

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD, HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: UN DESAFÍO PARA EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LATINOAMÉRICA

PERCEPTION OF DISEASE, HABITS, AND HEALTHY LIFESTYLES: A CHALLENGE FOR THE CONTROL OF ARTERIAL HYPERTENSION IN LATIN AMERICA

RESUMEN

Introducción: La percepción de la hipertensión arterial es un factor clave para el control de la enfermedad en donde también influyen las creencias y prácticas personales de cada paciente. El objetivo de este artículo es realizar una revisión integrativa sobre la percepción de la enfermedad y de hábitos saludables en pacientes hipertensos latinoamericanos.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión integrativa en las bases de datos PubMed, BIREME y Scopus. La selección se realizó de manera independiente y en ciego. Finalmente, se abordaron de manera narrativa los resultados de los estudios seleccionados.

Resultados: Existe gran desconocimiento de la enfermedad en todos los aspectos. A pesar de reconocer la importancia del tratamiento farmacológico y no farmacológico, los pacientes no se apropian de su enfermedad; siendo importantes los factores sociales y emocionales para lograr adherencia.

Discusión: Se debe mejorar la educación en salud desde la atención primaria, los tomadores de decisiones y personal de salud son actores claves que podrían facilitar el conocimiento de la enfermedad para mejorar el control de la misma.

Palabras clave: Hipertensión, Estilo de vida, Conductas Relacionadas con la Salud, Percepción.

ABSTRACT

Introduction: Arterial hypertension perception is a key factor for disease control. Also, the personal beliefs and practices of each patient can influence it. We aimed to determine the perception of hypertension and healthy habits in Latin American hypertensive patients, using a scoping review methodology.

Materials and methods: We conducted a scoping review by using three databases, namely PubMed, BIREME, and Scopus. Two independent researchers carried out the selection process blindly. We adopted a narrative approach to summarize the findings of the chosen studies.

Results: There is a significant lack of awareness about the disease in all aspects. While patients understand the significance of both pharmacological and non-pharmacological treatments, they do not possess enough knowledge about their condition. Moreover, social and emotional factors play a vital role in ensuring that patients adhere to the prescribed treatment.

Discussion: The improvement of health education in primary care is paramount in enhancing patient knowledge of diseases and consequently improving their control. Stakeholders and health personnel play pivotal roles in this regard as they can impart knowledge to patients on their disease to improve their management.

Key words: Hypertension, Lifestyle, Health Behavior, Perception.

Lora-Mantilla A.J.
Cáceres-Ramírez C.
Parra-Gómez L.A.
Camacho P.A.

Subdirección de Investigación,
Innovación y Educación.
Clínica FOSCAL.
Floridablanca, Colombia.
Universidad Autónoma de Bucaramanga.
Bucaramanga, Colombia.

paul.camacho@foscal.com.co

Recibido el 15-06-2022
Aprobado el 12-11-2023

INTRODUCCIÓN

A las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se les atribuye el 74,3% de las muertes en el mundo y ocupan el primer puesto en carga de enfermedad con el 15,5% del total de años de vida ajustados por discapacidad. De estas, el primer lugar lo ocupa la enfermedad cardiovascular (ECV) con el 32,8% del total de muertes¹. Este grupo representa un desafío para el sistema de salud debido a sus altas tasas de incidencia y de morbimortalidad, que aumentan gradualmente; siendo además la causa más común de discapacidad².

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo modificable para la ECV¹, por lo cual su prevención y manejo es clave para disminuir su mortalidad, considerando que solo un tercio de los hipertensos logran controlar su enfermedad³. Las recomendaciones para el tratamiento de la HTA se enfocan inicialmente en la terapia no farmacológica, siendo el paso previo al inicio de medicamentos y un complemento esencial para lograr su control⁴. Hoy en día, la situación se caracteriza por la desinformación que existe sobre la hipertensión, sus causas y su manejo, más la falta de conocimiento sobre la efectividad de las estrategias no farmacológicas y su impacto importante en la reducción de la presión arterial. Esta situación conlleva a una baja adherencia a estos cambios en el estilo de vida^{5,6}.

En el manejo de la enfermedad, la percepción es un factor decisivo que determina el comportamiento sobre la búsqueda de salud, al integrar las creencias implícitas y de sentido común del paciente sobre la enfermedad⁷. Las personas buscan entender la enfermedad mediante el desarrollo de la comprensión de su significado, causas, consecuencias, duración y curación⁸. La forma en que las personas perciben su salud está influenciada por un conjunto de factores ambientales, culturales y socioeconómicos. La importancia del tema de la percepción y conocimiento de la enfermedad es que a diferencia de muchos otros factores sociodemográficos, estos se pueden modificar mediante intervenciones educativas sencillas y de bajo costo⁹.

Es poco lo que se conoce sobre la percepción de la enfermedad en hipertensos, y aún menos en la población de Latinoamérica. Por tanto, el objetivo de esta revisión integrativa es describir la percepción de la enfermedad, hábitos y estilos de vida saludables adoptados en pacientes hipertensos de Latinoamérica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Esta revisión integrativa se fundamentó de acuerdo con el marco metodológico propuesto por Arksey y O'Malley¹⁰ y las directrices para revisiones sistemáticas y metaanálisis elaboradas por Tricco, Lillie, Zarin y cols.¹¹ (PRISMA).

Etapa 1: Identificando la pregunta de investigación

La revisión se centró en la siguiente pregunta de investigación: *En los países de Latinoamérica, ¿cuál es la percepción del paciente con hipertensión sobre su enfermedad y hábitos y estilos de vida saludables?*

Para este estudio se tomaron en cuenta las siguientes definiciones:

- La percepción es la valoración subjetiva de la persona sobre algún tema, en este caso su estado de salud¹².
- La HTA es un trastorno crónico caracterizado por una presión elevada persistente en los vasos sanguíneos¹³. Según la Sociedad Europea de Cardiología se diagnostica por una presión arterial sistólica (PAS) mayor a 140 mmHg y una presión arterial diastólica (PAD) mayor a 90 mmHg⁴.
- La adopción de un hábito es un fenómeno por el cual el comportamiento es influenciado automáticamente como resultado de la asociación de conductas y señales aprendidas¹⁴. Según la Asociación Americana del Corazón¹⁵, los hábitos y estilos de vida saludables comprenden: dieta saludable con bajo consumo de sal, evitar el consumo excesivo de alcohol, realizar actividad física, manejo adecuado del estrés, mantener un peso corporal adecuado, suspender el consumo de tabaco y una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico.

Etapa 2: Identificando los estudios relevantes

La búsqueda sistemática de la literatura se hizo en las bases de datos PubMed, Biblioteca Virtual de Salud (BIREME) y Scopus, identificando los artículos más relevantes en torno a la pregunta de investigación. Los términos de búsqueda en función a los *Medical Subject Headings* (MeSH), los *Descriptor en Ciencias de la Salud* (DeCS) y términos libres para español, inglés, portugués y francés fueron: "hipertensión", "percepción", "América Latina", "Perú", "Ecuador", "Argentina", "Bolivia", "Brasil", "Chile", "Colombia", "Costa rica", "Cuba", "El salvador", "Guatemala", "Honduras", "México", "Nicaragua", "Paraguay",

“Panamá”, “República Dominicana”, “Uruguay” y “Venezuela”, estos se combinaron con operadores OR y AND para aumentar la sensibilidad y mantener la especificidad.

La búsqueda se fundamentó en el título, resumen y/o palabras clave.

Etapas 3: Selección de los estudios

Dos autores (AJLM y CCR), de manera independiente, revisaron los documentos identificados, hasta la fecha (02 de diciembre, 2021), en la búsqueda inicial para su selección primaria por título y resumen, mediante el aplicativo web Rayyan QCRI¹⁶, las discrepancias fueron resueltas en consenso y por un tercer investigador (LAPG). Se incluyeron los artículos referentes a la percepción de hipertensión y/o hábitos saludables en población latinoamericana, independientemente del método utilizado. Se excluyeron artículos publicados en idiomas distintos al inglés, español o portugués, artículos que no se encontraban completos, cartas al editor y artículos de revisión. Luego de la selección inicial, se revisaron los artículos completos y los que no abordaban la pregunta de investigación fueron excluidos.

