud.	Apoyo familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de personas que brindan apoyo - Participación de la familia en el cuidado del paciente
			Red social y comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Participación en grupos comunitarios - Relaciones sociales

				cercanas y de confianza
			Acceso a servicios de salud	- Frecuencia de consultas médicas - Disponibilidad de medicación y seguimiento clínico

para un estudio cualitativo sobre la calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial:

Variables independientes (VI). Factores clínicos.

- Factores sociodemográficos, se valoró los siguientes aspectos:

Edad, Sexo, Nivel educativo, Ocupación, Nivel de ingresos y Tipo de vivienda (condiciones materiales)

- Factores psicológicos

Estrés percibido: Carga emocional subjetiva vinculada al manejo de la enfermedad.

Ansiedad y depresión: Presencia de síntomas psicológicos asociados al diagnóstico.

Afrontamiento y resiliencia: Capacidad para adaptarse positivamente a la enfermedad.

- Factores del entorno social

Apoyo familiar y social: Presencia de redes de cuidado y acompañamiento.

Acceso a servicios de salud: Disponibilidad y cercanía de centros médicos.

Prácticas de autocuidado: Conductas preventivas y hábitos saludables.

3.2. Enfoque metodológico.

La presente investigación se desarrollará bajo un enfoque cualitativo de carácter descriptivo e interpretativo, el cual permitirá comprender y analizar los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial desde sus propias experiencias, percepciones y contextos socioculturales.

Aunque se prioriza el enfoque cualitativo, se incorporará un componente cuantitativo complementario en el tercer objetivo específico, que implica la evaluación estadística de las condiciones del entorno social. Este enfoque mixto facilita una visión más integral del fenómeno (Creswell & Creswell, 2018).

El enfoque cualitativo permite explorar la realidad social desde las perspectivas de los participantes, mientras que el componente cuantitativo contribuye a sustentar los hallazgos con evidencia estadística (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2021).

3.4. Tipo de investigación

3.4.1. Tipo descriptivo y exploratorio

La investigación se clasifica como un estudio de tipo descriptivo y exploratorio, debido a que busca identificar y analizar distintas dimensiones (clínicas, sociodemográficas, psicológicas y del entorno social) que afectan la calidad de vida de pacientes hipertensos.

El diseño es no experimental y transversal, ya que no se manipulan variables y la información será recolectada en un solo momento durante la gestión 2025.

Los estudios descriptivos permiten detallar las características de un fenómeno social en un contexto determinado, sin intervenir directamente en él (Sampieri et al., 2021).

3.4. Método de investigación

3.4.1. Método teórico deductivo

El método deductivo parte de principios generales (teorías o conceptos amplios) y los aplica a casos particulares para generar conclusiones específicas. En este caso, se parte de teorías generales sobre salud, enfermedad crónica y calidad de vida.

Teoría General de los Sistemas: El ser humano es un sistema abierto, donde cualquier alteración (como la hipertensión) afecta la homeostasis del individuo.

Modelo de Calidad de Vida de la OMS: Define la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive.

3.5. Población y muestra

La población está constituida por todos los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial residentes en la comunidad de Santa Lucía, municipio Bella Flor. Se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia, priorizando aquellos pacientes registrados en el centro de salud local. El tamaño de la muestra se determinará con base en criterios de saturación para el enfoque cualitativo y en fórmulas estadísticas para el componente cuantitativo.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- **Entrevistas semiestructuradas:** Se utilizarán para indagar profundamente en las percepciones y experiencias de los pacientes sobre los factores que afectan su calidad de vida. Estas entrevistas se realizarán de forma presencial y serán grabadas (previo consentimiento).
- **Encuesta estructurada:** Se diseñará un cuestionario con preguntas cerradas y escala tipo Likert, para recolectar datos cuantificables sobre variables sociodemográficas, condiciones del entorno social y percepciones sobre calidad de vida. Este instrumento servirá especialmente para el tercer objetivo.
- **Guía de observación:** Se aplicará para registrar elementos contextuales del entorno social y familiar que pueden incidir en la salud del paciente.

- **Revisión documental:** Se analizarán historias clínicas (previa autorización) y registros de salud comunitarios para complementar la información clínica.

El uso combinado de entrevistas, encuestas y revisión documental mejora la validez de los datos mediante la triangulación metodológica (Flick, 2015).

3.6.1. Análisis de datos

- **Análisis cualitativo:** Se empleará el análisis de contenido temático, el cual permite organizar y clasificar la información obtenida en categorías y subcategorías relevantes conforme a los objetivos planteados (Braun & Clarke, 2006). Se utilizará codificación manual o con apoyo de software como Atlas.ti o NVivo.
- **Análisis cuantitativo:** Los datos recolectados mediante la encuesta serán procesados mediante estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medias) y análisis de correlación básica para evaluar la relación entre condiciones del entorno social y calidad de vida, usando programas como SPSS o Excel.

El análisis temático permite identificar patrones de significado dentro de los datos cualitativos, siendo flexible y ampliamente usado en estudios sociales y de salud (Nowell, Norris, White & Moules, 2017).

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Resultados del trabajo de campo

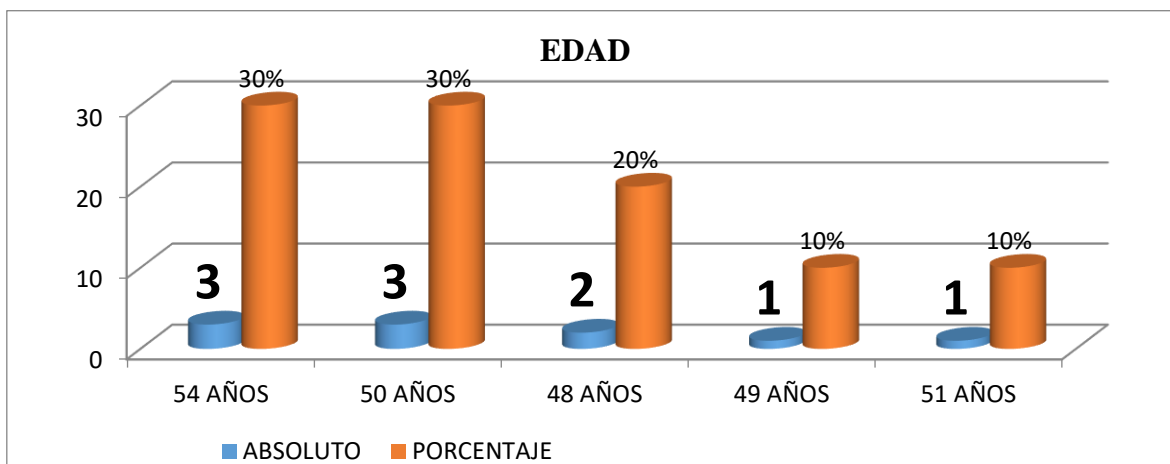
Tabla 1:

Variable de los entrevistados en comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor

Variable	Numero	Porcentaje
54 años	3	30%
50 años	3	30%
48 años	2	20%
49 años	1	10%
51 años	1	10%
TOTAL	10	100%

Figura 1

Porcentaje por edad de los entrevistados.



Fuente de elaboración propia.

Interpretación: Se muestra que Los entrevistados afirman tener en edades entre los 48 y 54 años en comunidad de santa lucia.

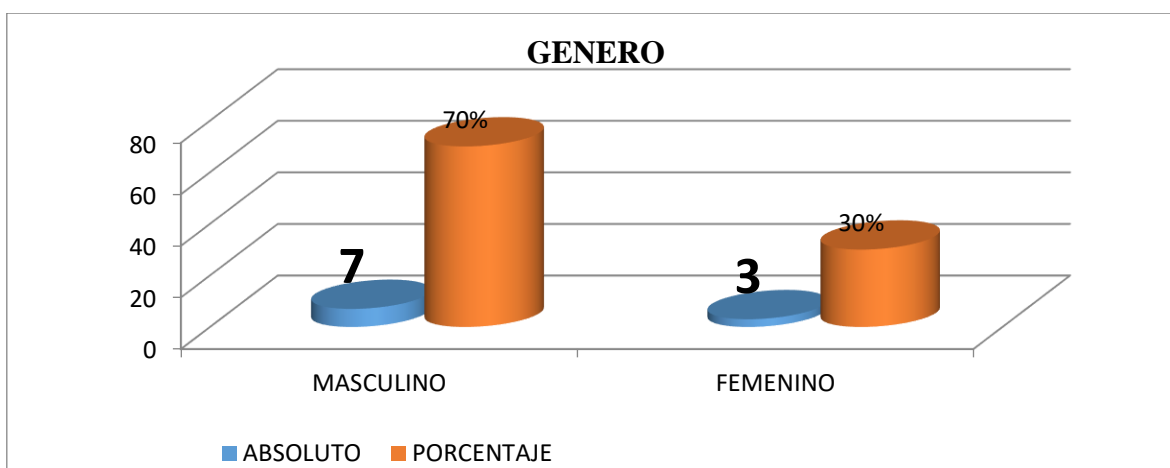
Tabla 2:

Variable de los entrevistados según el género en comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor.

