

Hipertensión arterial en la senectud: vivencias en el ámbito rural y desafíos para la enfermería

High blood pressure in old age: experiences in rural areas and challenges for nursing

Katia Elizabeth Pérez-Ortiz¹  <https://orcid.org/0009-0003-7189-8428>

Leydy Castañeda-Sigueñas¹  <https://orcid.org/0009-0007-9413-2731>

José Ander Asenjo-Alarcón^{1*}  <https://orcid.org/0000-0002-1059-4258>

¹ Universidad Nacional Autónoma de Chota. Cajamarca, Perú.

* Autor para la correspondencia: ander1213@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial prevalece más en la etapa de envejecimiento, cuando los pacientes enfrentan dificultades debido a cambios fisiológicos y emocionales. La mayor asiduidad y austeridad de las medidas preventivas oportunas pueden ser de mucha utilidad.

Objetivo: Interpretar las vivencias de pacientes con hipertensión arterial durante la senectud en el ámbito rural, así como los desafíos para enfermería.

Métodos: Estudio cualitativo, exploratorio, de diseño fenomenológico-hermenéutico, que se efectuó con 15 pacientes mayores de 60 años de la sierra peruana. Los datos se recopilaron mediante entrevistas semiestructuradas; la guía de entrevista contó con validez de contenido. Las subcategorías y categorías que explican el fenómeno estudiado se generaron mediante codificación inductiva y se presentan en una red semántica.

Resultados: Las categorías resultantes fueron: vivencias desagradables en el curso de la enfermedad y tendencia emocional para un afrontamiento favorable de la misma; las subcategorías: modificaciones globales por la enfermedad, limitaciones para realizar actividades, adherencia ineficaz a las medidas terapéuticas, actitud para contribuir al control, acompañamiento y apoyo familiar, afán de mejorar la cotidianidad y creencia en Dios como soporte emocional. Otros estudios coinciden en que la interiorización de la enfermedad facilitará la participación activa de los pacientes para asumir cambios en su vida diaria y adaptarse a la nueva realidad.

Conclusiones: Los pacientes manifestaron disconformidad con los efectos provocados por la hipertensión arterial en las diferentes esferas de su vida; no obstante, están prestos a contribuir y recibir el apoyo necesario con el fin de mejorar sus condiciones de vida.

Palabras clave: hipertensión, acontecimientos que cambian la vida, envejecimiento, anciano, medio rural.

ABSTRACT

Introduction: High blood pressure is more prevalent in the aging stage, when patients face difficulties due to physiological and emotional changes. The greater assiduity and austerity of timely preventive measures can be very useful.

Objective: To interpret the experiences of patients with hypertension during senescence in rural areas, as well as the challenges for nursing.

Methods: A qualitative, exploratory study with a phenomenological-hermeneutic design was conducted with 15 patients over 60 years of age from the Peruvian highlands. Data were collected through semi-structured interviews; the interview guide had content validity. The subcategories and categories that explain the phenomenon studied were generated through inductive coding and are presented in a semantic network.

Results: The resulting categories were: unpleasant experiences in the course of the disease and emotional tendency for a favorable coping of it; the subcategories were: global modifications due to the disease, limitations in performing activities, ineffective adherence to therapeutic measures, attitude to contribute to control, family accompaniment and support, desire to improve daily life and belief in God as emotional support. Other studies agree that the internalization of the disease will facilitate the active participation of patients to assume changes in their daily lives and adapt to the new reality.

Conclusion: Patients expressed dissatisfaction with the effects caused by arterial hypertension in the different spheres of their lives; however, they are ready to contribute and receive the necessary support to improve their living conditions.

Key words: hypertension; life-changing events; aging; elderly; rural environment.



Recibido: 16/04/2025.

Aceptado: 27/09/2025.

