

ARTÍCULO ORIGINAL

Barreras percibidas para el control de las cifras de presión arterial: estudio cualitativo

Perceived barriers to blood pressure control: a qualitative study

Barreiras percebidas ao controle da pressão arterial: um estudo qualitativo

Lázaro Pablo Linares Cánovas^{I*} , Guillermo Luís Herrera Miranda^{II} , Liyansis Bárbara Linares Cánovas^{III} , Geovani Lopez-Ortiz^{IV} 

^I Policlínico Universitario "Luis Augusto Turcios Lima". Pinar del Río, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río, Cuba.

^{III} Policlínico Universitario "Dr. Modesto Gómez Rubio". San Juan y Martínez, Cuba.

^{IV} Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

***Autor para la correspondencia:** ashirogi.science@gmail.com

Recibido: 12-06-2025 Aprobado: 22-07-2025 Publicado: 26-07-2025

RESUMEN

Introducción: existen percepciones y barreras que dificultan el control de la presión arterial, siendo necesaria su identificación. **Objetivo:** explorar la percepción de pacientes hipertensos sobre el control de sus cifras de presión arterial y las barreras asociadas. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio, de tipo fenomenológico, desarrollado en Pinar del Río, Cuba, en una muestra intencional de 26 pacientes hipertensos. Mediante entrevistas directas se exploraron percepciones y barreras para el control de la presión arterial, llevándose a cabo un análisis de contenido cualitativo inductivo, con respeto de la ética médica. **Resultados:** fueron identificadas cinco barreras principales para el control de la hipertensión, con reportes de los pacientes con confusión sobre su condición, miedo o desconfianza hacia los medicamentos, disponibilidad irregular de fármacos, acceso limitado a especialistas e interacciones negativas con profesionales de la salud. Fueron señalados, a su vez, desafíos en el

estilo de vida, entre otras barreras, que de conjunto dificultan el manejo efectivo de la enfermedad. Los hallazgos resaltan la necesidad de comunicación clara, educación culturalmente apropiada y sistemas de apoyo fortalecidos para mejorar la adherencia y promover comportamientos saludables. **Conclusiones:** se identificaron barreras para el control de la hipertensión, se incluye la falta de información, baja adherencia al tratamiento, deficiencias en los servicios de salud, estilos de vida poco saludables y apoyo social insuficiente. En base a ello se enfatiza la necesidad de intervenciones integrales centradas en el paciente para mejorar el manejo de la enfermedad, aumentar la calidad de vida y reducir las complicaciones relacionadas.

Palabras clave: medicina de la conducta; control; hipertensión arterial; investigación cualitativa; percepción



ABSTRACT

Introduction: perceptions and barriers that hinder blood pressure control exist, and their identification is essential. **Objective:** to explore hypertensive patients' perceptions of blood pressure control and associated barriers. **Method:** this was a qualitative, exploratory, phenomenological study conducted in Pinar del Río, Cuba, with a purposive sample of 26 hypertensive patients. Perceptions and barriers to blood pressure control were explored through direct interviews. An inductive qualitative content analysis was conducted, respecting medical ethics. **Results:** five main barriers to hypertension control were identified, with patients reporting confusion about their condition, fear or mistrust of medications, inconsistent drug availability, limited access to specialists, and negative interactions with healthcare professionals. Lifestyle challenges were also identified, among other barriers, which together hinder effective disease management. The findings highlight the need for clear communication, culturally appropriate education, and strengthened support systems to improve adherence and promote healthy behaviors. **Conclusions:** barriers to hypertension control were identified, including lack of information, low adherence to treatment, deficiencies in health services, unhealthy lifestyles, and insufficient social support. Based on this, the need for comprehensive, patient-centered interventions to improve disease management, increase quality of life, and reduce related complications is emphasized.