Variable	Numero	Porcentaje
Masculino	7	70%
Femenino	3	30%
TOTAL	10	100%

Figura 2

Porcentaje por genero de los entrevistados en comunidad santa lucia municipio de Bella Flor.



Fuente de elaboración propia

Interpretación: Se muestra que la mayoría de los entrevistados son hombres. Cuatro hombres y una mujer

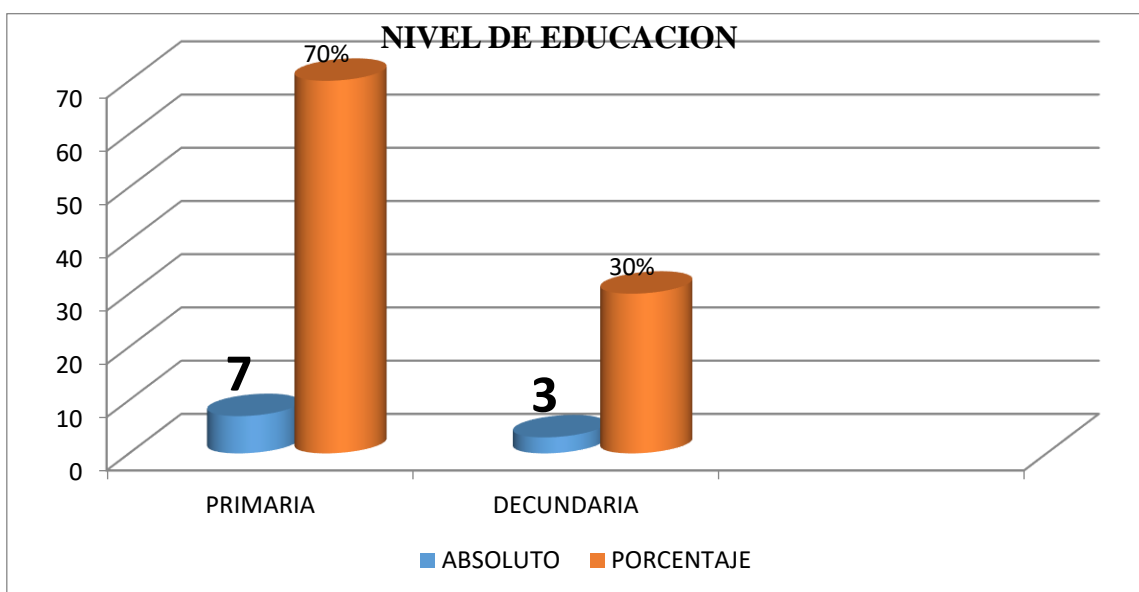
Tabla 3:

Variable según nivel educativo en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor

Variable	Numero	Porcentaje
Primaria	7	70%
Secundaria	3	30%
TOTAL	10	100%

Figura 3

Porcentaje de entrevistados según nivel educativo en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor.



Fuente de elaboración propia.

Interpretación: En cuanto a la escolaridad, predominan los niveles educativos bajos (primaria y secundaria) en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor.

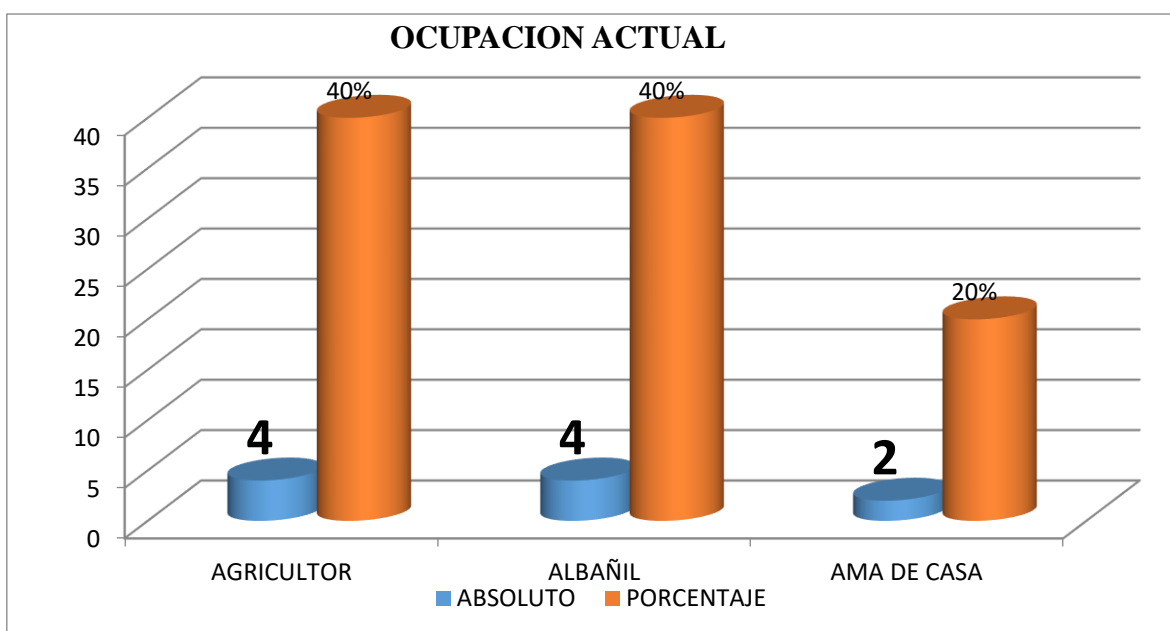
Tabla 4:

Variable de entrevistados según su ocupación en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor

Variable	Numero	Porcentaje
Agricultor	4	40%
Albañil	4	40%
Ama de casa	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 4:

Porcentaje de entrevistados según ocupación actual en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor.



Fuente de elaboración propia.

Interpretación: La mayoría trabaja en oficios manuales como agricultores y albañiles, salvo una entrevistada que es ama de casa

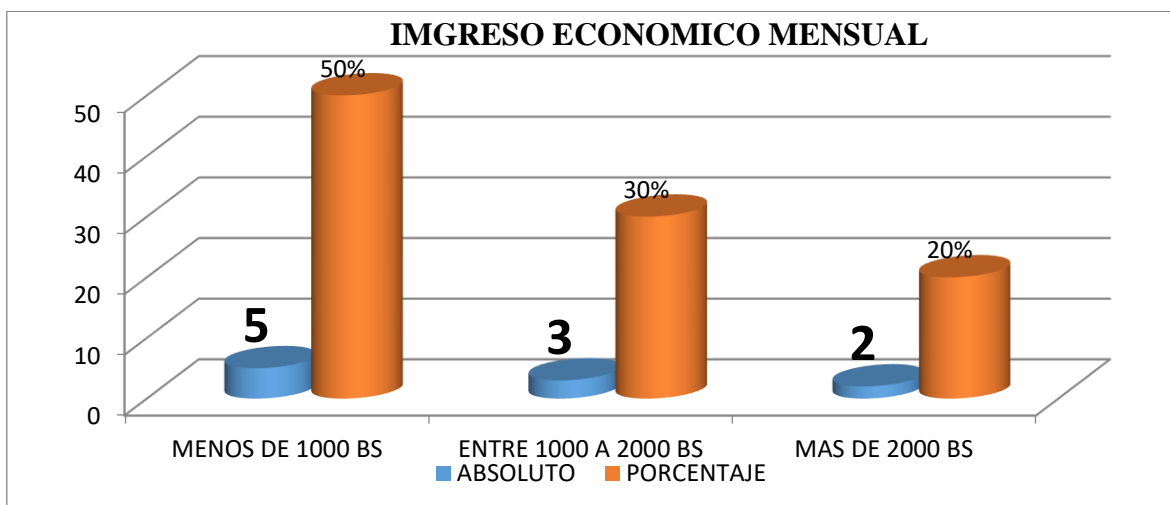
Tabla 5:

Variable de ingreso económico mensual de entrevistados en comunidad de santa lucia

Variable	Numero	Porcentaje
Menos de 1000 Bs.	4	50%
Entre 1000 a 2000 Bs.	4	30%
Mas de 2000 Bs.	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 5:

Porcentaje de ingreso económico mensual de entrevistados en comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor.



Fuente de elaboración propia.

Interpretación: lo que refleja una población con ocupaciones informales o con bajo ingreso, posiblemente sin seguridad social.