Revisores: Maritza Petersson-Roldán y Albert Hernández-Nápoles.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA), una de las enfermedades crónicas más prevalentes, afecta con mayor intensidad a grupos poblacionales vulnerables, como los adultos mayores. En este grupo, las respuestas fisiológicas y la adherencia a las medidas terapéuticas suelen ser limitadas. A medida que la enfermedad progresa, su control se vuelve más complejo, lo que merma la calidad de vida de los pacientes. Esta situación se ve agravada por la alteración de las rutinas diarias y la consiguiente pérdida de autonomía.^(1,2)

Por su parte, los pacientes con HTA que residen en zonas rurales enfrentan una realidad muy distinta a la de quienes viven en áreas urbanas. Para ellos, el acceso a servicios de salud y a la asistencia inmediata de personal de enfermería —ya sea para el manejo de una crisis hipertensiva o para el monitoreo continuo de la enfermedad— resulta una utopía, debido a las barreras geográficas, económicas, sociales y personales que aún imperan.⁽³⁾

Esta situación ha contribuido a que la vida diaria de estos pacientes sea poco satisfactoria, marcada por la carga de la enfermedad y las limitaciones que esta conlleva. Manifestaciones clínicas como la cefalea y la dificultad visual les impiden realizar tareas domésticas; la visión borrosa y el vértigo comprometen su capacidad para trasladarse con seguridad; y la afectación emocional nubla su capacidad de toma de decisiones y su claridad intelectual.^(4,5)

Vivir con HTA no es tarea fácil para los afectados, cuando existen falencias educativas que dificultan la comprensión de la magnitud del problema, los factores de riesgo a los que están expuestos y las acciones a tomar para conseguir el control. Los pacientes enfrentan muchos desafíos para cumplir con sus rutinas habituales, con el fin de garantizar su sustento y el de los suyos, en el caso de que vivan con su familia.⁽⁶⁾

Muchos de estos pacientes, que con frecuencia viven solos, enfrentan una creciente dificultad para realizar sus tareas cotidianas, lo que hace que la adhesión a las medidas terapéuticas resulte inalcanzable. Así, acciones esenciales como mantener una dieta baja en sal, realizar actividad física regular o tomar los medicamentos antihipertensivos en el horario establecido, se convierten en objetivos prácticamente irrealizables.^(7,8)

El envejecimiento con morbilidad crónica se ha convertido en una de las etapas más duras a superar por los pacientes y por los profesionales de enfermería. En gran parte, debido a la gestión ineficaz de los determinantes estructurales e intermedios de la salud,



y por la ausencia de políticas inclusivas operativas que velen por la salud integral de los adultos mayores; la búsqueda de alternativas es preponderante.^(9,10)

No obstante, la escasez de profesionales de enfermería salubristas y exclusivos para el trabajo comunitario, ha disminuido las acciones preventivo-promocionales y educativas óptimas, para mantener controlada la HTA en los pacientes ancianos de zonas rurales del país. Optar por el apoyo de aliados estratégicos puede ser otra alternativa, entre ellos el apoyo familiar y el de cuidadores cercanos.⁽¹¹⁾

Los desafíos para los profesionales de enfermería son cada vez mayores y las retribuciones minúsculas, pues se les atribuye la responsabilidad del manejo y control de las enfermedades crónicas, empero no se les brinda todos los recursos necesarios para atender con éxito a los pacientes.

En este sentido, conocer y valorar a profundidad las vivencias diarias de los pacientes patológicos que residen en zonas rurales alejadas geográfica y socialmente, puede significar el cambio de rumbo en el manejo y abordaje terapéutico, para una atención más personalizada e individualizada. Por ende, se planteó como objetivo interpretar las vivencias en el ámbito rural durante la senectud de pacientes con HTA y los desafíos para enfermería.