Keywords: behavioral medicine; control; hypertension; qualitative research; perception

Cómo citar este artículo:

Linares CánoVAS LP, Herrera Miranda GL, Linares CánoVAS LB, Lopez-Ortiz G. Barreras percibidas para el control de las cifras de presión arterial: estudio cualitativo. Rev Inf Cient [Internet]. 2025 [citado Fecha de acceso]; 104:e5051. Disponible en: <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/5051>

RESUMO

Introdução: percepções e barreiras que dificultam o controle da pressão arterial existem, e sua identificação é essencial. **Objetivo:** explorar as percepções de pacientes hipertensos sobre o controle da pressão arterial e as barreiras associadas. **Método:** este foi um estudo qualitativo, exploratório e fenomenológico realizado em Pinar del Río, Cuba, com uma amostra intencional de 26 pacientes hipertensos. As percepções e barreiras ao controle da pressão arterial foram exploradas por meio de entrevistas diretas. Foi realizada uma análise de conteúdo qualitativa indutiva, respeitando a ética médica. **Resultados:** foram identificadas cinco principais barreiras ao controle da hipertensão, com pacientes relatando confusão sobre sua condição, medo ou desconfiança em relação aos medicamentos, disponibilidade inconsistente de medicamentos, acesso limitado a especialistas e interações negativas com profissionais de saúde. Além disso, foram identificados desafios no estilo de vida, entre outras barreiras, que, em conjunto, dificultam o manejo eficaz da doença. Os resultados destacam a necessidade de comunicação clara, educação culturalmente apropriada e sistemas de apoio fortalecidos para melhorar a adesão e promover comportamentos saudáveis. **Conclusões:** foram identificadas barreiras ao controle da hipertensão, incluindo falta de informação, baixa adesão ao tratamento, deficiências nos serviços de saúde, estilos de vida pouco saudáveis e apoio social insuficiente. Com base nisso, enfatiza-se a necessidade de intervenções abrangentes e centradas no paciente para melhorar o manejo da doença, aumentar a qualidade de vida e reduzir as complicações relacionadas.

Palavras-chave: medicina comportamental; controle; hipertensão; pesquisa qualitativa; percepção



INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades no transmisibles han ocupado gran parte de la atención de la comunidad internacional por las implicaciones que acarrean. Entre ellas, la hipertensión arterial (HTA), se ha posicionado como una de las principales problemáticas sanitarias a nivel global. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dicha enfermedad muestra una prevalencia aproximada de 1 280 millones de adultos entre los 30 y 79 años.⁽¹⁾ Aunque están establecidos protocolos de tratamientos eficaces y estrategias preventivas bien definidas, a nivel mundial apenas uno de cada cinco individuos logra mantener su presión arterial bajo control. En el continente americano se estima que en muchos países la tasa de control no supera el 30 %.⁽²⁾

En el contexto nacional, la hipertensión arterial constituye una preocupación creciente debido tanto a su elevada tasa de incidencia y prevalencia, como al impacto generado por la misma sobre el sistema sanitario y la vida cotidiana del paciente.⁽³⁾ Según datos del Ministerio de Salud Pública, la prevalencia de esta enfermedad en la población adulta supera el 30 % y, a pesar del acceso universal y gratuito a la atención médica y de los avances en el pesquisaje, diagnóstico precoz y seguimiento clínico, un número considerable de personas aún presenta cifras de presión arterial descontroladas, incluso encontrándose en tratamiento.⁽⁴⁾ De manera precisa, cerca del 40 % de los pacientes diagnosticados no logra un control adecuado de su presión arterial, lo que genera una alta carga de morbilidad y mortalidad, y plantea serios desafíos para la Atención Primaria de Salud (APS).⁽⁵⁾

Diferentes estudios desarrollados en el país han adoptado un enfoque cuantitativo al abordar esta problemática, con lo que se comprende cómo han estado centrados en medir indicadores clínicos y evaluar la adherencia a los regímenes terapéuticos. Sin embargo, este enfoque no es suficiente para comprender la naturaleza del fenómeno, así como las razones por las cuales muchos pacientes continúan con la presencia de cifras elevadas de presión arterial a pesar de un adecuado diagnóstico y seguimiento médico. Se comprende así la existencia de barreras menos visibles relacionadas con la dinámica de la vida cotidiana, las percepciones de los pacientes, las condiciones socioeconómicas, los hábitos culturales y las relaciones con el sistema de salud, que de forma directa influyan en la génesis del problema señalado.⁽⁶⁾

En este sentido, el empleo de un enfoque cualitativo ofrece una vía para profundizar en las disímiles circunstancias que rodean al paciente hipertenso dentro de su entorno familiar y comunitario.⁽⁷⁾ Surgen entonces factores como la baja adherencia al tratamiento (con tasas por debajo del 60 % a nivel nacionales), presencia de estilos de vida no salutogénicos (marcados por la presencia de sedentarismo, malos hábitos alimentarios, presencia de tabaquismo y alcoholismo), así como un conocimiento limitado sobre la enfermedad; todo ello en conjunto hacen que el control de la presión arterial resulte por ende un desafío diario.