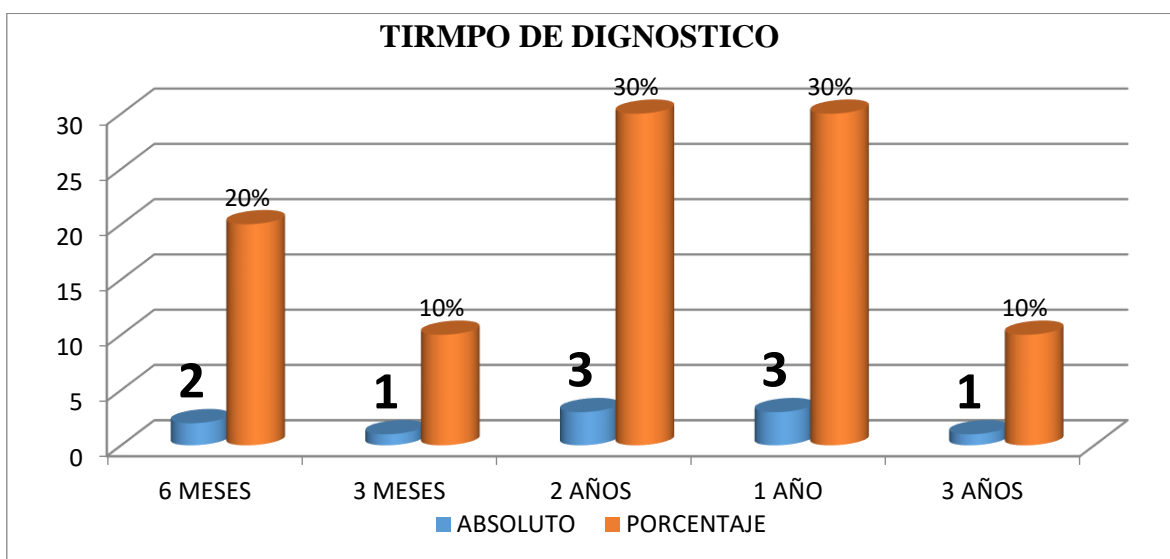
Tabla 6:

Variable de tiempo de diagnosticados en comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor

Variable	Numero	Porcentaje
6 meses	2	20%
3 meses	1	10%
2 años	3	30%
1 año	3	30%
3 años	1	10%
TOTAL	10	100%

Figura 6

Tiempo de diagnóstico a entrevistados en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor



Fuente de elaboración propia.

Interpretación: Se hace referencia en cuanto el contexto clínico, 3 meses diagnóstico reciente, 6 meses todavía un diagnóstico reciente, 1 año se considera un diagnóstico establecido, 2 años enfermedad crónica en seguimiento y 3 años diagnóstico crónico consolidado.

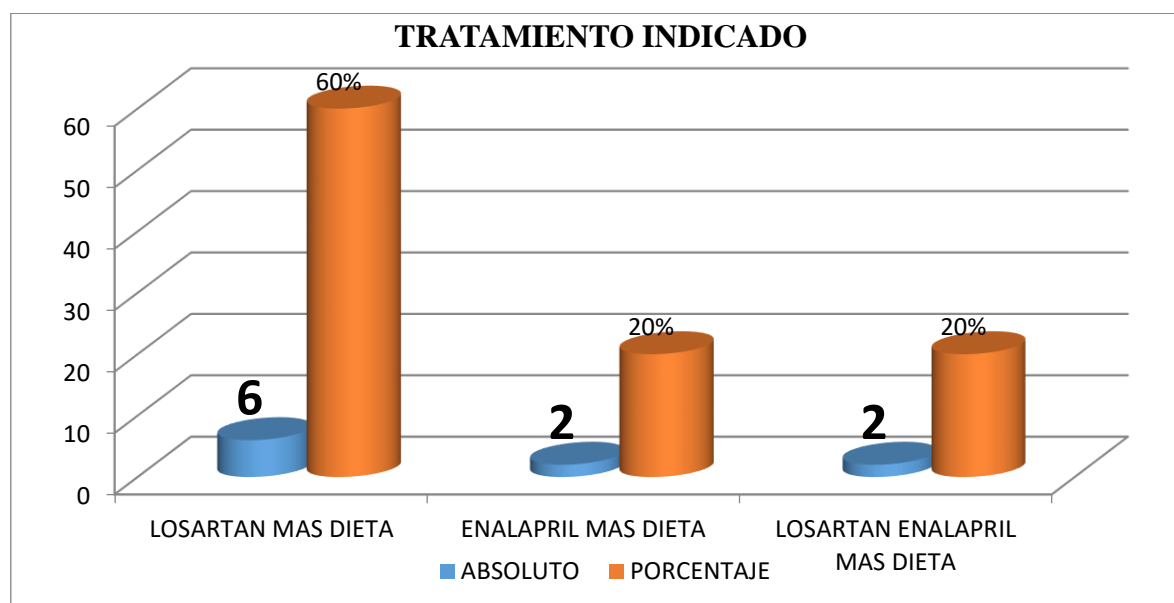
Tabla 7:

Variables sobre el tratamiento que reciben en la comunidad de santa lucia

Variable	Numero	Porcentaje
Losartan más dieta	6	60%
Enalapril más dieta	2	20%
Losartan enalapril más dieta	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 7:

Entrevista sobre tratamiento indicado que reciben en comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor.



Fuente de elaboración propia.

Interpretación: La mayoría de los pacientes están siendo tratados con Losartán más dieta, lo que sugiere una estrategia conservadora y segura para el control de presión arterial. En la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor.

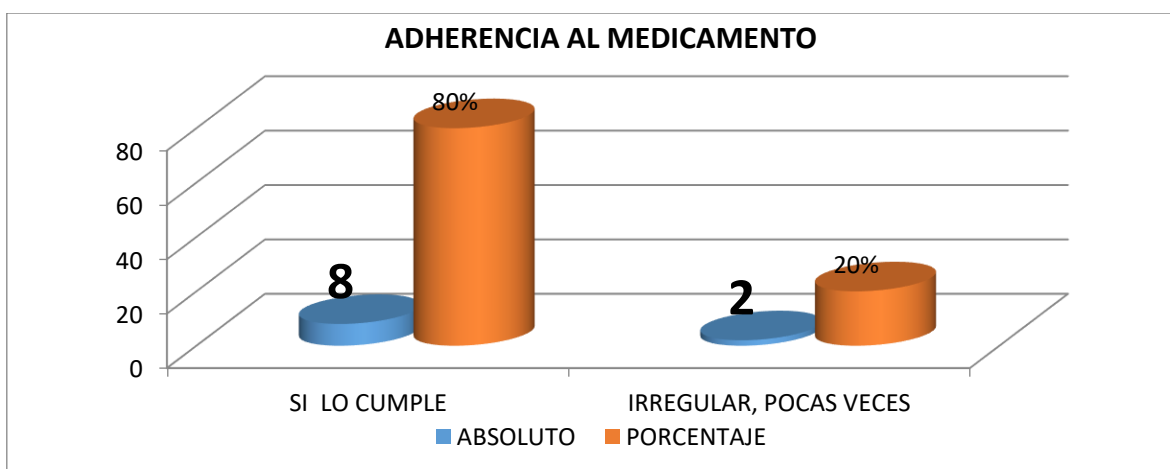
Tabla 8:

Variable de entrevistados a adherencia al medicamento en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor

Variable	Numero	Porcentaje
Si lo cumple	8	80%
Irregular, pocas veces	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 8.

Porcentaje de entrevistado a adherencia al medicamento en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor



Fuente de elaboración propia.

Interpretación: De los 5 casos, 4 presentan buena adherencia lo que puede comprometer la efectividad del tratamiento y la adherencia irregular del paciente representa un punto crítico que debe ser abordado para mejorar los resultados del tratamiento y evitar complicaciones futuras

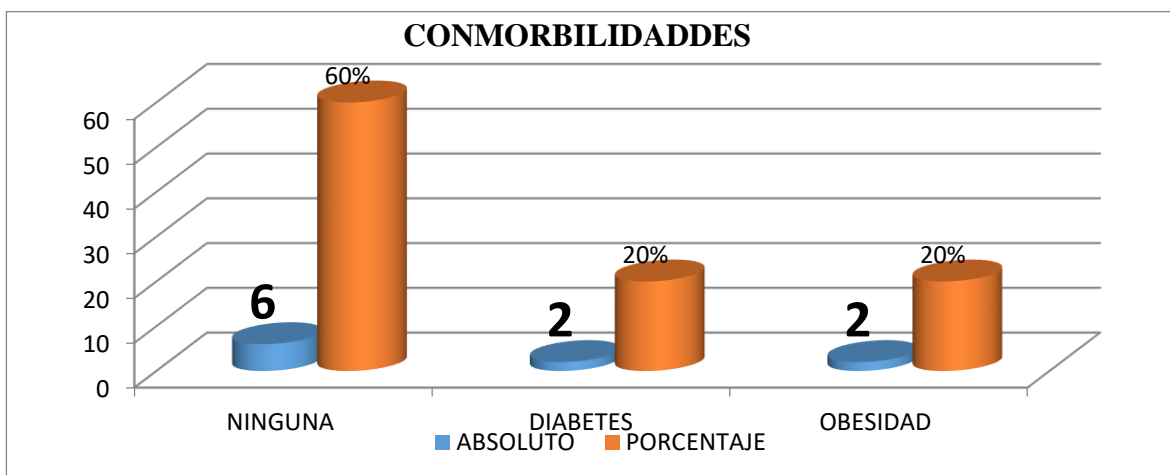
Tabla 9:

Variable de pacientes entrevistados comorbilidad en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor

Variable	Numero	Porcentaje
Ninguna	6	60%
Diabetes	2	20%
Obesidad	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 9:

Porcentaje de entrevistadas comorbilidades en comunidad de santa lucia



Fuente de elaboración propia.