Etapas 4: Creación de gráficos de datos:

Se diseñó una matriz electrónica de extracción de datos mediante Google Sheets. De manera independiente y en ciego se extrajeron las variables: datos generales (título, año de publicación y apellido del primer autor), datos metodológicos (diseño de investigación, tamaño de muestra y objetivo) y conclusiones del artículo. La creación del diagrama de PRISMA se realizó mediante el aplicativo electrónico sugerido: *ShinyApp for producing PRISMA 2020*¹⁷. La creación de las demás figuras incluidas se realizó mediante aplicativo web Miro¹⁸.

Etapas 5: Resumen de los resultados:

Se clasificaron los artículos de acuerdo con el método de investigación utilizado en cuantitativos y cualitativos así como por país de realización, con el objetivo de resumir de manera adecuada los resultados de los diferentes tipos de estudio.

RESULTADOS

Proceso de selección de los artículos

La búsqueda planificada identificó 632 publicaciones en las bases de datos definidas. Estas se unificaron en el aplicativo web RAYYAN QCRI, eliminando 205 duplicados. 427 estudios se evaluaron por título y resumen, excluyendo 407 estudios que no se ajustaban a la pregunta de interés. De este modo, 20 artículos quedaron para la etapa final. De estos, se excluyeron 7: uno porque no se logró acceder al texto completo; otro porque se trataba de un estudio con exclusivamente pacientes afroamericanos, y cinco que tenían un objetivo diferente al de nuestro estudio. Por consiguiente, en esta revisión integrativa se incluyeron 13 artículos. El diagrama de PRISMA completo ilustrado se encuentra en la Figura 1.

Características de los estudios incluidos y sus participantes

La Tabla 1 resume las características principales de los estudios. De estos, 9 utilizaron métodos cualitativos exclusivamente, 3 estudios cuantitativos (dos transversales, uno longitudinal) y 1 método mixto. Los estudios fueron llevados a cabo en cinco países diferentes. De los nueve estudios cualitativos, cuatro se realizaron en Brasil, tres en Perú y uno en Colombia; los cuantitativos se realizaron en Brasil, Colombia y Perú; y el estudio mixto se realizó en República Dominicana. Con respecto a la población, la mayoría de los estudios incluyó pacientes de 18 años o más y uno contempló pacientes de 60 años o más¹⁹. Así mismo, la mayoría de los estudios enrolaron solo pacientes hipertensos, tres sumaron pacientes con otras enfermedades crónicas y uno incluyó pacientes sanos e hipertensos.

La Tabla 2 presenta los temas claves abordados en el estudio y algunos ejemplos destacados que se encontraron en los artículos identificados.

El método más utilizado para recolectar la información en los estudios cualitativos fue la entrevista semiestructurada²⁰⁻²⁴, otras herramientas empleadas fueron la entrevista estructurada²⁵⁻²⁷, grupos focales^{22,23,28} y entrevistas en profundidad¹⁹; para la elaboración del componente cuantitativo se realizaron encuestas y revisión de historia clínica^{27,29,31}.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2021 del proceso de selección de artículos acerca de la percepción del paciente con hipertensión sobre la implementación de hábitos y estilos de vida saludable (11)

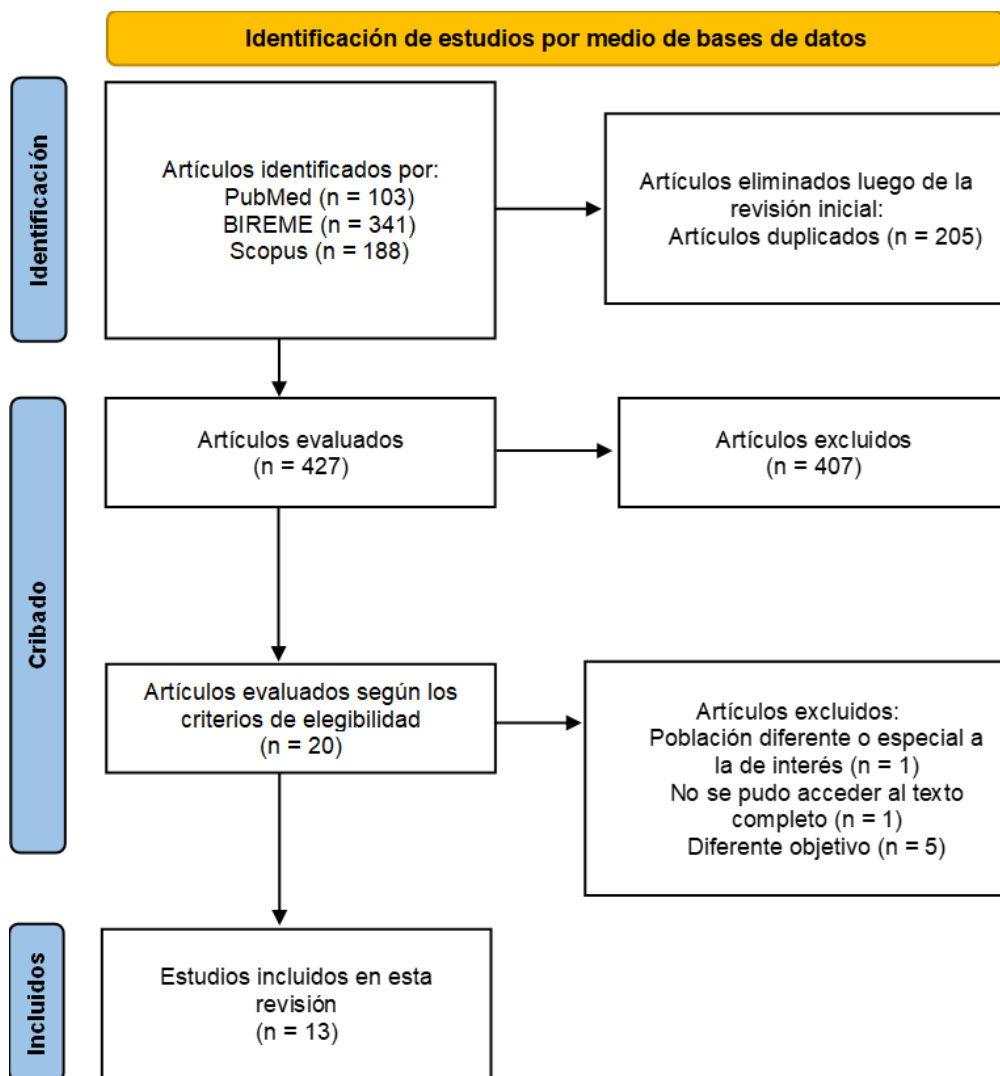


Tabla 1. Características principales de los estudios incluidos sobre la percepción de la HTA y hábitos y estilos saludables en adultos hipertensos de Latinoamérica.