A lo anterior, se suma la disponibilidad irregular de medicamentos antihipertensivos y la limitada percepción del riesgo por parte de los pacientes, lo que debilita el compromiso con el tratamiento.^(8,9) Por todo lo expuesto, el presente estudio tiene como objetivo explorar las percepciones del paciente hipertenso sobre el control de la presión arterial y las barreras asociadas.



MÉTODO

Se desarrolló un estudio cualitativo, exploratorio, de tipo fenomenológico, en el consejo popular Capitán San Luis, del municipio de Pinar del Río, Cuba. Donde de un total de 3 286 pacientes hipertensos, atendidos en los 13 consultorios médicos que pertenecen al Policlínico Universitario “Luis Augusto Turcios Lima”, se reclutaron mediante un muestreo intencional por criterios (pacientes con residencia permanente en el área, seguimiento activo en el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, y diagnóstico previo de hipertensión arterial con al menos un año de evolución antes del estudio, sin control de las cifras tensionales) 26 pacientes hipertensos como muestra (dos por cada uno de los 13 consultorios médicos), con el objetivo de obtener información relevante y profunda para los objetivos del estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo entre enero y febrero de 2024 mediante entrevistas presenciales en profundidad, con una duración de entre 20 y 60 minutos, grabadas con consentimiento informado. Se utilizaron dos instrumentos un cuestionario cerrado para la obtención de datos demográficos y una entrevista en profundidad para explorar percepciones y barreras en el control de la presión arterial, así como para recopilar datos sociodemográficos. Estos instrumentos fueron elaborados y validados por cinco especialistas en el área, quienes ofrecieron sugerencias para mejorar su calidad.

El procesamiento de la información se efectuó mediante análisis de contenido, lo que posibilitó descodificar los mensajes transmitidos. El proceso se realizó de forma independiente por parte de dos investigadores, con una revisión posterior por un tercero, lo que garantizó la coherencia y fiabilidad del análisis. Los datos recurrentes fueron codificados como categorías de investigación y convertidos en unidades de análisis, lo que facilitó el estudio de los resultados, la elaboración de los principales resultados y su ulterior discusión.⁽¹⁰⁾

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes antes del inicio del estudio, cumpliéndose con ello con lo establecido en la Declaración de Helsinki. Cabe destacar la notificación a los participantes sobre el principio de preservar el anonimato de los resultados. El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética y el Consejo Técnico Asesor del Policlínico Universitario “Luis Augusto Turcios Lima”, los cuales verificaron el cumplimiento de los estándares y directrices éticas durante el proceso investigativo.

RESULTADOS

Características demográficas

De los 13 consultorios médicos se reclutó una muestra de 26 pacientes hipertensos, como se indicó previamente. El 65,4 % de los pacientes eran mujeres, con una edad media de $53,9 \pm 12,6$ años. Predominó el color de piel negra en la muestra (53,9 %). El 65,4 % de los participantes estaban casados, el 46,2 % tenía un nivel educacional preuniversitario y el 80,8 % convivía con otra persona. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico osciló entre 1 y 20 años, y la mayoría de los pacientes llevaba más de diez años conviviendo con la enfermedad (53,9 %).



Barreras percibidas para el control y manejo de la hipertensión

Luego del análisis detallado de las entrevistas, emergieron cinco unidades de análisis o temas principales en relación con las barreras percibidas para un control efectivo de la presión arterial.

a) *Unidad de análisis: información insuficiente*

Los pacientes reportaron durante la entrevista desconocer la gravedad de la enfermedad y sus posibles consecuencias. A ello se suma el hecho de no comprender el régimen terapéutico indicado. Expresaron además confusión respecto al significado y la seriedad de su condición, así como incertidumbre sobre los medicamentos prescritos, sus propósitos y la forma correcta de tomarlos.