Interpretación: 60% de los pacientes no presentan otras enfermedades de base, lo que facilita el control exclusivo de la hipertensión.

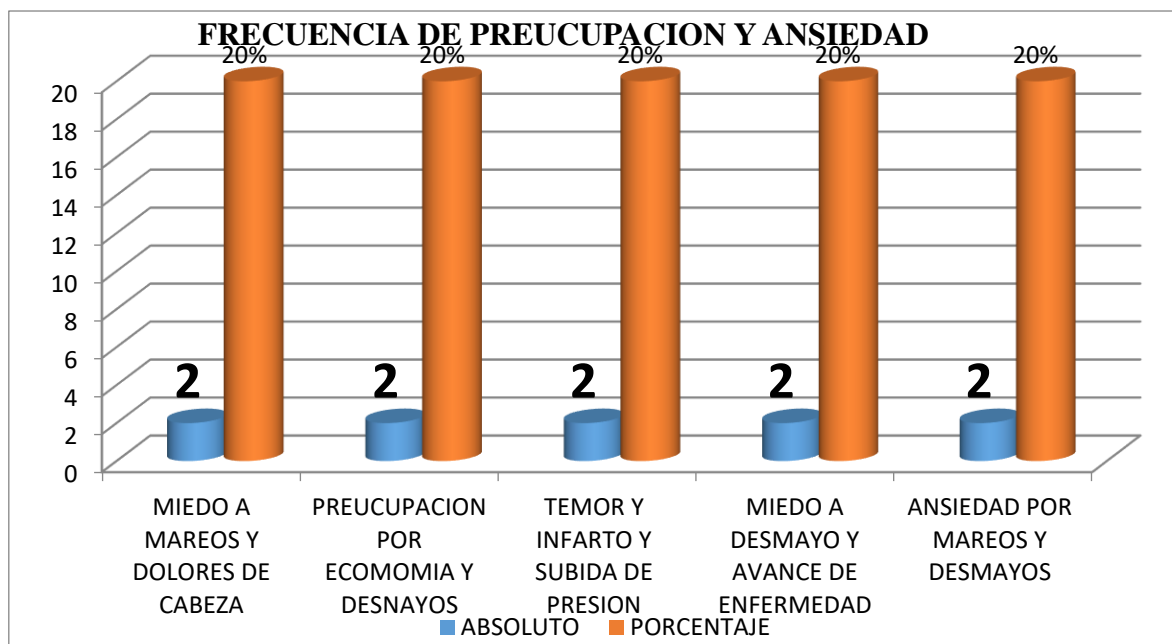
Tabla 10:

Variable de frecuencia de preocupación y ansiedad tiene los entrevistados en comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor

Variable	Numero	Porcentaje
Miedo a mareos y dolores de cabeza	2	20%
Preocupación por economía y desmayos	2	20%
Temor a infarto y subida de presión	2	20%
Miedo a desmayo y avance de enfermedad	2	20%
Ansiedad por mareos y desmayos	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 10

Porcentaje de entrevistado que frecuencia de preocupación y ansiedad tiene en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor.



Fuente de elaboración propia

Interpretación: según la encuesta sugieren una alta preocupación por síntomas físicos y temores de salud, posiblemente dentro de un cuadro de ansiedad generalizada con componentes somáticos o de tipo hipocondríaco/pánico.

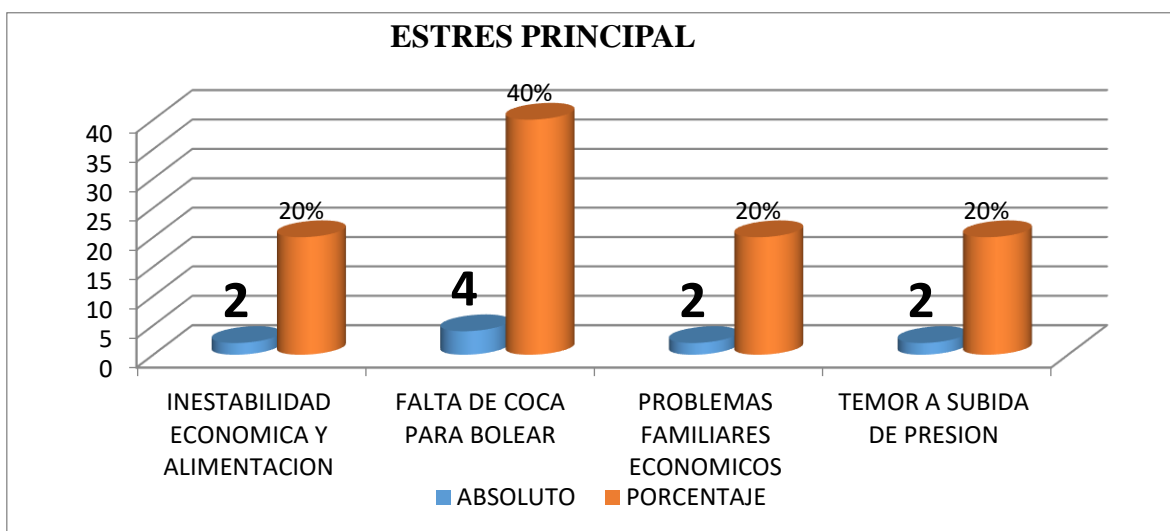
Tabla 11:

Variable de estrés principal que presenta los entrevistados en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor

Variable	Numero	Porcentaje
Inestabilidad económica y alimentación	2	20%
Falta de coca para bolear	4	40%
Problemas familiares económicos	2	20%
Temor a subida de presión	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 11:

Porcentaje de estrés principal que presenta los entrevistados en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor



Fuente de elaboración propio

Interpretación: Según la encuesta ay un nivel alto de estrés crónico, con factores y (problemas económicos, tensión familiar, preocupaciones de salud, malestar físico por falta de coca, más ansiedad). Este tipo de situación requiere un abordaje integral que considere el contexto sociocultural, la salud mental y las condiciones materiales de vida. En comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor

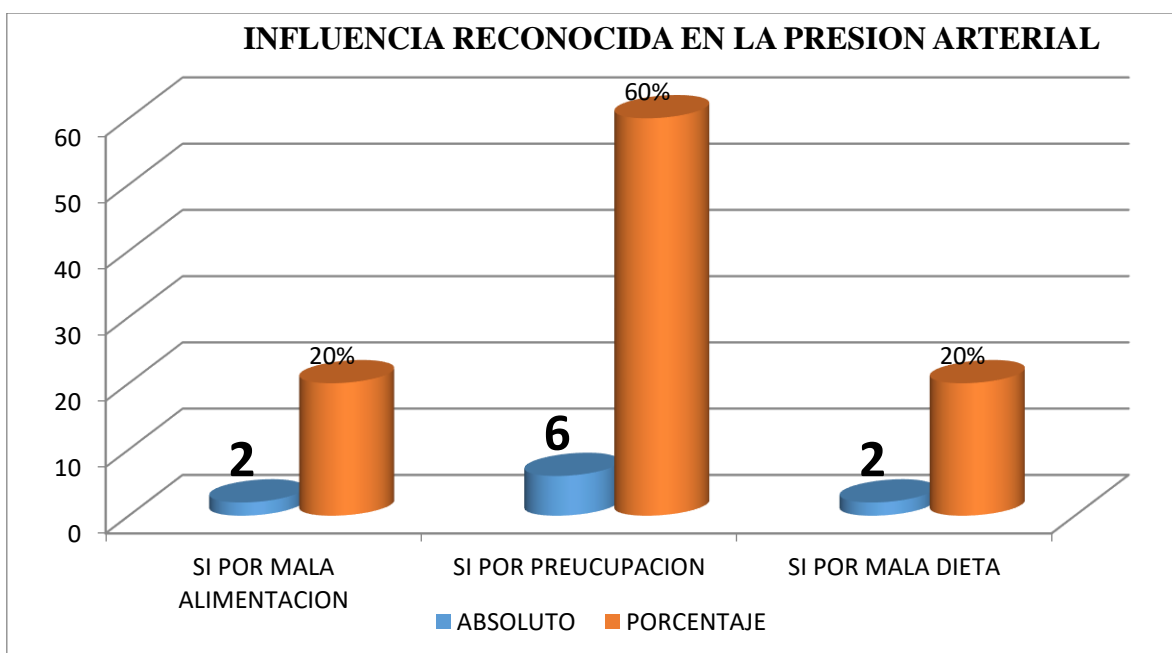
Tabla 12:

Variables de influencia reconocida en la presión arterial a entrevistados en comunidad de santa lucia

Variable	Numero	Porcentaje
Si por mala alimentación	2	20%
Si por de preocupación	6	60%
Si por mala dieta	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 12

Porcentaje según entrevista afirma que influencia reconocida en la presión arterial en comunidad de santa lucio municipio de Bella Flor



Fuente de elaboración propia

Interpretación: Según la encuesta se demuestra una comprensión clara de que su presión arterial se ve afectada tanto por preocupación, el estrés emocional como por la mala alimentación y dieta, en comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor

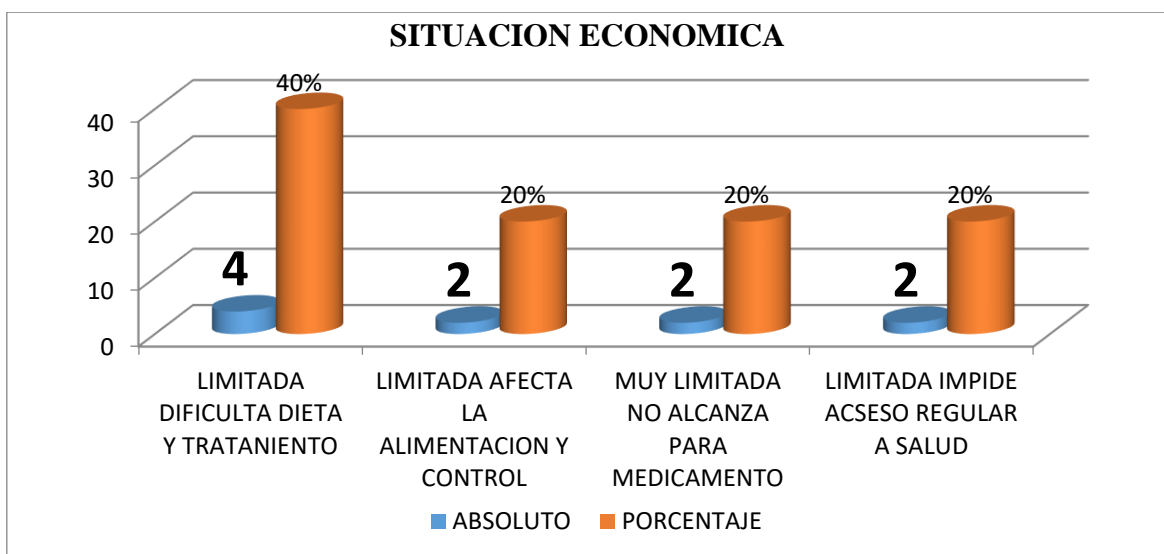
Tabla 13:

Variable de entrevistados que afirman su situación económica que dificultan su tratamiento

Variable	Numero	Porcentaje
Limitada dificulta dieta y tratamiento	4	40%
Limitada afecta la alimentación y control	2	20%
Muy limitada no alcanza para medicamento	2	20%
Limitada impide acceso regular a salud	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 13

Porcentaje de entrevistados que afirma la situación económica que dificultan el tratamiento en comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor



Fuente de elaboración propio

Interpretación: Según la encuesta la interpretación conjunta es que estamos frente a un escenario de vulnerabilidad económica que se traduce en barreras múltiples para llevar una vida saludable o tratar adecuadamente una condición de salud, en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor.

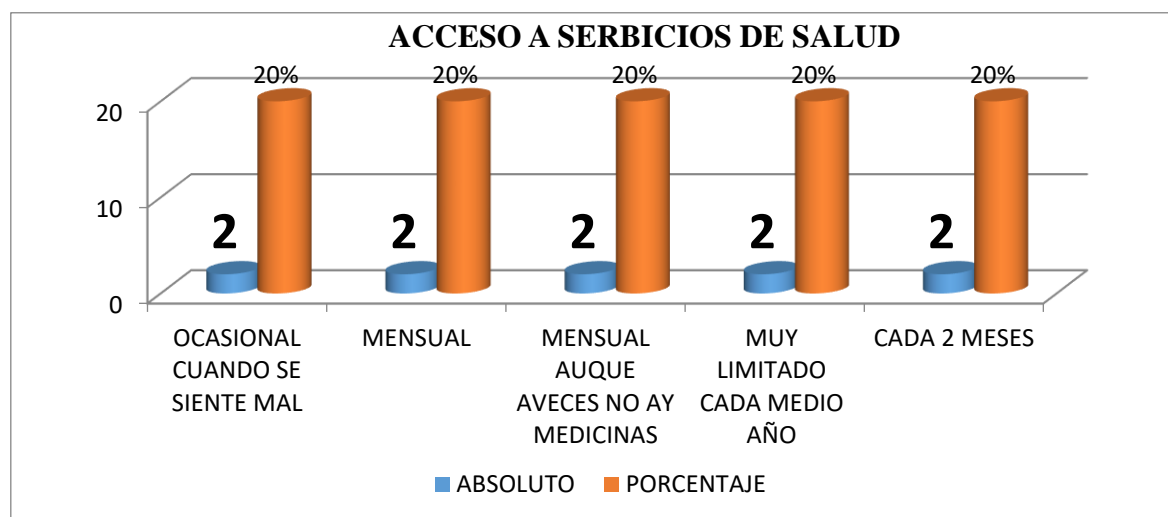
Tabla 14:

Variables de entrevistados que afirman el acceso a servicio de salud en la comunidad de santa lucia

Variable	Numero	Porcentaje
Ocasional cuando se siente mal	2	20%
Mensual	2	20%
Mensual, aunque a veces no ay medicinas	2	20%
Muy limitado cada año	2	20%
Cada 2 meses	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 14

Porcentaje de entrevistados que afirma el acceso a servicio de salud en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor



Fuente de elaboración propio

Interpretación: Según la encuesta el acceso es ocasional, solo al presentarse síntomas, se evidencia una situación de alta vulnerabilidad, un acceso mensual representa un nivel sostenible de contacto con el sistema de salud la frecuencia de cada año implica el mayor riesgo de condiciones crónicas que no se puede controlar.

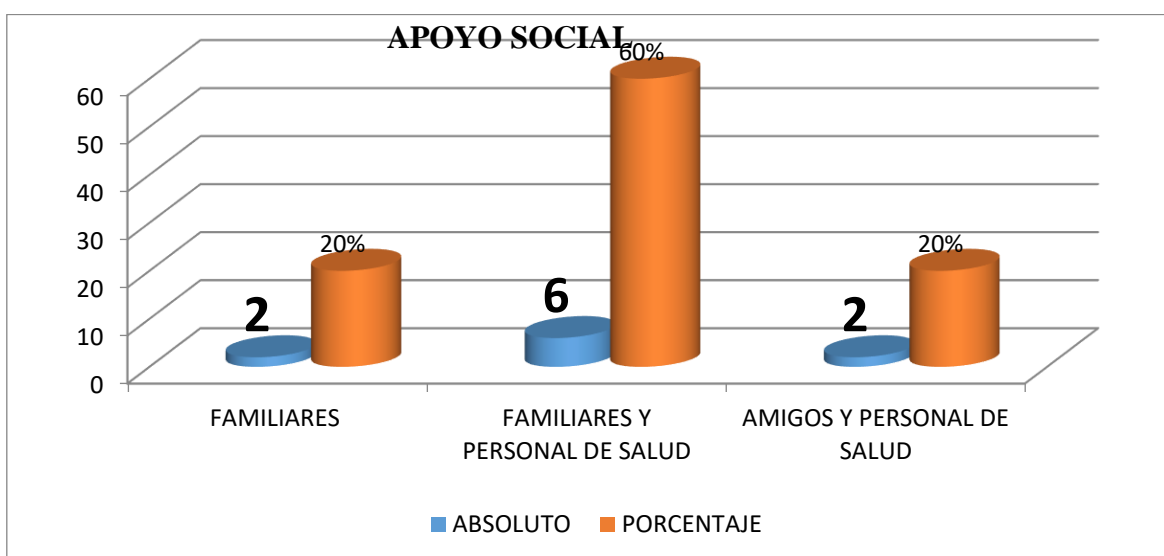
Tabla 15:

Variables de entrevistados que afirman el apoyo social en la comunidad de santa lucia

Variable	Numero	Porcentaje
Familiares	2	20%
Familiares y personal de salud	6	60%
Amigos y personal de salud	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 15

Porcentaje de entrevistados que afirma el apoyo social en la comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor



Fuente de elaboración propia

Interpretación: según La encuesta las distintas fuentes de apoyo social familiares, y personal de podemos establecer o fortalecerla capacidad de cuidado, salud, amigos y personal de salud seguimiento, información y adherencia a tratamientos