Autores	Año	País	Objetivo	Núm. de participantes	Método	Conclusiones
Al-Rousan et al. (22)	2020	Perú Camerún Malawi	Comprender las prácticas actuales del manejo de la presión arterial en países de ingresos bajos y medianos, así como la viabilidad de utilizar la monitorización domiciliar de la presión arterial y la auto titulación de medicamentos en Perú, Camerún y Malawi.	76	Cualitativo (entrevistas a profundidad y grupos focales)	Existen importantes lagunas de conocimiento sobre las causas y consecuencias de la HTA. Hay una necesidad crítica de comprender el contexto local en cada entorno e identificar las mejores formas de promover las prácticas de la monitorización domiciliar de la presión arterial, y lograr mejor control de la presión arterial.
Busse et al. (26)	2018	Perú	Identificar creencias destacadas sobre caminar 3 veces por semana durante 30 minutos sin parar entre pacientes con hipertensión en un entorno de bajos recursos y, medir las relaciones entre intenciones, actitudes, presión social percibida y control conductual percibido sobre este comportamiento	34	Cualitativo (entrevistas)	Nuestro estudio proporciona elementos para informar el diseño de una intervención que motivaría a las personas que viven con hipertensión a caminar de manera regular. El control conductual percibido puede ser clave para las decisiones de caminar con regularidad. El conjunto de creencias sobre las barreras, que incluyen (no) tener a alguien con quien caminar, tener trabajo o responsabilidades, o no tener tiempo, podría ser el objetivo de campañas de comunicación de salud para el control de la HTA entre las personas que viven con esta afección.
Einloft et al. (31)	2016	Brasil	Analizar la influencia de las intervenciones educativas en los perfiles antropométricos clínicos y bioquímicos, así como en la percepción de salud y enfermedad de los pacientes con HTA en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia.	212	Longitudinal, de intervención	Promover cambios positivos en los perfiles antropométricos, clínicos y bioquímicos de los participantes del estudio, tiene potencial para tratar la HTA. El uso de prácticas empoderadoras tiene efecto beneficioso en la superación de la idea de la salud como solo ausencia de enfermedad, ampliando el conocimiento de la enfermedad y autocuidado. Sin embargo, la rendición de cuentas y la autogestión del tratamiento, caminos fundamentales para la calidad de vida y la convivencia armónica de los pacientes con HTA con su estado de salud, aún estaban poco desarrollados incluso después de las intervenciones.

Chang et al. (27)	2015	República Dominicana	Explorar: 1) Creencias, percepciones y prácticas de autocuidado relacionadas con la presión 2) Las estrategias individuales que contribuyen al manejo de la presión 3) El significado personal y social de la presión.	49	Cualitativo (Entrevistas) y cuantitativo	El 31% de los participantes tuvo mejoras de las lecturas de control de la presión arterial, el 33% no demostró ningún cambio de las lecturas de presión arterial. El 40,5% indicó comer, beber o hacer otra cosa además de tomar medicamentos. El 36% de los participantes del estudio mencionó el calor. Las respuestas indicaron que existe un alto grado de conciencia sobre la presión dentro de su comunidad.
Oliveira Leão e Silva et al. (19)	2013	Brasil	Identificar las percepciones de los pacientes ancianos hipertensos en torno a la terapia relacionada con la adherencia o no al tratamiento farmacológico en un municipio mediano del Estado de Minas Gerais en 2010.	99	Cualitativo (Entrevistas a profundidad)	Los ancianos hipertensos que no se adhieren al tratamiento tienden a considerar la HTA como un síntoma agudo, sintomático y vinculado a estados emocionales. Tal percepción errónea hace necesario reevaluar las pautas que el equipo de salud brinda a los pacientes. Los pacientes tienen un conocimiento adecuado sobre la HTA y el tratamiento, pero se les actúa de acuerdo a sus opiniones y experiencias socialmente compartidas. Los profesionales de la salud deben estar atentos de la cantidad de medicamentos ingeridos, el uso de bebidas alcohólicas, olvido; y cambios de estilo de vida, cómo seguir la dieta y practicar actividades físicas.
Machado et al. (20)	2012	Brasil	Verificar las percepciones de las personas hipertensas en relación con los factores de riesgo y su experiencia con la HTA en un Centro de Referencia de Enfermedades Cardiovasculares de la ciudad de Salvador.	30	Descriptivo de naturaleza cualitativa (formulario semiestructurado)	Los encuestados tienen suficiente autoconocimiento para saber qué desencadena el aumento de la presión arterial. Conociendo la historia de cada persona, es posible actuar sobre factores que no se notan en una simple entrevista. La necesidad de crear un vínculo entre los pacientes y el equipo es fundamental para la acción y resolución de estos factores. Esto con el fin de promover la atención de la salud con base en las experiencias y el contexto socioeconómico y cultural en el que viven.
Bezerra et al. (21)	2010	Brasil	Analizar las percepciones de un grupo de personas hipertensas sobre su proceso de enfermedad relacionado con los modelos conceptuales de King de sistemas personales e interpersonales.	50	Descriptivo exploratorio, análisis cualitativo (Entrevistas semiestructuradas)	Se revelaron las percepciones de las personas hipertensas como el miedo a posibles complicaciones; satisfacción con la forma de vida de las personas adaptadas al tratamiento; insatisfacción por el hecho de cambiar tanto su estilo de vida; y conformación de algunos con la enfermedad. Las enfermeras son percibidas como profesionales capaces de apoyar, orientar y examinar los parámetros físicos y psicológicos del paciente. La percepción que revelan los pacientes hipertensos carece de información sobre su enfermedad, su tratamiento y sus repercusiones en el futuro. Revelando que la educación en salud no tiene un nivel adecuado de efectividad.

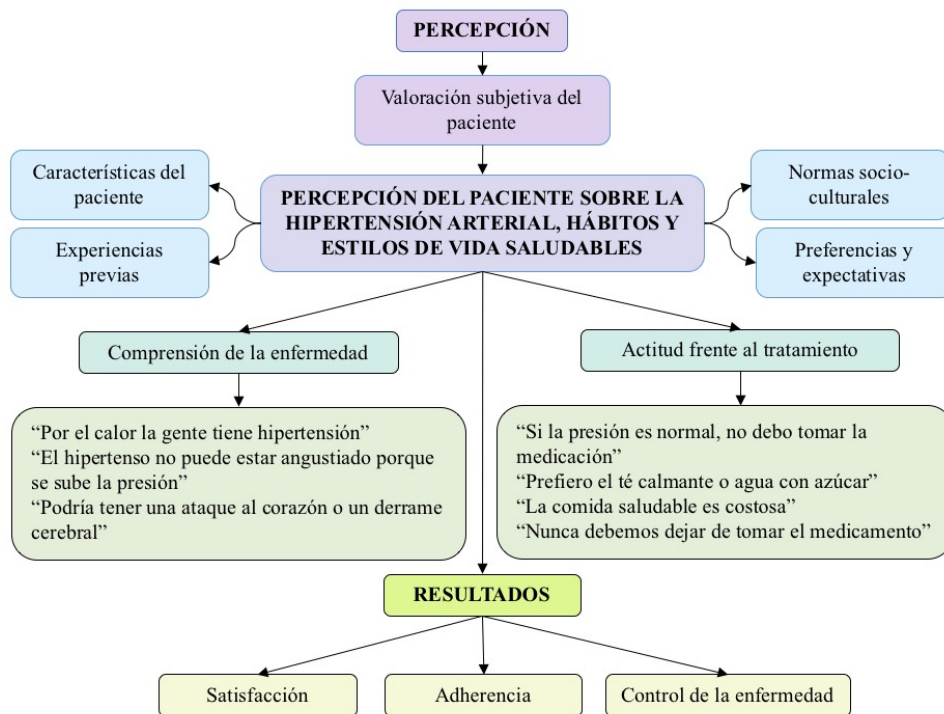
Péres et al. (25)	2003	Brasil	Conocer al paciente con HTA desde la red de salud pública, a través del análisis de sus actitudes, percepciones, creencias, pensamientos y prácticas, con el propósito de mejorar los programas de atención para esta categoría de enfermedades.	32	Cualitativo (Entrevistas estructuradas)	Los aspectos psicosociales y las creencias sobre la salud parecen afectar directamente el conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad hipertensiva y sus prácticas de salud. Dado que todos los pacientes ya habían recibido algún tipo de información sobre la HTA antes del inicio del estudio, sería importante proponer nuevas formas de educar a estos pacientes.
Casas Piedrahíta et al. (29)	2013	Colombia	Establecer la relación entre la adhesión al tratamiento con los factores demográficos y socioeconómicos, satisfacción con los servicios de salud, percepción de la calidad de la atención médica y conocimientos sobre la enfermedad de pacientes del Programa de HTA de dos municipios de Colombia en 2010-2011	295	Corte transversal	Se encontró una adherencia inferior al 50% en los pacientes estudiados en ambos municipios, similar a lo encontrado en otros estudios a nivel mundial. Sin embargo, respecto a los factores relacionados con la adherencia, las conclusiones derivan de las condiciones socioeconómicas de una población que es beneficiaria de los programas del Estado. Se reveló insuficiencia en los programas en el seguimiento y control de los factores de riesgo y antecedentes patológicos o comorbilidades de los pacientes.
Perez-Leon et al. (23)	2018	Perú	Localizar los desafíos de salud que enfrentan los países de ingresos bajos y medianos como resultado de la doble carga que las enfermedades tropicales desatendidas (NTD) y las enfermedades no transmisibles (ENT) imponen a los sistemas de salud locales.	138	Cualitativo (entrevistas semiestructuradas y grupos focales)	Se muestra la importante influencia de la cultura y las condiciones sociales en la percepción de los alimentos y los cambios dietéticos en las zonas rurales del Perú. Las personas pobres en las zonas rurales toman decisiones y tienen conocimientos sobre los alimentos que se basan en el aprendizaje, la experiencia, la exposición y la disponibilidad. El conocimiento por sí solo no influye en la conducta alimentaria y hacer cambios en la dieta es difícil. Por lo tanto, promover dietas saludables sin contextualizar la información y las recomendaciones seguramente producirá resultados subóptimos. La promoción de la salud centrada en la nutrición para las comunidades rurales pobres debe tener en cuenta las actividades de la vida diaria, el acceso y la asequibilidad de los alimentos, pero también las preferencias y tradiciones del sabor de los alimentos.