MÉTODOS

El tipo de estudio es cualitativo, exploratorio, de diseño fenomenológico-hermenéutico, que facilitó el entendimiento empático de los hechos vividos por los pacientes en el transcurso de la HTA y los efectos ocasionados en su ritmo de vida. De otro lado, el diseño planteado proporcionó las herramientas de interpretación y análisis necesarios para abstraer la naturaleza subjetiva del fenómeno que se investigó y las expectativas de los pacientes frente a la enfermedad.⁽¹²⁻¹⁴⁾

El modelo de adaptación de Callista Roy permitió abordar la HTA en los pacientes mayores como un fenómeno multifactorial, resultado de la confluencia de diversos factores de riesgo tanto biomédicos como psicosociales. Según este enfoque, una adaptación efectiva requiere tres elementos fundamentales: una comprensión integral de la patología por parte del paciente, el apoyo constante de sus seres más significativos y el cuidado holístico proporcionado por los profesionales de enfermería.⁽¹⁵⁾

Se desarrolló en el centro poblado de Llangodén Bajo, provincia de Chota, en la sierra norte de Perú, en los meses de junio y julio de 2023, y la muestra de estudio se conformó por participantes voluntarios y por conveniencia (se seleccionaron adultos mayores con accesibilidad cognitiva y geográfica). Resultaron 15 pacientes mayores de 64 años con HTA, de ambos sexos, alcanzados a través de la saturación de información-patrones de respuesta repetitivos o equivalentes en su contenido.

Criterios de inclusión y exclusión: se tuvieron en cuenta para su inclusión tener el diagnóstico de HTA, acudir regularmente a los controles de salud, estar en tratamiento y no presentar complicaciones patológicas. Se excluyeron a pacientes con deterioro



cognitivo, con enfermedades crónicas asociadas y que no estaban dispuestos a participar en la investigación. Ningún paciente se negó a participar.

La entrevista semiestructurada y presencial, así como la observación asistemática, se utilizaron como técnicas para el acopio de información, junto con una guía de entrevista orientativa que incluía preguntas de respuesta abierta, concerniente a la rutina diaria de los participantes, cambios generados por la enfermedad, sentimientos emergentes, control de la enfermedad, apoyo del entorno y expectativas de mejora. El tema de interés que guio la entrevista fue la cotidianidad de los pacientes desde el diagnóstico de la HTA.

Fue elaborada la guía de entrevista en base a la naturaleza conceptual del fenómeno estudiado, a partir del referente teórico existente, luego fue revisada por tres jueces conocedores del área y de metodología cualitativa, de profesión licenciados en enfermería, grado de maestro en ciencias de la salud y con experiencia en trabajo comunitario con este grupo etario por más de diez años. Las sugerencias fueron asumidas para mejorar su disponibilidad y contenido.

Posteriormente, se realizó una prueba exploratoria con cinco adultos mayores de la comunidad aledaña de Tauripampa, que tenían características equivalentes a la muestra de estudio, con el fin de garantizar su contextualización. La especificidad de estas tres fases contribuyó a la validez de contenido y a la calidad de la guía de entrevista.

En junio de 2023 se presentó una solicitud al jefe del puesto de salud de Llangodén Bajo, para obtener la información identificadora de los participantes. Una vez concedido el permiso, se pidió acceso a la comunidad por escrito al presidente de rondas. Con los datos de identificación de los sujetos se procedió a visitarlos en sus viviendas, de manera presencial se les explicó el propósito del estudio, se entregó la carta de invitación y se brindó la información pertinente. Quienes de manera voluntaria querían ser parte del estudio, firmaron el consentimiento informado y se programaron las entrevistas.

Las entrevistas fueron realizadas por las investigadoras KE y L, con la dirección de JA (todos con formación profesional en enfermería, pertenecientes a la Universidad de Chota), en los domicilios de los participantes, en un ambiente cómodo, libre de ruidos e interrupciones, sin presencia de otras personas. Antes de iniciar las entrevistas, se recalcó la importancia de la investigación, la privacidad de la información y se solicitó permiso para la grabación de audio.