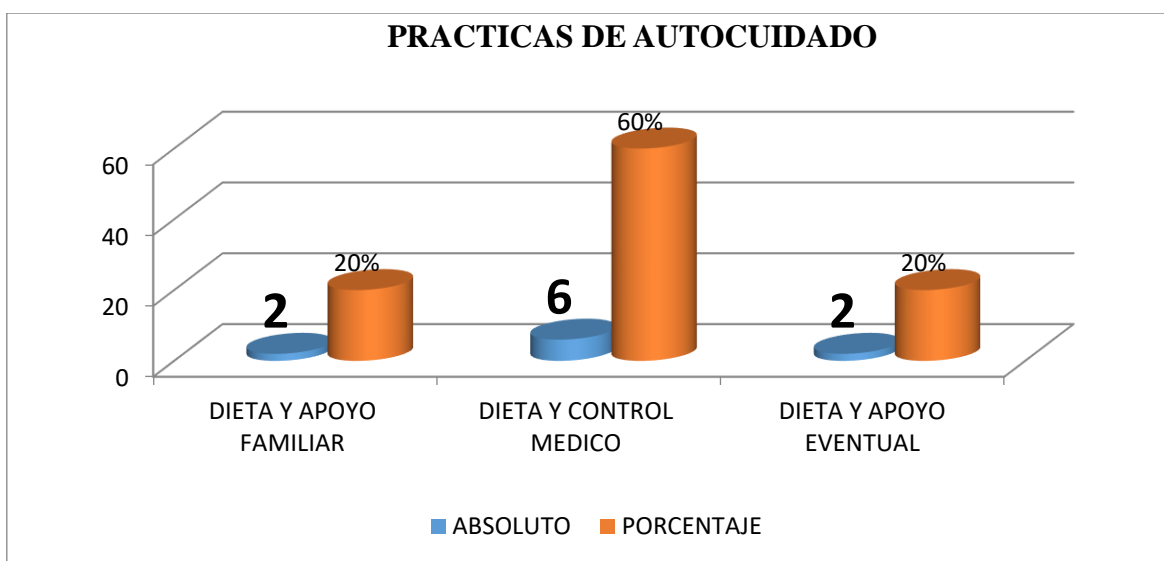
Tabla 16:

Variable de entrevistados que afirman la práctica de autocuidado en la comunidad de santa lucia

Variable	Numero	Porcentaje
Dieta y apoyo familiar	2	20%
Dieta y control medico	6	60%
Dieta y apoyo eventual	2	20%
TOTAL	10	100%

Figura 16

Porcentaje de entrevistados que afirma la práctica de autocuidado en comunidad de santa lucia municipio de Bella Flor



Fuente de elaboración propio

Interpretación: Según la encuesta el autocuidado en (Dieta y apoyo familiar, Dieta y control médico, Dieta y apoyo eventual, etc.) tiene mayor probabilidad y mejor control glucémico, menor complicación de enfermedades crónicas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

La presente investigación evidencia que la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial está influenciada por múltiples factores que trabajan en conjunto, en línea con el enfoque multidimensional que caracteriza este constructo. Se destaca que aspectos clínicos, como el control adecuado de la presión arterial y la presencia de comorbilidades, junto con determinantes sociales y aspectos psicológicos, juegan un papel fundamental en la percepción subjetiva del bienestar de los pacientes. Además, los estudios revisados muestran que los factores como la edad, en particular mayores de 50 años, y el sexo femenino, están asociados con niveles variables en la calidad de vida, subrayando la importancia de enfoques diferenciados y personalizados en la atención.

Por otro lado, la utilización de metodologías cuantitativas y de corte transversal en los estudios revisados ha permitido obtener datos relevantes sobre el estado actual de los pacientes hipertensos y los elementos que intervienen en su bienestar general. La evidencia sugiere que promover estilos de vida saludables, fortalecer la educación en salud y garantizar el acceso a servicios médicos son estrategias clave para la mejora de la calidad de vida. Estos enfoques deben ser integrados en las políticas públicas y en la atención primaria, especialmente en comunidades rurales como Santa Lucía, donde las condiciones estructurales y sociales impactan significativamente en la salud de la población.

Finalmente, la investigación resalta la necesidad de continuar profundizando en el entendimiento de los factores que afectan la calidad de vida de los hipertensos mediante el uso de enfoques mixtos que combinen evidencias cuantitativas y cualitativas. La implementación de intervenciones adaptadas a las características particulares de la población, junto con la promoción de acciones preventivas y de autocuidado, son esenciales para reducir las complicaciones asociadas a la hipertensión. Así, se contribuye al fortalecimiento de los sistemas de salud y a la promoción de una vida más saludable, en línea con los objetivos nacionales e internacionales de control y manejo de las enfermedades crónicas.

Resultado de objetivo específico 1

Al realizar la identificación de los factores sociodemográficos de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Santa Lucía, se encontró que la mayor proporción de los afectados corresponde a personas adultas mayores, con un rango de edad predominante entre 48 y 55 años. En cuanto al sexo, se observó una ligera predominancia del sexo femenino entre los casos registrados

Respecto al nivel educativo, la mayoría de los pacientes posee educación primaria completa o incompleta, mientras que un porcentaje menor cuenta con educación secundaria o estudios superiores. En relación con la ocupación, se identificó que una parte importante de los pacientes se dedican a labores domésticas, seguido de trabajadores informales y agricultores.

En cuanto a la situación económica, se evidenció que la mayoría pertenece a estratos socioeconómicos bajos, lo que podría influir en el acceso limitado a servicios de salud, medicamentos y estilos de vida saludables.

Estos resultados permiten caracterizar el perfil sociodemográfico de la población hipertensa de Santa Lucía y sirven como base para orientar estrategias de prevención y promoción de salud adaptadas a sus necesidades específicas.

Resultado de objetivo específico 2

El análisis evidenció que los factores clínicos y psicológicos evaluados incluidos el tiempo de diagnóstico, la presencia de comorbilidades, el nivel de adherencia al tratamiento, el estrés percibido y el estado emocional presentan una asociación significativa con la calidad de vida de los pacientes hipertensos. Se encontró que una mayor duración del diagnóstico y la presencia de múltiples comorbilidades se relacionan con una reducción notable en las dimensiones físicas y funcionales del bienestar. Asimismo, los pacientes con baja adherencia al tratamiento y mayores niveles de estrés y afectación emocional reportaron peor calidad de vida global. Estos hallazgos subrayan la importancia de integrar intervenciones clínicas y psicosociales para mejorar el bienestar integral de esta población.

Resultado de objetivo específico 3

El análisis estadístico evidenció que las condiciones del entorno social específicamente el acceso a los servicios de salud, el apoyo familiar y las prácticas de autocuidado ejercen una influencia significativa en los niveles de calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial. Se observó que un acceso oportuno y adecuado a la atención sanitaria, junto con altos niveles de apoyo familiar y la práctica constante de conductas de autocuidado, se asocian con mejores puntajes en las dimensiones física, emocional y social del bienestar. Estos hallazgos confirman la relevancia del entorno social como determinante clave en la calidad de vida de esta población.

5.2. Recomendaciones.

Basándose en los hallazgos de esta investigación, se recomienda que las instituciones de salud y los actores involucrados implementen programas integrales que aborden los factores clínicos, psicosociales y sociodemográficos que afectan la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial. Es fundamental fortalecer la educación en salud, promoviendo hábitos de vida saludables, control periódico de la presión arterial y la adherencia a los tratamientos, con el fin de reducir las complicaciones derivadas de esta enfermedad crónica.

Además, se sugiere que las políticas públicas prioricen la mejora del acceso a servicios de salud en comunidades alejadas o vulnerables, garantizando atención continua y especializada. Asimismo, es importante promover la participación activa de la comunidad, fortaleciendo las redes de apoyo familiar y social, así como facilitando la información y el seguimiento de los pacientes en su entorno cotidiano. Estas acciones contribuirán a elevar los niveles de calidad de vida y a reducir las brechas en la atención sanitaria.

Finalmente, se recomienda realizar investigaciones futuras que utilicen enfoques mixtos y enfoquen en las particularidades culturales y sociales de cada comunidad, como Santa Lucía, para desarrollar intervenciones más efectivas y culturalmente pertinentes. La incorporación de estrategias preventivas y de autocuidado, junto con el uso de herramientas de evaluación multidimensional, facilitará una gestión más holística e inclusiva de la hipertensión arterial, promoviendo así un bienestar integral en la población afectada.