Mejía-López et al. (24)	2017	Colombia	Identificar la influencia de la trayectoria de vida familiar en la apropiación de estilos de vida de personas diagnosticadas con hipertensión arterial o diabetes mellitus II en la ciudad de Cali.	40	Cualitativo, exploratorio, comparativo (entrevistas semiestructuradas)	Los estilos de vida no son "simples o sencillas" prácticas individuales, sino construcciones sociales complejas y dinámicas que han sido permeadas por la relación de interacción, especialmente la familia ha hecho un aporte importante en este proceso. La manera en que los sujetos viven su proceso salud-enfermedad está influenciada por sus formas de actuar, que permite un desenvolvimiento social configurado por su trayectoria vital, afectada por la clase social a la que pertenecen.
Fort et al. (28)	2013	Costa Rica y México	Presentar cómo los pacientes con diabetes tipo 2 y / o hipertensión de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México y San José, Costa Rica perciben su papel en el manejo de su enfermedad y resumir los principales factores facilitadores y barreras.	70	Cualitativo (Grupos focales)	Los pacientes con diabetes e hipertensión presentan un rango de disposición para asumir el autocontrol de la enfermedad y las barreras y facilitadores difieren según la etapa en la que se encuentran. Todos los participantes de este estudio tienen HTA o diabetes, pero algunos afirman que simplemente no tienen la enfermedad, mientras que otros han reconocido completamente su enfermedad y están trabajando para promover cambios en su estilo de vida. Existe una oportunidad para mejorar la autogestión de la enfermedad en el nivel de atención primaria de salud en estos dos entornos al comprender mejor las barreras específicas y facilitar los factores que enfrentan los pacientes individuales, según su etapa de cambio, y también a través del reconocimiento de que hay factores que trascienden al individuo.
Failoc-Rojas et al. (30)	2019	Perú	Evaluar la asociación entre la percepción de consumo de sal y el diagnóstico de HTA a partir de la evaluación de pobladores peruanos residentes de once ciudades peruanas.	4236	Corte transversal, analítico	Los pacientes hipertensos tienen una percepción de bajo consumo de sal, se necesita evaluar los tratamientos no farmacológicos de los pacientes hipertensos.

Tabla 2. Hallazgos sobre la percepción de la hipertensión y los hábitos de estilos de vida en los artículos identificados

TEMAS	EJEMPLOS
Creencias y conocimientos de frente a la hipertensión arterial	<p>“Por el calor, la gente sufre de la presión” (27)</p> <p>“Se me sube la presión cuando como carbohidratos o me siento estresado” (22)</p> <p>“La enfermedad es un peligro, si no la controlamos es arriesgado tener otras cosas peores, derrame cerebral, trombosis y quedar paralizado” (21)</p> <p>“ Podría muy bien morir y volverme hemipléjico” (22)</p>
Perspectiva sobre la adopción de hábitos saludables	<p>“Yo hago mi gimnasia con los bomberos [...] es para gente mayor, son más estiramientos, aeróbicos, cosas livianas”. (21)</p> <p>“La sal es un arma mortal, la falta de ejercicio, la obesidad, quien fuma y quien bebe.” (21)</p> <p>“Tiene que mirar la comida, ¿no? Más comida sin grasa, no comer mucha fritura, no comer comida condimentada con sal” (19)</p>
Perspectiva sobre la adherencia al tratamiento farmacológico	<p>“Tomo agua azucarada, para calmar los nervios, tomo té para no tomar solo medicinas” (19)</p> <p>“Nunca debemos dejar de tomar el medicamento” (19)</p> <p>“Si la presión es normal, ¿por qué debo tomar la medicación? Es mucha medicina para tomar”(21)</p> <p>“El problema es que no hay información de si está evolucionando positiva o negativamente, entonces uno sigue tomando pastillas y pastillas pero sin saber realmente si está bien parar, qué se yo” (28)</p>
Barreras y facilitadores para adoptar estilos de vida saludables	<p>“Cuando el centro de salud tiene medicinas, nos las dan y cuando no tienen hay que comprarlas... y es un gasto que no tienes en mente” (22)</p> <p>“La comida es cara; a veces no es posible seguir una dieta, el dinero marca la diferencia”(21)</p> <p>“Es muy importante la ayuda de la familia, que los niños y la familia entiendan que uno no puede. Entonces ahora entienden que no podemos tener postres en casa, evitan comprarlos y traerlos a casa”. (28)</p> <p>‘No tiene en casa a nadie que le tome la PA ni hay un centro de salud cerca donde pueda medirse la presión arterial’. (22)</p>

Figura 2. Principales percepciones y creencias en torno a la hipertensión arterial, hábitos y estilos de vida saludables



Resultados particulares

Respecto al conocimiento sobre la enfermedad, Peres et al.²⁵ encontraron que el 47% de los pacientes hipertensos desconocen qué es la HTA; similar a lo descrito por Carvalho et al. donde los entrevistados presentaban dudas sobre la herencia de la enfermedad y su evolución²⁰. Por otro lado, Oliveira et al.¹⁹ demostraron que en adultos mayores el conocimiento sobre la HTA y su manejo es adecuado, tanto en pacientes adherentes como no adherentes; sin embargo, la práctica de estos conocimientos en el curso de la enfermedad se ve influenciado por factores emocionales, sociales, biológicos y culturales.

En cuanto a los factores de riesgo para desarrollar la enfermedad se resalta la preponderancia que los pacientes le otorgan a los factores psicológicos y emocionales, encontrándose que los adultos mayores hipertensos no adherentes consideran la HTA como un cuadro agudo ligado y generado por estados emocionales adversos, por lo cual creen que la mejor forma de tratamiento es dormir bien y/o hablar con los familiares y amigos para “quitar el estrés”¹⁹. De manera similar, Bezerra y colaboradores²¹ encontraron que los pacientes asocian la HTA con situaciones que generan estrés y tensión emocional. Como lo menciona un paciente:

“El que es hipertenso no puede estar contento ni triste, no podemos estar angustiados porque se sube la presión”.