Al respecto, el paciente 5 manifestó: “(...) aunque sabía que mi presión estaba un poco alta, no pensé que fuera tan grave. Nadie me explicó realmente qué podía pasar si no me cuidaba”. De la misma forma, refirió el paciente 17 como: “(...) aunque me dijeron que tenía hipertensión, realmente no sé lo que eso significa”, y prosigue: “(...) tomo las pastillas, pero no entiendo por qué es tan importante hacerlo”. Por su parte el paciente 8 planteó: “Mi médico me dijo que tomara estas pastillas por la mañana y por la noche, pero no estoy seguro para qué sirve cada una, (...) a veces me confundo y no sé si ya la tomé o no, pero no creo que sea tan importante”. En esta dirección el paciente 21 comentó: “Me dijeron de tomar varios medicamentos, pero no me dijeron para qué servía cada uno. Solo me dijeron que los tomara, pero no sé (...) que objetivo tiene que los tome o para que son”.

Los pacientes destacaron barreras relacionadas con la comunicación que afectan el manejo efectivo de la enfermedad. Ello incluye indicaciones médicas poco claras, escasa educación sanitaria, además de una limitada interacción; lo que genera confusión, inseguridad y falta de confianza, lo que incide en la falta de conocimiento y claridad, como lo ilustran sus testimonios.

En este sentido, el paciente 11 relató como: “(...) cuando voy a la consulta, el médico habla con muchas cosas que no entiendo. A veces me da pena preguntar porque no quiero que piensen que soy bruto o no entiendo nada”. Por su parte el paciente 15 alegó que “(...) me dan folletos con información, pero están llenos de términos que no conozco, y eso me confunden más (...), sería mejor que me lo explicaran con palabras más sencillas”.

A su vez, el paciente 4 indicó como: “(...) durante la consulta todo va muy rápido (...), el médico casi no me deja hablar, solo escribe en la historia clínica y me da la receta”. En relación a ello, la paciente 20 planteó: “(...) me gustaría que hubiera alguien que me explicara las cosas claramente, pero siempre hay diferentes médicos, y nadie me sigue de forma periódica”.

b) *Unidad de análisis: baja adherencia al tratamiento farmacológico*

Un tema frecuente al abordar esta temática es la adherencia inconsistente al tratamiento, manifestada ya sea por olvido frecuente de las dosis como por la interrupción personal de la medicación. Estas conductas reflejan una comprensión limitada de la naturaleza crónica de la hipertensión y la relevancia de mantener el control farmacológico continuo.



El paciente 6 planteó: “(...), en cuanto a los medicamentos, a veces simplemente se me olvidan. Si tengo un día agitado o salgo temprano de casa, me doy cuenta por la noche de que no me tomé la pastilla. Eso me pasa bastante seguido”. De igual manera el paciente 14 refirió “(...) a veces cuando tomo las pastillas y me siento bien, pienso que ya estoy curado y dejo de tomarlas por unos días hasta que me vuelvo a poner mal (...), no sabía que tenía que seguir, aunque me sintiera bien”. Lo cual guarda relación por el paciente 19 cuando indicó: “(...) dejé de tomarlas por un tiempo porque me sentía bien y no quería estar tomando pastillas toda la vida”.

De igual manera fueron identificados entre los pacientes miedos, creencias y preferencias respecto al tratamiento. Ello, acompañado de una inadecuada orientación por parte del personal médico, influyó negativamente en la adherencia y en la toma de decisiones sobre el uso de medicamentos. En relación a esto, el paciente 10 comentó: “(...) tengo miedo de dañarme mis riñones o el hígado. Escuché que tomar pastillas todos los días termina afectando otros órganos”. A su vez, el paciente 7 expresó: “Las pastillas me hacían sentir mareado y débil, así que las dejé. Tenía miedo de que me pasara algo peor”.