REFERENCIAS

Almeida, C. R., & Santos, M. A. (2022). Estilos de vida y calidad de vida en pacientes hipertensos: un enfoque integral. *Revista de Salud Comunitaria*, 18(2), 101–110. <https://doi.org/10.2223/rsc.v18i2.456>

González, L. A. (2020). Determinantes sociales de la salud en poblaciones rurales de América Latina. *Salud Pública y Sociedad*, 12(3), 76–89. <https://doi.org/10.15517/sps.v12i3.41200>

Melo, R. G., Torres, J. M., & Díaz, F. A. (2021). Calidad de vida y factores asociados en personas con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 15(4), 245–252.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Hipertensión arterial: una epidemia silenciosa*. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>

Silva, P. T., Andrade, M. B., & López, J. H. (2021). Calidad de vida en pacientes con hipertensión: determinantes psicosociales. *Revista Iberoamericana de Psicología en Salud*, 9(1), 22–30. <https://doi.org/10.23923/j.psic.salud.2021.09.004>

Almeida, C. R., & Santos, M. A. (2022). Estilos de vida y calidad de vida en pacientes hipertensos: un enfoque integral. *Revista de Salud Comunitaria*, 18(2), 101–110. <https://doi.org/10.2223/rsc.v18i2.456>

González, L. A. (2020). Determinantes sociales de la salud en poblaciones rurales de América Latina. *Salud Pública y Sociedad*, 12(3), 76–89. <https://doi.org/10.15517/sps.v12i3.41200>

Melo, R. G., Torres, J. M., & Díaz, F. A. (2021). Calidad de vida y factores asociados en personas con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 15(4), 245–252.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Hipertensión arterial: una epidemia silenciosa*. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>

Silva, P. T., Andrade, M. B., & López, J. H. (2021). Calidad de vida en pacientes con hipertensión: determinantes psicosociales. *Revista Iberoamericana de Psicología en Salud*, 9(1), 22–30. <https://doi.org/10.23923/j.psic.salud.2021.09.004>

Melo, R. G., Torres, J. M., & Díaz, F. A. (2021). Calidad de vida y factores asociados en personas con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 15(4), 245–252.

Silva, P. T., Andrade, M. B., & López, J. H. (2021). Calidad de vida en pacientes con hipertensión: determinantes psicosociales. *Revista Iberoamericana de Psicología en Salud*, 9(1), 22–30. <https://doi.org/10.23923/j.psic.salud.2021.09.004>

World Health Organization. (2023). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Melo, R. G., Torres, J. M., & Díaz, F. A. (2021). Calidad de vida y factores asociados en personas con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 15(4), 245–252.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Hipertensión arterial: una epidemia silenciosa*. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>

Silva, P. T., Andrade, M. B., & López, J. H. (2021). Calidad de vida en pacientes con hipertensión: determinantes psicosociales. *Revista Iberoamericana de Psicología en Salud*, 9(1), 22–30. <https://doi.org/10.23923/j.psic.salud.2021.09.004>

Almeida, C. R., & Santos, M. A. (2022). Estilos de vida y calidad de vida en pacientes hipertensos: un enfoque integral. *Revista de Salud Comunitaria*, 18(2), 101–110. <https://doi.org/10.2223/rsc.v18i2.456>

González, L. A. (2020). Determinantes sociales de la salud en poblaciones rurales de América Latina. *Salud Pública y Sociedad*, 12(3), 76–89. <https://doi.org/10.15517/sps.v12i3.41200>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Hipertensión arterial: una epidemia silenciosa*. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>

González, L. A. (2020). Determinantes sociales de la salud en poblaciones rurales de América Latina. *Salud Pública y Sociedad*, 12(3), 76–89. <https://doi.org/10.15517/sps.v12i3.41200>

Melo, R. G., Torres, J. M., & Díaz, F. A. (2021). Calidad de vida y factores asociados en personas con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 15(4), 245–252.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Calidad de vida: aspectos conceptuales y metodológicos*. <https://www.who.int>

Silva, P. T., Andrade, M. B., & López, J. H. (2021). Calidad de vida en pacientes con hipertensión: determinantes psicosociales. *Revista Iberoamericana de Psicología en Salud*, 9(1), 22–30. <https://doi.org/10.23923/j.psic.salud.2021.09.004>

Almeida, C. R., & Santos, M. A. (2022). Estilos de vida y calidad de vida en pacientes hipertensos: un enfoque integral. *Revista de Salud Comunitaria*, 18(2), 101–110. <https://doi.org/10.2223/rsc.v18i2.456>

González, L. A. (2020). Determinantes sociales de la salud en poblaciones rurales de América Latina. *Salud Pública y Sociedad*, 12(3), 76–89. <https://doi.org/10.15517/sps.v12i3.41200>

Melo, R. G., Torres, J. M., & Díaz, F. A. (2021). Calidad de vida y factores asociados en personas con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 15(4), 245–252.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Hipertensión arterial: una epidemia silenciosa*. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage Publications.

Kim, S., Choi, J., & Lee, J. (2022). Social determinants and hypertension management: A community-based perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(7), 4153. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074153>

Mills, K. T., Stanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, *16*(4), 223–237. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>

Rodríguez, M., Pérez, A., & Sánchez, L. (2023). Estrategias comunitarias para el manejo de la hipertensión arterial en zonas rurales. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, *45*(1), 54–63. <https://doi.org/10.21149/12345>

World Health Organization. (2021). *Hypertension fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Kim, S., Choi, J., & Lee, J. (2022). Social determinants and hypertension management: A community-based perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(7), 4153. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074153>

Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, *16*(4), 223–237. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>

Pereira, M., Lunet, N., Azevedo, A., & Barros, H. (2021). Differences in prevalence, awareness, and control of hypertension between developing and developed countries. *Journal of Hypertension*, *39*(6), 1121–1130. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002754>

Rodríguez, M., Pérez, A., & Sánchez, L. (2023). Estrategias comunitarias para el manejo de la hipertensión arterial en zonas rurales. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 45(1), 54–63.

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., ... & Wright, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127–e248. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, E. A., Azizi, M., Burnier, M., ... & Kreutz, R. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

World Health Organization. (2021). *Hypertension fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Bello, A. K., Levin, A., Tonelli, M., Okpechi, I. G., Feehally, J., Harris, D., ... & Jha, V. (2020). Assessment of global kidney health care status. *JAMA*, 323(6), 578–589. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.21323>

Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension. *Circulation Research*, 124(7), 1124–1140. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>

Chobanian, A. V. (2022). Hypertension and its complications. *New England Journal of Medicine*, 386(8), 703–714. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2111672>

Chrysant, S. G. (2021). Pathophysiology and treatment of comorbid hypertension and diabetes. *Journal of Clinical Hypertension*, 23(4), 720–726. <https://doi.org/10.1111/jch.14180>

Kotsis, V., Stabouli, S., Papakatsika, S., Rizos, Z., & Parati, G. (2021). Mechanisms of obesity-induced hypertension. *Hypertension Research*, 44(8), 559–569. <https://doi.org/10.1038/s41440-021-00610-w>

Krousel-Wood, M., Joyce, C. J., Holt, E., Re, R. N., & Frohlich, E. D. (2021). Predictors of medication adherence and blood pressure control in patients with essential hypertension. *Current Hypertension Reports*, 23(9), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11906-021-01154-z>

Lee, H., Cho, S. M. J., Kim, H. C., & Lee, H. H. (2020). The impact of self-care on hypertension management: A population-based study in South Korea. *American Journal of Hypertension*, 33(3), 256–265. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpz166>

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., ... & Tsoufifis, K. (2018). 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

Basu, S., Phillips, R. S., Phillips, R., Peterson, L. E., & Landon, B. E. (2019). Primary care and health outcomes under managed care: Evidence from the USA. *The British Journal of General Practice*, 69(684), e70–e77. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700325>

Boima, V., Ademola, A. D., Odusola, A. O., Agyekum, F., Nwafor, C. E., Cole, H., & Ogedegbe, G. (2020). Factors associated with medication nonadherence among hypertensives in Ghana and Nigeria. *International Journal of Hypertension*, 2020, Article ID 3217570. <https://doi.org/10.1155/2020/3217570>

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(1_suppl2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>

García, J. A. (2022). Condiciones de vida y salud cardiovascular en comunidades vulnerables de América Latina. *Revista Latinoamericana de Salud Social*, 6(1), 15–28.

Referencia: Cano et al. (2021) hallaron que el nivel educativo y el ingreso están correlacionados con el acceso a servicios y conductas preventivas en hipertensos.

Cano, A. A., Morales, C., & Rivera, P. (2021). *Factores sociodemográficos y calidad de vida en pacientes hipertensos en atención primaria*. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(2), 45–52. <https://doi.org/10.22463/17949831.2856>

Gómez, R., & Alarcón, M. (2022). *Redes de apoyo y bienestar en pacientes crónicos rurales*. *Revista Latinoamericana de Psicología Social*, 16(3), 78–91. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6981234>

Rodríguez, J. M., & Fernández, L. (2022). *Impacto del control de la hipertensión sobre la calidad de vida de los pacientes*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e123. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.123>

Torres, N., & Delgado, J. (2022). *Trastornos emocionales y enfermedades crónicas: implicancias en la adherencia terapéutica*. *Revista de Psicología Clínica y Salud*, 15(2), 90–103. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7298763>

WHOQOL Group. (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>

Cano, A. A., Morales, C., & Rivera, P. (2021). *Factores sociodemográficos y calidad de vida en pacientes hipertensos en atención primaria*. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(2), 45–52. <https://doi.org/10.22463/17949831.2856>

Gómez, R., & Alarcón, M. (2022). *Redes de apoyo y bienestar en pacientes crónicos rurales*. *Revista Latinoamericana de Psicología Social*, 16(3), 78–91. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6981234>

Rodríguez, J. M., & Fernández, L. (2022). *Impacto del control de la hipertensión sobre la calidad de vida de los pacientes*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e123. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.123>

Torres, N., & Delgado, J. (2022). *Trastornos emocionales y enfermedades crónicas: implicancias en la adherencia terapéutica*. *Revista de Psicología Clínica y Salud*, 15(2), 90–103. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7298763>

WHOQOL Group. (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S003>

ANEXOS

Anexo 1 GUÍA DE ENTREVISTA

I. Consentimiento informado

Buenas tardes, mi nombre es Univ. Jose Luis Mamani, y formo parte de una investigación titulada: *“Factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Santa Lucía del municipio Bella Flor, gestión 2025”*.