Los principales factores de riesgo para elevar la presión arterial reportados por Carvalho et al.²⁰ son el estrés emocional (36,7%), la ingesta de sal (20%), ingesta de fritos (16,7%) y tabaquismo (10%). Adicionalmente reportaron situaciones relacionadas con el estado de ánimo como la molestia (36,7%) y la preocupación (16,7%) como factores estrechamente relacionados con el aumento de la TA. Peres et al.²⁵ y Mejia et al.²⁴ concuerdan en que los principales factores que influyen en tener una enfermedad no controlada son los factores estresantes y emocionales, seguido de la dieta y la falta de adherencia a los medicamentos. Por otro lado, Al-Rousan et al.²² describen que los pacientes en Perú relacionan la elevación de la TA con la alimentación:

“Se sube la presión cuando comen carbohidratos o se sienten estresados”.

Rojas et al.³⁰ demostraron una asociación entre la percepción de poco o nada de consumo de sal en la dieta con la HTA, sobrepeso, diabetes e hiperco-

lesterolemia. Dentro de otras causas, Chang et al.²⁷ reportan que el 36% de los pacientes consideraron el calor como una causa de HTA, y así lo manifestaron:

“Por el calor, la gente sufre de la presión”

“el caribe es caliente y comemos mucha sal y grasa”

En cuanto a las complicaciones derivadas de la HTA, se encontró que los pacientes confunden los términos factores de riesgo y complicaciones, ya que al preguntar por los primeros las respuesta más frecuentes fueron los accidentes cerebrovasculares (ACV) e infartos²⁰. Además, se evidenció el desconocimiento sobre el riesgo implícito que conlleva la enfermedad, pues solo un 20% de los pacientes asocian valores altos de TA con la muerte²⁷.

Bezerra et al.²¹ encontraron que los pacientes perciben la HTA como una enfermedad grave capaz de generar complicaciones serias. Como por ejemplo:

“La enfermedad es un peligro, si no la controlamos, es arriesgado tener otras cosas peores, derrame cerebral, trombosis y quedar paralizado”

De manera similar en un estudio realizado en Perú, Camerún y Malawi²², los pacientes demostraron diferentes grados de preocupación y ansiedad sobre su enfermedad, desde los síntomas iniciales como mareos, edema de miembros inferiores, hasta el desarrollo de eventos cardiovasculares que puedan afectar la capacidad funcional. Como mencionó un paciente:

“Podría tener un ataque al corazón, un derrame cerebral. Podría muy bien morir y volverme hemipléjico”

Pese a esto, solo una pequeña cantidad de pacientes realizan monitoreo de PA en casa (33,3% de los pacientes en Perú, 11% en Camerún, 6,4% en Malawi); y la mayoría solo evalúa sus cifras de PA durante sus controles médicos debido principalmente a la falta de recursos para controlar su PA, ya sea en el hogar o en las clínicas²².

Con relación al manejo de la enfermedad, destaca la predilección de los pacientes hacia las medidas no farmacológicas tipo bebidas naturales y remedios caseros. Chang y colaboradores²⁷ demostraron que el 40,5% de los pacientes refirieron realizar medidas no farmacológicas para el control de su enfermedad, entre las que resaltan tomar agua con azúcar y un poco de sal (29,4%), tomar agua fría (29,4%) y tomar agua de vainilla con azúcar (29,4%). Sumado a esto, los pacientes afirman que las bebidas de origen natural

son igual de efectivas a los medicamentos para el tratamiento de la HTA. Lo anterior se corresponde a lo descrito en los artículos de Bezerra et al.²¹ y Oliveira et al.²¹, concluyendo que estas prácticas culturales dificultan el tratamiento de la HTA, ya que, para la mayoría de los ancianos el té casero es tan bueno como los medicamentos.

“No me gusta tomar medicamentos, solo cuando me lo indica el médico. Me gusta tomar un té calmante hecho de melisa, citronela, manzanilla”

“Tomo agua azucarada, para calmar los nervios, tomo té para no tomar solo medicinas [...]”

Abordando la percepción y adopción de las medidas farmacológicas y no farmacológicas, Casas et al.²⁹ compararon el comportamiento de pacientes adherentes y no adherentes a la medicación antihipertensiva, encontrando que el cumplimiento de las indicaciones no farmacológicas se daba en el 66,2% de los adherentes y en el 48,1% de los no adherentes; el 5,6% de los primeros consideran que los tratamientos sólo se deben realizar si las cifras de presión están elevadas versus el 18,5% del segundo grupo. Esto es semejante a lo reportado por Bezerra et al.²¹ donde algunos pacientes consideran que los medicamentos solo se deben tomar cuando se eleva la PA. Como lo refiere un paciente:

“Si la presión es normal, ¿por qué debo tomar la medicación? es mucha medicina para tomar”

Oliveira y colaboradores¹⁹ observaron que los pacientes mayores de 60 años no adherentes dejan de tomar sus medicamentos cuando están asintomáticos, al creer que la ausencia de síntomas significaba ausencia de enfermedad; o dejan de tomarlos para poder ingerir bebidas alcohólicas. Esto demuestra que a pesar de conocer la importancia del tratamiento y las medidas no farmacológicas para el control de la enfermedad, no actúan en consecuencia. En contraste con los pacientes adherentes quienes no suspenden sus medicamentos:

“Nunca debemos dejar de tomar el medicamento. Y consultar siempre con el médico, ¿no? para ver si hay que cambiar ese medicamento o si hay que dejar el mismo [...]”

Con respecto a la adopción de una alimentación saludable, en el estudio de Perez et al.²³ se encontró que la mayoría de pacientes tienen alto consumo de carbohidratos y legumbres, con poco consumo de

carnes y frutas. Indicando que los alimentos “buenos” son los vegetales (59,7%), carnes (45,2%), legumbres (43,5%) y granos (38,7%); y los alimentos “malos”, las carnes (29%) y el arroz (19,4%). Adicionalmente, los pacientes y sus familias reconocen la importancia de tener una buena alimentación para mantener una buena salud en general y para la prevención de enfermedades, la mayoría de los familiares sanos adaptan su dieta para todos seguir las recomendaciones recibidas por los profesionales de la salud. Al-Rousan et al.²² describen que los pacientes refieren que la hipertensión es manejable y tratable con una dieta adecuada, ejercicio y medicación; similar a lo reportado por Mejía et al.²⁴ quienes encontraron que los pacientes están sensibilizados con la importancia de llevar una buena alimentación, sin embargo los hábitos de vida inadecuados persisten, con una alimentación pobre en contenido de frutas y verduras, y bajos niveles de actividad física. Casas et al.²⁹ describen que el 66,2% de los pacientes adherentes cumplen las indicaciones relacionadas con la dieta versus el 51,9% de los no adherentes.

Varios estudios lograron reconocer algunas barreras y facilitadores para la adherencia a los medicamentos y a la adopción de hábitos de vida saludables. Respecto a la alimentación, Mejía et al.²⁴ encontraron que aquellos hogares donde hay antecedente de ECNT se mantiene la tendencia a una alimentación balanceada; además, los pacientes afiliados al régimen subsidiado y contributivo consumen constantemente alimentación inadecuada con poco contenido de frutas y verduras, en contraste a los afiliados al régimen especial (mayores ingresos socioeconómicos) para quienes comer sano y balanceado es una preocupación constante. Por otro lado, varios estudios mencionan que los pacientes reconocen la importancia de una dieta balanceada, pero creen que los alimentos saludables son más caros y los ancianos con condiciones socioeconómicas más desfavorables tienen mayores dificultades para tener una alimentación de calidad^{19,21,27}.

Al-Rousan et al.²² y Perez et al.²³ describen que las restricciones en la dieta pueden ser estresantes para los pacientes y que su alimentación se basa en los alimentos que cultivan y tienen disponibles. Por otro lado, Mejía y Gomez²⁴ detectaron que la mayoría de los informantes están sensibilizados frente a la importancia de apropiar una alimentación saludable para mantener un buen estado de salud, sin embargo las actividades cotidianas sobre todo laborales impiden la adopción de la misma.