Por otro lado, el paciente 22 resaltó que “(...) no quiero depender de pastillas para siempre. Creo que si como bien y descanso, mi presión bajará naturalmente”. En correspondencia, el paciente 3 expresó: “(...) mi vecino me dijo que tomara agua con ajo todas las mañanas. Dejé las pastillas y empecé con eso (...), y por un tiempo me funcionó”. Más adelante prosiguió: “(...) prefiero usar las hierbas y cocimientos, no confío mucho en los químicos”.

c) *Unidad de análisis: deficiencias en los servicios de salud*

Los participantes reportaron múltiples dificultades relacionadas con el sistema sanitario, ya sea por el acceso al mismo como por la continuidad de la atención. Uno de los problemas más mencionados fue la disponibilidad irregular de medicamentos. Varios pacientes expresaron que, a pesar de contar con prescripción médica, con frecuencia no podían obtener los fármacos debido al desabastecimiento en las farmacias comunitarias, lo que provoca interrupciones en el tratamiento, con claras repercusiones clínicas. Al respecto, el paciente 1 indicó que “A veces uno va y no hay nada (...), me dicen que regrese en unos días, pero no se puede esperar; es la presión la que está en juego (...); además, cuando regreso rara vez el medicamento entró, y así es difícil poder controlar algo”.

Por su parte, otros de los problemas que repercuten de forma directa para algunos participantes, son el acceso limitado a consultas especializadas, las demoras en la atención o los procesos burocráticos. En correspondencia con ello, la paciente 16 comentó que: “Me dieron cita con el cardiólogo para dentro de tres meses, y ya en ese entonces me sentía mal. No tiene sentido, (...) nadie sabe si estaré viva para esa fecha”. De igual manera, el paciente 25 resalta como: “Se pierde mucho tiempo en papeles (...), vas a pedir una orden, y lo mismo no hay reactivos disponibles, o hay que esperar para hacerse la prueba. Es demasiado para quien ya está enfermo”. Por su parte, el paciente 26 resaltó como: “Me enviaron a hacerme unos análisis (...), pero los resultados nunca llegaron (...), tuve que llamarlos varias veces para que se enteraran”.



En relación a las percepciones negativas sobre sus interacciones con los profesionales de la salud, los pacientes refirieron de falta de empatía por parte de estos. También reportaron problemas relacionados con la pobre coordinación entre los diferentes niveles de atención, lo cual afectaba la calidad y continuidad del cuidado recibido. Ejemplo de ello se apreció en el planteamiento del paciente 4, que refirió: “(...) cuando voy al hospital, siento que solo quieren que me vaya rápido, sin escuchar realmente lo qué me pasa. A veces me siento invisible”. De igual manera el paciente 17 reportó que: “No es solo el diagnóstico; también necesitamos ser comprendidos y apoyados (...), pero muchas veces ellos parecen indiferentes a lo que sentimos”.

d) *Unidad de análisis: persistencia de estilos de vida no salutogénicos*

Otra de las barreras identificadas fueron las dificultades para modificar los hábitos que impactan directamente en la salud del paciente, especialmente en lo relacionado con la alimentación y la actividad física. Entre los principales obstáculos identificados se encontraron la falta de preparación o recursos económicos para efectuar los ajustes al estilo de vida adecuado; además de una importante falta de motivación para hacer dichos cambios.

En el caso del paciente 6, el mismo detalló que: “Sé que debería comer con menos sal, pero en casa siempre cocinan con mucha. No tengo idea de cómo cambiar eso sin que mi familia se queje”. El paciente 18 por su parte expresó que: “No tengo suficiente información, recursos, ni apoyo para preparar una dieta que se ajuste a mis necesidades (...), es difícil cambiar cuando no sabes por dónde empezar”. A ello se suma el criterio del paciente 24 cuando alegó que: “(...) a veces siento que no tengo fuerza, ni tiempo para hacer ejercicio, sobre todo después de un día largo de trabajo”.

Los pacientes mencionaron serias dificultades relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco, estos hábitos y la falta de consistencia para erradicarlos representan un reto significativo para el manejo de la enfermedad. Asociado a ello, el paciente 5 dijo que: “Sé que fumar y beber no me ayudan, pero es difícil dejarlo cuando es parte de mi vida...”. De la misma forma, el paciente 17 comentó como: “(...) a veces empiezo con buenos hábitos, pero después de unas semanas vuelvo a lo mismo porque no puedo mantener la rutina”. La principal conclusión al respecto se observa en la respuesta dada por el paciente 19 cuando confesó: “(...) no siempre tengo fuerza de voluntad para evitar el alcohol, especialmente en reuniones con la familia o los amigos (...), me cuesta estar en un entorno donde ellos beben, y no puedo evitarlo”.

e) *Unidad de análisis: apoyo familiar y social inadecuado*

Los pacientes reportaron también la existencia de incomprendión o minimización de su condición por parte de la familia o círculo de amistades. Una idea exacta de dicho fenómeno se observó en la respuesta dada por el paciente 2 cuando comentó: “Mi familia no entiende realmente lo grave que es mi condición; a veces actúan como si no fuera nada”. También se puede ver en la dada por el paciente 16 cuando resaltó que: “(...) el estrés en casa me afecta mucho; cuando la familia está tensa, pierdo el enfoque en mi propio cuidado”.