La entrevista tiene fines académicos y será tratada con confidencialidad y anonimato. Usted puede negarse a responder cualquier pregunta o retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

¿Está de acuerdo en participar en esta entrevista?

- Sí
- No

II. Preguntas de perfil general

1. ¿Cuál es su edad?

R.-

2. Sexo:

- Femenino
- Masculino
- Otro

3. Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Viudo(a)
- Unión libre

4. Nivel educativo alcanzado:

- Primaria
- Secundaria

- Técnico
- Universitario
- Ninguno

5. Ocupación actual.

R.-

6. Ingreso económico aproximado mensual:

- Menos de 1000 Bs
- Entre 1000 – 2000 Bs
- Más de 2000 Bs

III. Preguntas por indicadores

A. Factores sociodemográficos

Dimensión 1: Edad y género

1. ¿Considera que su edad influye en cómo maneja la hipertensión?

R.-

2. En su experiencia, ¿cree que existen diferencias entre hombres y mujeres en la manera de enfrentar la hipertensión?

R.-

Dimensión 2: Nivel educativo y ocupación

3. ¿Cree que su nivel educativo le ayuda a comprender mejor las indicaciones médicas?

- Sí
- No
- Parcialmente

4. ¿Cómo afecta su trabajo/ocupación a su tratamiento o cuidados relacionados con la hipertensión?

R.-

Dimensión 3: Estado civil y situación económica

5. ¿Su estado civil influye en el apoyo que recibe para controlar su hipertensión?

- Sí
- No

6. ¿Cómo impacta su situación económica en la compra de medicamentos o acceso a consultas médicas? (Abierta)

B. Factores psicológicos

Dimensión 1: Estrés y ansiedad.

7. ¿Con qué frecuencia experimenta episodios de estrés relacionados con su salud?

- Nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Siempre

8. ¿Qué situaciones le generan mayor ansiedad respecto a su hipertensión? (Abierta)

Dimensión 2: Estado emocional.

9. En general, ¿cómo describiría su estado de ánimo en el último mes?

R.-

.....

.....

10. ¿Se siente satisfecho con su calidad de vida actual? (Cerrada)

- Sí
- No
- Parcialmente

Dimensión 3: Estrategias de afrontamiento.

11. ¿Qué métodos utiliza para manejar el estrés o la preocupación (ejercicio, descanso, apoyo social, oración, etc.)?

R.-

12. ¿Se siente capaz de controlar su enfermedad con las estrategias que emplea?

- Sí
- No
- A veces

C. Factores del entorno social

Dimensión 1: Apoyo familiar.

13. ¿Cuenta con familiares que lo ayudan en el seguimiento de su tratamiento?

- Sí
- No

14. ¿Qué tipo de apoyo recibe principalmente de su familia?

R.-

Dimensión 2: Red social y comunitaria.

15. ¿Participa en algún grupo comunitario o social que le brinde apoyo?

- Sí
- No

16. ¿De qué manera sus relaciones sociales influyen en el manejo de su hipertensión?

R.-

Dimensión 3: Acceso a servicios de salud.

17. ¿Con qué frecuencia acude a sus controles médicos?

- Mensualmente
- Cada 3 meses
- Cada 6 meses
- Solo cuando se siente mal

18. ¿Cómo valora la atención recibida en los centros de salud de su comunidad?

R.-

Anexo 2 Tabla comparativa de los entrevistados sobre hipertensión arterial

Aspectos	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5
Edad / Sexo	54 años / Masculino	48 años / Masculino	49 años / Masculino	51 años / Femenino	50 años / Masculino
Nivel educativo	Primaria	Secundaria	Secundaria	Primaria	Secundaria
Ocupación actual	Agricultor	Albañil	Albañil	Ama de casa	Agricultor
Tiempo con diagnóstico	6 meses	3 meses	2 años	1 año	3 años
Tratamiento indicado	Losartán + dieta	Losartán + dieta	Enalapril + dieta	Losartán + dieta	Losartán + Enalapril + dieta
Adherencia al medicamento	Sí, lo cumple	Sí, lo cumple	Sí, lo cumple	Irregular, pocas veces	Sí, lo cumple
Comorbilidades	Ninguna	Ninguna	Diabetes	Obesidad	Ninguna
Frecuencia de preocupación / ansiedad	Miedo a mareos y dolores de cabeza	Preocupación por economía y desmayo	Temor a infarto y subida de presión	Miedo a desmayo y avance de la enfermedad	Ansiedad por mareos y desmayo
Estrés principal	Inestabilidad económica y alimentación	Falta de coca para bolear	Problemas familiares y económicos	Temor a subida de presión	Falta de coca para bolear
Influencia reconocida en la presión arterial	Sí, por mala alimentación	Sí, por preocupación	Sí, por mala dieta	Sí, por preocupación	Sí, por preocupación

Aspectos	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5
Situación económica	Limitada, dificulta dieta y tratamiento	Limitada, afecta alimentación y control	Muy limitada, no alcanza para medicamentos	Limitada, impide acceso regular a salud	Limitada, dificulta dieta y tratamiento
Acceso a servicios de salud	Ocasional, cuando se siente mal	Mensual	Mensual (aunque a veces no hay medicinas)	Muy limitado, cada medio año	Cada 2 meses
Apoyo social	Familiares	Familiares y personal de salud	Familiares y personal de salud	Amigos y personal de salud	Familiares y personal de salud
Prácticas de autocuidado	Dieta y apoyo familiar	Dieta y control médico	Dieta y control médico	Dieta y apoyo eventual	Dieta y control médico

Aspectos	Entrevista 6	Entrevista 7	Entrevista 8	Entrevista 9	Entrevista 10
Edad / Sexo	48ños / Femenino	50ños / Femenino	54ños / Masculino	54ños / Masculino	50 años / Masculino
Nivel educativo	Primaria	Primaria	Primaria	Primaria	Primaria
Ocupación actual	Agricultor	Albañil	Albañil	Agricultor	Ama de casa
Tiempo con diagnóstico	6 meses	2 años	2 años	1 año	1 año
Tratamiento indicado	Losartán + dieta	Losartán + dieta	Enalapril + dieta	Losartán + dieta	Losartán + Enalapril + dieta
Adherencia al medicamento	Sí, lo cumple	Sí, lo cumple	Sí, lo cumple	Irregular, pocas veces	Sí, lo cumple
Comorbilidades	Ninguna	Ninguna	Diabetes	Obesidad	Ninguna

Aspectos	Entrevista 6	Entrevista 7	Entrevista 8	Entrevista 9	Entrevista 10
Frecuencia de preocupación / ansiedad	Miedo a mareos y dolores de cabeza	Preocupación por economía y desmayo	Temor a infarto y subida de presión	Miedo a desmayo y avance de la enfermedad	Ansiedad por mareos y desmayo
Estrés principal	Inestabilidad económica y alimentación	Falta de coca para bolear	Problemas familiares y económicos	Temor a subida de presión	Falta de coca para bolear
Influencia reconocida en la presión arterial	Sí, por mala alimentación	Sí, por preocupación	Sí, por mala dieta	Sí, por preocupación	Sí, por preocupación
Situación económica	Limitada, dificulta dieta y tratamiento	Limitada, afecta alimentación y control	Muy limitada, no alcanza para medicamentos	Limitada, impide acceso regular a salud	Limitada, dificulta dieta y tratamiento
Acceso a servicios de salud	Ocasional, cuando se siente mal	Mensual	Mensual (aunque a veces no hay medicinas)	Muy limitado, cada medio año	Cada 2 meses
Apoyo social	Familiares	Familiares y personal de salud	Familiares y personal de salud	Amigos y personal de salud	Familiares y personal de salud
Prácticas de autocuidado	Dieta y apoyo familiar	Dieta y control médico	Dieta y control médico	Dieta y apoyo eventual	Dieta y control médico

Anexo 3

Croquis y ubicación de centro de salud santa lucia



Centro de salud Santa Lucia



Comunidad de santa lucía municipio de bella flor



Realizando encuestas en la comunidad