Respecto a las barreras y facilitadores para realizar

actividad física, Busse et al.²⁶ identificaron las creencias de pacientes hipertensos peruanos de bajos recursos sobre caminar tres veces a la semana durante treinta minutos sin parar, encontrando la creencia de que puede ser dañino para la salud (sensación de fatiga, dolor de miembros inferiores), pereza, falta de tiempo, no compañía y tener que lidiar con malas condiciones temporales, urbanas y/o de tráfico. Oliveira et al.¹⁹ encontraron que tanto para pacientes adherentes como no adherentes a los medicamentos, la realización de ejercicios resulta desagradable; o que los espacios como parques o canchas son ocupados en muchas ocasiones para el desarrollo de prácticas ilícitas como lo menciona Mejía et al.²⁴. Por otro lado, Busse et al. identificaron facilitadores como tener un parque cerca, ir de compras, motivación propia y tener alguien con quien realizar la actividad física²⁶.

Con respecto a la adherencia a medidas farmacológicas Oliveira et al.¹⁹ describen que los pacientes relatan dificultades en cuanto a la cantidad de medicamentos y el olvido de usar los mismos debido a la complejidad de algunos regímenes terapéuticos, lo cual se correlaciona con lo descrito por Al-Rousan et al.²² quienes encontraron que los pacientes indican que la gran cantidad de píldoras son la principal causa de la falta de adherencia asociado al desabastecimiento de medicamentos que puede presentarse y la frustración por los precios de los medicamentos, especialmente cuando no están cubiertos con el seguro nacional de salud.

Fort et al.²⁸ realizaron un estudio en pacientes hipertensos y diabéticos donde buscaron identificar factores que facilitan e inhiben el automanejo de las enfermedades. Dentro de las barreras se encontró la no aceptación del diagnóstico, falta de información acerca de la enfermedad, la ausencia de síntomas y una comunicación insuficiente con el prestador de salud; además, refieren que los encuentros con el personal de salud se vuelven rutinarios y sin información nueva relevante. Como facilitadores del autocontrol de la enfermedad se encuentra la experiencia positiva de un miembro de la familia, el sentido de urgencia, los servicios de atención médica accesibles, la orientación de los proveedores, la comunicación inclusiva y el apoyo familiar y comunitario. Mejía et al.²⁴ encontraron que los participantes del régimen de seguridad social subsidiado manifiestan que sus familias asisten con poca frecuencia a los servicios de salud debido a la poca infraestructura de centros de salud u hospitales y a las dificultades con la movilidad: amplias distancias entre sus viviendas y los

centros asistenciales; contrastando con los pacientes del régimen especial quienes han tenido una relación cercana con sus médicos particulares.

Barbosa et al.³¹ analizaron la influencia de intervenciones educativas en las unidades de atención primaria durante un año en pacientes con HTA, consistentes principalmente en educación nutricional trabajada en prácticas dialógicas realizadas por los investigadores con la participación de profesionales de la salud. Antes de la intervención los pacientes relacionaban la HTA con signos y síntomas inespecíficos físicos y psíquicos; después de esta lograron ampliar esta relación y correlacionar con aspectos cardiovasculares y dietéticos, así como lograron reconocer la HTA como una enfermedad prevenible. Tanto antes como después de la intervención reconocieron la importancia de mantener hábitos de vida saludables para prevenir y controlar la HTA, con un aumento estadísticamente significativo de pacientes tras la intervención que reconocieron el hecho de mantener un equilibrio emocional como una variable fundamental. Tras la intervención también se evidenciaron cambios en el índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura, niveles séricos de glucosa, colesterol total y triglicéridos. Al-Rousan et al.²² propusieron una intervención basada en mediciones ambulatorias de PA y autogestión que incluía la autotitulación de medicamentos. Con esto los pacientes estuvieron de acuerdo en que dicha intervención permitiría a la personas asumir una mayor responsabilidad por la progresión de su enfermedad, específicamente 'motivando' a los pacientes a participar en la atención de manera más consistente y aumentar el control de su PA.

DISCUSIÓN

El término percepción hace referencia a la sensación interior que resulta de una impresión material producida en los sentidos corporales³², es decir, es la manera en cómo algo es entendido o interpretado. En medicina, la percepción de salud es la valoración personal sobre su estado de salud, siendo este uno de los mejores predictores del uso de los servicios médicos, así como de mortalidad, incluso después de controlar factores clínicos¹². Esto tiene gran importancia dado que la percepción del paciente frente a su enfermedad y tratamiento, condiciona sus resultados y posibles complicaciones.

Esta es la primera revisión integrativa que evalúa la percepción de la enfermedad, adopción de hábitos y estilos de vida saludables en pacientes hipertensos de

Latinoamérica. El manejo y control de la HTA integra diversas estrategias, siendo el manejo farmacológico la más conocida por los pacientes con evidencia clara sobre su efectividad³³; adicionalmente, existe el manejo no farmacológico caracterizado por el cambio en los hábitos de los pacientes donde destacan la restricción moderada de ingesta de sodio, dieta saludable, realizar ejercicio físico y evitar el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo³⁴. Existe un último pilar no menos importante, pero sí menos reconocido y aplicado en la atención primaria en salud: el conocimiento y la percepción adecuada del paciente sobre su enfermedad, ya que algunos estudios han demostrado que los pacientes con menor conocimiento de su enfermedad tienen menor adherencia a los tratamientos³⁵ siendo esta una estrategia de fácil intervención y de bajo costo que puede ser aplicada para obtener mejores resultados.

El desconocimiento es el término que prima en el contexto actual de los pacientes hipertensos con respecto a su enfermedad, indicando que carecen de conceptos básicos, e información clara sobre su enfermedad; en consecuencia, esto deriva en pacientes que no siguen su tratamiento de forma adecuada, impidiendo controlar sus cifras de TA y sufriendo sus graves complicaciones³⁵.

El bajo nivel de conocimiento se ha reconocido dentro del grupo de pacientes hipertensos como una variable independiente para el control de su enfermedad, Almas et al.³⁶ demostró que los pacientes con HTA controlada mostraron un mayor conocimiento de su enfermedad, (38,7% vs. 7,9%; $P < 0,001$), con puntajes significativamente mayores en 12 de 15 preguntas realizadas. Esto fue confirmado en otro estudio en la población china donde se encontró que tener buen conocimiento de HTA (OR=1.19) se asocia a un mejor control de la enfermedad³⁷.

El principal problema radica en que esta enfermedad se caracteriza por ser silenciosa, pues no produce síntomas mientras va causando daños irreversibles a múltiples órganos. Esta revisión evidencia la baja adherencia a los medicamentos y por ende poco control, debido a la creencia de que deben tomarse los medicamentos únicamente cuando presentan síntomas.

Esta revisión encontró que la mayoría de estudios describen una asociación de los pacientes entre la HTA con situaciones que generan estrés y tensión emocional. A pesar de no ser el factor de riesgo de mayor peso, Rääkkönen et al.³⁸ demostraron cómo en un grupo de mujeres, los niveles altos de ansiedad,

aumento de la rabia y bajo nivel de apoyo social, fueron predictores significativos de la incidencia de HTA; adicionalmente, el aumento de síntomas depresivos se asoció a elevación de los niveles de la presión arterial sistólica, especialmente en pacientes hipertensas. Sumado a esto, en una cohorte de pacientes afroamericanos se encontró que la hipertensión se desarrolló en el 30,6% de pacientes con estrés percibido bajo, el 34,6% con estrés percibido moderado y el 38,2% con estrés percibido alto³⁹.

Algunos investigadores han estudiado las vías fisiopatológicas, por las cuales el estrés puede causar hipertensión, encontrándose que implica una respuesta del sistema nervioso simpático donde la liberación de catecolaminas aumenta la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco y la presión arterial; además, al combinar otros factores de riesgo asociados a la hipertensión con factores adicionales que producen estrés, el efecto sobre la presión arterial se multiplica^{40,41}.