A ello se añadió la ausencia de redes de apoyo comunitarias y la influencia negativa de entornos poco saludables, lo que contribuyó de manera significativa a las dificultades en el manejo de su salud. Ejemplo de ello se notó en el comentario dado por el paciente 11 cuando dijo que: "No hay grupos de apoyo, ni ayuda comunitaria por aquí, (...) así que me siento solo enfrentando todo esto". Se sumó, a su vez, el mensaje dado por el paciente 25 cuando refirió que: "Vivo en un barrio donde los hábitos poco saludables reinan, (...) me es difícil mantenerse firme cuando todos a mi alrededor fuman o beben".

DISCUSIÓN

La naturaleza cualitativa del estudio permitió abordar en profundidad la complejidad del fenómeno, identificándose cinco barreras fundamentales percibidas por los pacientes para un control efectivo de la presión arterial: la presencia de información insuficiente; una baja adherencia al tratamiento farmacológico; la existencia de deficiencias en los servicios de salud; el afianzamiento o persistencia de estilos de vida no salutogénicos; acompañado de un apoyo familiar y social inadecuado. Fueron dichas barreras comprendidas por su impacto multidimensional sobre el manejo de la hipertensión.

La presencia de información insuficiente por parte del paciente surge como un obstáculo fundamental que limita la capacidad del mismo para comprender su enfermedad e impide reconocer la importancia del control de la misma al adoptar para ello comportamientos saludables. Los estudios desarrollados por Miezah, *et al.*⁽¹¹⁾ y Ribeiro, *et al.*⁽¹²⁾ han demostrado que la educación inadecuada se asocia con menor adherencia y un peor control de la presión arterial, especialmente, cuando la información no está adaptada al contexto o a las necesidades individuales del paciente. Ante ello, la evidencia sugiere como se debe estimular el desarrollo de intervenciones educativas personalizadas y continuas que posibiliten mejorar el conocimiento, la percepción del riesgo y la autoeficacia del paciente.⁽¹³⁾

Respecto a la adherencia al tratamiento, en especial del farmacológico, las dificultades para seguir los esquemas de medicación debido a efectos secundarios, olvidos o ausencia de síntomas visibles son muy frecuentes. Esta problemática está bien reconocida en la literatura contemporánea, donde se estima que cerca del 50 % de los pacientes no cumplen adecuadamente sus tratamientos.⁽¹⁴⁾ Ello es influenciado por factores psicológicos, sociales y económicos; por cuanto, mejorarla requiere estrategias multifactoriales que incluyan apoyo continuo y simplificación del tratamiento.⁽¹⁵⁾

Es innegable reconocer la existencia de deficiencias en los servicios de salud, evidenciadas por el acceso limitado, las demoras y la falta de coordinación, las cuales afectan de forma negativa la continuidad y calidad de la atención. Investigaciones recientes indican como los sistemas fragmentados, con barreras administrativas, dificultan la atención integral, aumentan la carga emocional de los pacientes y reducen la adherencia al tratamiento.⁽¹⁶⁾ Ante ello, mejorar la organización de los servicios, la accesibilidad y la comunicación entre niveles asistenciales resulta imprescindible para optimizar los resultados en hipertensión.⁽¹⁷⁾



En la actualidad, el afianzamiento de estilos de vida no salutogénicos sigue siendo un reto central. Entre ellos se encuentran las dietas con alto contenido en sal, carbohidratos, azúcares o grasas; la presencia de sedentarismo y el consumo de sustancias nocivas (alcohol y cigarros). En tal sentido, estudios han destacado las dificultades que enfrentan los pacientes para modificar comportamientos arraigados, especialmente, sin apoyo adecuado ni cambios en el entorno.^(18,19) Para ello, Krishnamoorthy, *et al.*⁽²⁰⁾ recomienda el empleo de intervenciones multicomponentes que integren educación, motivación, apoyo social y adecuaciones en los entornos físicos y sociales, demostrando las mismas una mayor efectividad en la promoción de hábitos saludables y el control de la presión arterial.