Frente a los hábitos saludables destaca que un gran número de pacientes distinguen la necesidad de una buena alimentación²²⁻²⁴ y un bajo consumo de sal³⁰. Sin embargo, son pocos los pacientes que reconocen la necesidad de realizar ejercicio, evitar el alcohol y el cigarrillo, y tener una buena adherencia a los tratamientos. A lo largo del tiempo, varios estudios han encontrado baja adherencia frente a los componentes de las modificaciones del estilo de vida entre los pacientes hipertensos (20,8% en Nepal, 23,6% en Etiopía, y 16,4% en Nigeria)⁴⁰⁻⁴². Esto demuestra la necesidad de un asesoramiento de buena calidad y con lenguaje claro para el paciente y su acompañante, sobre la modificación del comportamiento necesario para tener un estilo de vida más saludable.

Adicionalmente, se evidenció que gran parte de los participantes adoptan medidas naturistas para el control de su enfermedad^{19,21,27}. Un factor importante asociado a la percepción en los pacientes son sus creencias culturales, las cuales no se basan en evidencia científica y que puede ser deletéreo para su salud y generar efectos indeseados. Tal como lo enuncian Thangsuk et al.⁴², al encontrar en su estudio que el uso de hierbas se asoció con una mala adherencia a la medicación, que a su vez se asoció con un control deficiente de la presión arterial.

Las actividades educativas en pacientes hipertensos tienen efectos positivos en el control y conocimiento de la enfermedad; Diaz et al. en el 2018⁴³ tomaron un grupo de pacientes hipertensos, implementando una intervención educativa destinada a mejorar el control y el manejo de la HTA, encontraron que el

grupo intervenido mostró mejoras en cuanto al control de su enfermedad, la adherencia al tratamiento y los conocimientos adecuados sobre su enfermedad. En el estudio HOPE-4, las intervenciones mixtas también mostraron efectos positivos en el conocimiento, tratamiento y control de la enfermedad, apuntando a la educación y superación de barreras de la enfermedad⁴⁴. Chen et al.⁴⁵, realizaron una revisión sistemática y metaanálisis con el fin de realizar una evaluación comprensiva de la efectividad de las intervenciones educativas para mejorar el control de la HTA en adultos mayores. Incluyeron un total de siete estudios que evaluaban diferentes estrategias educativas en tipo, frecuencia y contenido en torno a la HTA y hábitos de vida saludables; pese a la heterogeneidad de los datos encontrados, las estrategias educativas mostraron un impacto positivo en el control de la enfermedad (disminución de la presión arterial sistólica y diastólica; 95% IC 7,02-2,59, $p < 0,05$ y 95% IC 7,98 – 2,79, $p < 0,05$).

El ambiente multidimensional y factorial hace que la manera en que el actuar de las personas en su día a día se dé de manera diferente y compleja, por lo que resulta complicado establecer la mejor manera de intervenir sobre las falencias en la percepción de la enfermedad y los hábitos saludables que lleva cada uno de los pacientes⁴⁶. En este caso el concepto de salud-enfermedad no puede desligarse del marco cultural en el que se encuentra el paciente, ya que cada sociedad resuelve su autocuidado de manera dinámica, no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina⁴⁷. Es por esto que muchas de las acciones preventivas que se ponen en práctica en el sistema de salud resultan ineficaces, pues no tienen en cuenta variables grupales (socioeconómicas, políticas y culturales), aproximándose más a la medicina hospitalaria que a la salud colectiva, y a la investigación médica basada en la medición genética o molecular⁴⁶.

Por esto es importante hablar de la postura latinoamericana de la determinación social, para entender las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas y determinan las desigualdades de la salud-enfermedad⁴⁸. En este contexto, se tienen en cuenta tres dominios de la realidad relacionados con la curación y prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. En el dominio singular se abordan los estilos de vida reflejados en el fenotipo y genotipo de las personas y aquí priman las acciones de curación; en el dominio particular se estudian las condiciones de vida de las personas; y en el domi-

nio global se analiza el modo de vida incluyendo las dimensiones políticas, económicas, culturales y ambientales, y es aquí donde priman las actividades de promoción de la salud⁴⁹.

En un estudio argentino que investigó el concepto de salud-enfermedad en hogares en situación de pobreza y desplazamiento de su lugar de origen, se encontró que la resolución de problemas cotidianos (principalmente el trabajo) y la alimentación, ubican a la salud como un bien no prioritario, y que la búsqueda de atención en salud se hace cuando ya no están en condiciones físicas de trabajar, estableciéndose una relación estrecha entre salud y capacidad de funcionamiento. Además son las mujeres las responsables del cuidado de la salud, aunque esto depende de los recursos con que cuentan dada la precariedad de sus condiciones materiales⁵⁰.

Por otro lado, en América Latina y el Caribe más de 60% de la población habita en centros urbanos, evidenciando el acelerado crecimiento de la población urbana, que ha sido más rápido que el desarrollo de la infraestructura social y física, el nivel de empleo, los servicios de salud y la vivienda. Esto ha contribuido a la insuficiencia de los sistemas de transporte, al aumento de los embotellamientos de tránsito y de la contaminación ambiental, a un descenso de los niveles de actividad y a cambios del panorama físico y social en las zonas urbanas⁵¹. Estos datos se deben tener en cuenta al momento evaluar los factores que inciden la percepción de los hábitos saludables pues las enfermedades crónicas seguirán cobrando cada vez más importancia y se tornará más necesario aun adoptar medidas preventivas de mayor alcance que incidan a nivel individual, comunitario y ambiental.

El control de las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial depende de la interacción de diversos factores como la historia natural de la enfermedad, el tratamiento farmacológico y no farmacológico recomendado, la adherencia del paciente a éstos y el sistema de salud. En este estudio se encontró que la desinformación en torno a la HTA, hábitos y estilos de vida saludable es un factor transversal en los pacientes hipertensos de Latinoamérica que imposibilita el adecuado control de la enfermedad. Por esto es importante mejorar los enfoques educativos para los pacientes desde la atención primaria, siendo la puerta inicial para formar bases adecuadas y basadas en evidencia en torno al conocimiento de su enfermedad, factores de riesgo, manejo, y consecuentemente el control de la misma.

Pero también es importante entender la dinámica

de cada población, sus creencias, conocimientos y comportamientos con respecto a la gestión de la salud y su relación con sus hábitos de vida y con el conjunto de los servicios sanitarios. Además hay que incidir en los otros componentes del sistema de salud y las leyes que lo rigen para lograr disminuir las barreras asociadas a la atención en salud como los largos y complicados trámites que se generan para la solicitud de las citas y la adquisición de los medicamentos, la regulación de los precios de los medicamentos para aquellos que los deben adquirir por fuera de sistema de salud, el apoyo para la investigación científica de nuevas estrategias que permitan ofrecer una mayor cantidad de medicamentos en una sola pastilla y mejorar el acompañamiento de los pacientes, principalmente adultos mayores, en el proceso de su enfermedad.

La principal limitación del estudio radica en el vacío de información existente en torno al presente tema de investigación, siendo aún mayor en la región de Latinoamérica.