El componente psicosocial de esta enfermedad es fundamental. El apoyo familiar y social insuficientes constituyen una barrera que afecta tanto la adherencia como el bienestar emocional.⁽²¹⁾ La evidencia actual subraya el papel crítico de las redes de apoyo en el manejo de enfermedades crónicas, donde la falta de comprensión y acompañamiento puede llevar al aislamiento, el estrés y una disminución del autocuidado.^(22,23) Por ello, es importante implicar a la familia y la comunidad en los programas de intervención, lo que garantiza fortalecer estos vínculos y crear un entorno favorable para el control de la hipertensión.

Estos resultados refuerzan la necesidad de abordar el control de la presión arterial desde una perspectiva integral. El enfoque cualitativo adoptado, centrado en el paciente, a pesar de contar con una muestra específica lo cual puede limitar la generalización de los hallazgos, permite abordar en profundidad la naturaleza del fenómeno detrás del control de la presión arterial, al ofrecer aportes valiosos para diseñar intervenciones más efectivas enfocadas en la experiencia del paciente.

CONCLUSIONES

El estudio cualitativo revela que los pacientes con hipertensión enfrentan múltiples barreras para un control adecuado de la enfermedad, destacándose la falta de información clara, la baja adherencia al tratamiento y deficiencias en los servicios de salud, tales como el acceso limitado y la escasa coordinación. Además, la persistencia de hábitos poco saludables, el apoyo familiar y social insuficiente dificultan la adopción de los cambios necesarios.

Estos resultados reflejan la importancia de implementar intervenciones integrales centradas en el paciente y las percepciones del mismo entorno a su enfermedad, que incluyan una educación continua, la mejora en la accesibilidad a los servicios, así como el fortalecimiento de las redes de apoyo con el objetivo de optimizar el manejo de la hipertensión.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [consultado 21 Mayo 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Pan American Health Organization. Hypertension [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2023 [consultado 21 Mayo 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/hypertension>
3. Revueltas Agüero M, Molina Esquivel E, Pons Díaz O, Hinojosa MDC, Venero Fernández S, Benítez Martínez M. Caracterización de la prevalencia de la hipertensión arterial en Cuba en 2019. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 [citado 21 Mayo 2025]; 37(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000400010&lng=es
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2023 [Internet]. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2023 [consultado 21 Mayo 2025]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2024/09/30/anuario-estadistico-de-salud-2023/>
5. Revueltas-Agüero M, Molina-Esquivel E, Suárez-Medina R, Bonet-Gorbea M, Varona-Pérez P, Benítez-Martínez M. La hipertensión arterial en Cuba según la Encuesta Nacional de Salud 2018-2019. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2022 [citado 21 Mayo 2025]; 26:e9239. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9239>
6. Menéndez EL. Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. Salud Colectiva [Internet]. 2018 [citado 21 Mayo 2025]; 14(3):461-481. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
7. Mercado Francisco J, Alcántara Hernández E, Lara Flores N, Sánchez A, Tejada Tayabas LM. La atención médica a la enfermedad crónica: reflexiones sobre los procedimientos metodológicos de un estudio cualitativo. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2002 [citado 21 Mayo 2025]; 76(5):461-471. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500008&lng=es
8. Linares Cánovas LP, Pereda Rodríguez Y, Herrera Miranda GL. Factors associated with blood pressure control in hypertensive patients. Salud Cienc Tecnol - Ser Conf [Internet]. 2023 [citado 21 Mayo 2025]; 2(2023). DOI: <https://doi.org/10.56294/sctconf2023510>
9. Ordóñez P, Campbell NRC, DiPette DJ, Jaffe MG, Rosende A, Martínez R, et al. HEARTS en las Américas: impulsar el cambio en el sistema de salud para mejorar el control de la hipertensión en la población. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2024 [citado 21 Mayo 2025]; 48:e17. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.17>
10. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. Adm Policy Ment Health [Internet]. 2015 [citado 21 Mayo 2025]; 42:533-544. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
11. Miezah D, Hayman LL. Culturally tailored lifestyle modification strategies for hypertension management: A narrative review. Am J Lifestyle Med [Internet]. 2024 [citado 21 Mayo 2025]. DOI:



- <https://doi.org/10.1177/1559827624129767>
 5
- 12.Ribeiro CD, Resqueti VR, Lima Í, Dias FAL, Glynn L, Fregonezi GAF. Educational interventions for improving control of blood pressure in patients with hypertension: a systematic review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2015 [citado 21 Mayo 2025]; 5(3):e006583. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006583>
- 13.Ukoha-Kalu BO, Isah A, Biambo AA, Samaila A, Abubakar MM, Kalu UA, et al. Effectiveness of educational interventions on hypertensive patients' self-management behaviours: an umbrella review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2023 [citado 21 Mayo 2025]; 13(8):e073682. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073682>
- 14.Bhattarai S, Bajracharya S, Shrestha A, Skovlund E, Asvold BO, Mjølstad BP, et al. Facilitators and barriers to hypertension management in urban Nepal: findings from a qualitative study. *Open Heart* [Internet]. 2023 [citado 21 Mayo 2025]; 10(2):e002394. DOI: <https://doi.org/10.1136/openhrt-2023-002394>
- 15.Glock H, Borgström Bolmsjö B, Milos Nyberg V, Wolff M, Calling S. 'In the end, I'm the one who has to do the job': Participant experience of a lifestyle intervention for patients with hypertension. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2023 [citado 21 Mayo 2025]; 41(4):457-468. DOI: <https://doi.org/10.1080/02813432.2023.2271042>
- 16.Bhandari B, Narasimhan P, Vaidya A, Subedi M, Jayasuriya R. Barriers and facilitators for treatment and control of high blood pressure among hypertensive patients in Kathmandu, Nepal: a qualitative study informed by COM-B model of behavior change. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 [citado 21 Mayo 2025]; 21(1):1524. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11548-4>
- 17.Ogedegbe G. Barriers to optimal hypertension control. *J Clin Hypertens* [Internet]. 2008 [citado 21 Mayo 2025]; 10(8):644-646. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.08329.x>
- 18.Xia T, Zhao F, Nianogo RA. Interventions in hypertension: systematic review and meta-analysis of natural and quasi-experiments. *Clin Hypertens* [Internet]. 2022 [citado 21 Mayo 2025]; 28(1):13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40885-022-00198-2>
- 19.Li J, Zheng H, Du HB, Tian XP, Jiang YJ, Zhang SI, et al. The multiple lifestyle modification for patients with prehypertension and hypertension patients: a systematic review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2014 [citado 21 Mayo 2025]; 4(8):e004920. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004920>
- 20.Krishnamoorthy Y, Nagarajan R, Murali S. Effectiveness of multiple combined lifestyle interventions in reducing blood pressure among patients with prehypertension and hypertension: a network meta-analysis. *J Public Health* [Internet]. 2023 [citado 21 Mayo 2025]; 45(2):e319-e331. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdac027>
- 21.Linares Cánovas LP, Herrera Miranda GL, Linares Cánovas LB, Lemus Ramos RD, Linares Montano AC, Sánchez Muñoz WI, et al. Impacto de los factores epidemiológicos y psicosociales en el control de la presión arterial. *Rev Cubana Med Milit* [Internet]. 2025 [citado 21 Mayo 2025]; 54(2):e025076018. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/76018>



22.Gallant MP. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Educ Behav* [Internet]. 2003 [citado 21 Mayo 2025]; 30(2):170-195. DOI: <https://doi.org/10.1177/1090198102251030>

23.DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Med Care* [Internet]. 2007 [citado 21 Mayo 2025]; 45(6):521-528. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318032937e>

Declaración de conflictos de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

Lázaro Pablo Linares Cánovas: conceptualización, metodología, investigación, curación de datos, redacción –borrador original.

Guillermo Luis Herrera Miranda: supervisión, administración del proyecto, redacción –revisión y edición.

Liyansi Bárbara Linares Cánovas: supervisión, metodología, redacción –revisión y edición.

Geovani Lopez-Ortiz: supervisión, metodología, redacción –revisión y edición.

Financiación:

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

Archivos complementarios:

[Cuestionario y guía de entrevista cualitativa empleada en Barreras percibidas para el control de las cifras de presión arterial estudio cualitativo](#)