Financiamiento

Convocatoria 874 2020, Minciencias, Colombia.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado a esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare [Internet]. 2019 [consultado en jun 2022]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> . 2019.
2. Ángel M, Valdés S, Serra Ruíz M, Viera García M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Revista Finlay*. 2018;8(2):140–9.
3. Burnier M. Drug adherence in hypertension. *Pharmacol Res*. 2017;125:142–9. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2017.08.015>
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021–3104.
5. Legido-Quigley H, Camacho López PA, Balabanova D, Perel P, López-Jaramillo P, Nieuwlaet R, Schwalm JD, McCready T, Yusuf, S, McKee M. Conocimientos, actitudes, conductas y experiencias asistenciales de los pacientes sobre la prevención, detección, manejo y control de la hipertensión arterial en Colombia: un estudio cualitativo. *PloS One* 10 (4), e0122112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122112>
6. Ashoorkhani, M., Majdzadeh, R., Gholami, J., Eftekhari, H. y Bozorgi, A. (2018). Comprender la no adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial: un estudio cualitativo. *Revista internacional de enfermería y obstetricia basadas en la comunidad*. 2018;6(4):314–323.
7. Baker K, Jaksic S, Rowley D. The self-regulation model of illness representation applied to stuttering. *J psychosom Res*. 1995;60:631–7.
8. Diefenbach, M.A., Leventhal, H. The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *J Soc Distress Homeless*. 1996;5:11–38. <https://doi.org/10.1007/BF02090456> .
9. Barraza LF, Limas CAS. Conocimiento de la enfermedad en una población hipertensa colombiana. *Rev Facultad Med*. 2014;62(3):399–405. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43370>
10. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International J Social Res Methodol*. 2005;8(1):19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
11. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Internal Med*. 2018;169(7):467–73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
12. Wilson IB. Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life. *JAMA*. 1995;273(1):59. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520250075037>
13. Hipertensión [Internet]. Who.int. 2022 [consultado el 23 May 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_1
14. Gardner B. A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behaviour. *Health Psychol Rev*. 2014;9(3):277–295.
15. Changes You Can Make to Manage High Blood Pressure [Internet]. www.heart.org. 2022 [consultado el 23 May 2022]. Disponible en: <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/changes-you-can-make-to-manage-high-blood-pressure>

16. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5:210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
17. Haddaway NR, Page MJ, Pritchard CC, McGuinness LA. PRISMA2020: R package and ShinyApp for producing PRISMA 2020 compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *medRxiv*. 2021.07.14.21260492. <https://doi.org/10.1101/2021.07.14.21260492>
18. RealtimeBoard Inc. Miro [Internet]. 2022 [consultado en jun 2022]. Disponible en: <https://miro.com/app/dashboard/>
19. Leão E Silva L, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis*. 2013;23(1):227–42. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100013>
20. Carvalho Machado M, Geovana Da C, Pires S, Lobão WM. Perceptions of hypertensive people on risk factors for the disease. *Cien e Saude Coletiva*. 2012;17(5):1365–674. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000500030>
21. Bezerra STF, da Silva LDF, Guedes CMV, Freitas MC de. Percepção de pessoas sobre a hipertensão arterial e conceitos de imogene king. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(3):499–507. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300013>
22. Al-Rousan T, Pesantes MA, Dadabhai S, Kalunda NR, Huffman MD, Miranda JJ, et al. Patients perceptions of self-management of high blood pressure in three low- and middle-income countries: findings from the BPMONITOR study. *Global Health Epidemiology and Genomics*. 2020;5(e4):1–8. <https://doi.org/10.1017/ghg.2020.5>
23. Perez S, Pesantes M, Aya N, Raman S, Miranda J, Suggs L. Food Perceptions and Dietary Changes for Chronic Condition Management in Rural Peru: Insights for Health Promotion. *Nutrients*. 2018;10(11):1563. <https://doi.org/10.3390/nu10111563>
24. Mejía J, Gómez SA. Trayectoria de vida familiar y estilos de vida: hipertensión arterial y diabetes mellitus II. *Rev Salud Pública*. 2017;19(3):291–6. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.35581>
25. Péres DS, Mara J, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):635–42. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000500014>
26. Busse P, Miranda JJ. Perceived behavioral control as a potential precursor of walking three times a week: Patient’s perspectives. *PLoS ONE*. 2018;13(2):e0192915. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192915>
27. Chang C, Green S. “Agua con azúcar y un chin de sal”: Implications of Self-Care Practices and Health Perceptions of Hypertension in the Dominican Republic. *Field Actions Sci. Rep*. 2015;1–6.
28. Fort MP, Alvarado N, Peña L, Mendoza C, Murrillo S, Martínez H. Barriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. *BMC Family Practice*. 2013;14(1):131. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-131>
29. Casas MC, Chavarro LM, Cardona D. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. *Hacia la Promoción de la salud*. 2013;18(1).
30. Failoc VE, Valladares MJ, Vilela MA, Bacilio D, Vilchez J, Inga N, et al. Association between perception of salt consumption and blood hypertension in peruvian people. *Nutr. Clin. y Diet. Hosp*. 2019;39(2):104–10. <https://doi.org/10.12873/392failoc>
31. Einloft AB do N, Silva LS da, Machado JC, Cotta RMM. Influência de intervenções educativas em perfis antropométricos, clínicos e bioquímicos e na percepção de saúde e doença de portadores de hipertensão arterial no contexto da Saúde da Família. *Rev Nutr*. 2016;29(4):529–41. <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000400008>
32. Real Academia Española. Percepción [Internet]. 2022 [consultado en may 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/percepci%C3%B3n>
33. Castrillón JD, Franco A, Garrido C, Jaramillo J, Londoño MA, Machado JE. Utilización de fármacos antihipertensivos, efectividad e inercia clínica en pacientes. *Rev Colombiana de Cardiología*. 2018;25(4):249–56. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.08.027>
34. Ramón J. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2018 Jan;29(1):61–8. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.01.001>
35. Barreto M da S, Reiners AAO, Marcon SS. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(3):491–8. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3447.2442>

36. Almas A, Siraj Godil S, Lalani S, Samani ZA, Khan AH. Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; A multicentre cross sectional study in Karachi, Pakistan. *BMC Res Notes*. 2012;5:579. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-579>
37. Zhang X, Zhu M, Dib HH, Hu J, Tang S, Zhong T, et al. Knowledge, awareness, behavior (KAB) and control of hypertension among urban elderly in Western China. *Int J Cardiol*. 2009;137(1):9–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2008.06.003>
38. Rääkkönen K, Matthews KA, Kuller LH. Trajectory of psychological risk and incident hypertension in middle-aged women. *Hypertension*. 2001;38(4):798–802.
39. Spruill TM, Butler MJ, Thomas SJ, Tajeu GS, Kalinowski J, Castañeda SF, et al. Association Between High Perceived Stress Over Time and Incident Hypertension in Black Adults: Findings From the Jackson Heart Study. *J Am Heart Assoc*. 2019;8(21). <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.012139>
40. Kulkarni S, O'Farrell I, Erasi M, Kochar MS. Stress and hypertension. *WMJ*. 1998 Dec;97(11):34–8.
41. Spruill TM. Chronic Psychosocial Stress and Hypertension. *Curr Hypertens Rep*. 2010;12(1):10–6. <https://doi.org/10.1007/s11906-009-0084-8>
42. Thangsuk P, Pinyopornpanish K, Jiraporncharoen W, Buawangpong N, Angkurawaranon C. Is the Association between Herbal Use and Blood-Pressure Control Mediated by Medication Adherence? A Cross-Sectional Study in Primary Care. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):12916. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412916>
43. Díaz Piñera A, Salvá AR, Roche RG, García IC, Estupiñán FA. Resultados de una intervención para la mejora del control de la hipertensión arterial en cuatro áreas de salud. *Rev Finlay*. 2018;8(3):22–32.
44. Schwalm JD, McCready T, Lopez-Jaramillo P, Yusoff K, Attaran A, Lamelas P, et al. A community-based comprehensive intervention to reduce cardiovascular risk in hypertension (HOPE 4): a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 2019;394(10205):1231–42. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31949-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31949-X)
45. Chen Y, Li X, Jing G, Pan B, Ge L, Bing Z, et al. Health education interventions for older adults with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Public Health Nurs*. 2020;37(3):461–9. <https://doi.org/10.1111/phn.12698>
46. Martínez O. La epidemiología en busca de contexto social. *Acta Med Colomb* 2012; 37(2): 93-6
47. Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Masson; 2000.
48. Eslava-Castañeda, Juan C. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Rev Salud Pública*. 2017; 19(3):396-403. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>
49. Breilh J. Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2003.
50. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud colectiva*. 2007;3(3):271-283.
51. Jacoby E, Bull F, Neiman A. La actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2003;14(4).