En promedio, tuvieron una duración de 45 a 55 minutos y según la necesidad se acordó para una segunda visita, con fines de profundización en la información y saturación de los discursos, así como retroalimentación sobre los hallazgos. Las anotaciones de expresiones no verbales, interpretación y comentarios, se registraron en una bitácora. Las transcripciones no fueron devueltas a los pacientes.

Por su parte, las investigadoras KE y L poseían las competencias de formación en investigaciones cualitativas, aunque reducida práctica en la fase de ejecución, por ello el investigador JA se encargó de guiar y acompañar todo el proceso de recopilación y análisis de la información, dada su experiencia en el desarrollo de estas investigaciones. Los investigadores no habían tenido contacto con los participantes antes del estudio, este se estableció luego de su identificación, por lo que los pacientes desconocían los



objetivos personales u otros propósitos de los investigadores hasta ese momento, en el que también se informaron las razones del estudio y los intereses en la temática estudiada.

Las grabaciones de las entrevistas y los registros de la bitácora se transcribieron a archivos de texto y se importaron a una unidad hermenéutica en el *software* Atlas.ti. El análisis de contenido de los discursos y el proceso de codificación inductivo realizado por los investigadores, permitió organizar la información en unidades temáticas, hasta disponerlas en categorías y subcategorías (emergieron durante el proceso de análisis de información) que expliquen el fenómeno estudiado, y se presentan en redes semánticas.

Los preceptos éticos de beneficencia, respeto y justicia se consignaron y acataron desde la concepción del estudio hasta su conclusión; los participantes cumplieron con el diligenciamiento del documento de autorización. Además, el estudio fue revisado en todas sus fases y aprobado por un comité científico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, mediante Resolución de Facultad N° 040-2023-FCCSS-UNACH/C, encargada de velar por el cumplimiento cabal del proceso investigativo y cuestiones éticas en sus diferentes etapas. Los criterios de rigor metodológico que se tuvieron en cuenta en el estudio fueron la auditabilidad, credibilidad, confidencialidad y transferibilidad.

RESULTADOS

La tabla 1 recoge los datos demográficos y sociales de los 15 pacientes que conformaron la muestra estudiada.



Tabla 1. Caracterización de los pacientes con HTA del centro poblado de Llangodén Bajo, provincia de Chota

Código	Edad	Sexo	Estado civil	Grado de instrucción	Ocupación
PM1	80	Mujer	Casada	Primaria incompleta	Ama de casa
PM2	76	Mujer	Casada	Primaria incompleta	Ama de casa
PM3	73	Mujer	Casada	Iletrada	Ama de casa
PM4	80	Varón	Viudo	Primaria incompleta	Agricultor
PM5	79	Mujer	Viuda	Iletrada	Ama de casa
PM6	80	Mujer	Casada	Primaria incompleta	Ama de casa
PM7	80	Varón	Soltero	Primaria incompleta	Agricultor
PM8	80	Mujer	Viuda	Iletrada	Ama de casa
PM9	70	Mujer	Casada	Primaria incompleta	Ama de casa
PM10	67	Varón	Viudo	Secundaria incompleta	Agricultor
PM11	80	Mujer	Casada	Primaria incompleta	Ama de casa
PM12	74	Varón	Casado	Secundaria completa	Agricultor
PM13	74	Varón	Conviviente	Iletrado	Agricultor
PM14	76	Varón	Casado	Secundaria incompleta	Agricultor
PM15	64	Varón	Casado	Secundaria incompleta	Agricultor

A partir del proceso analítico de los discursos —mediante codificación inductiva e interpretación de significados— se generaron dos categorías y siete subcategorías. Estas representan las experiencias adversas vividas por los pacientes a causa de la enfermedad y su predisposición a colaborar y recibir apoyo para mantener la hipertensión controlada. La organización de estos hallazgos se presenta en la siguiente figura.

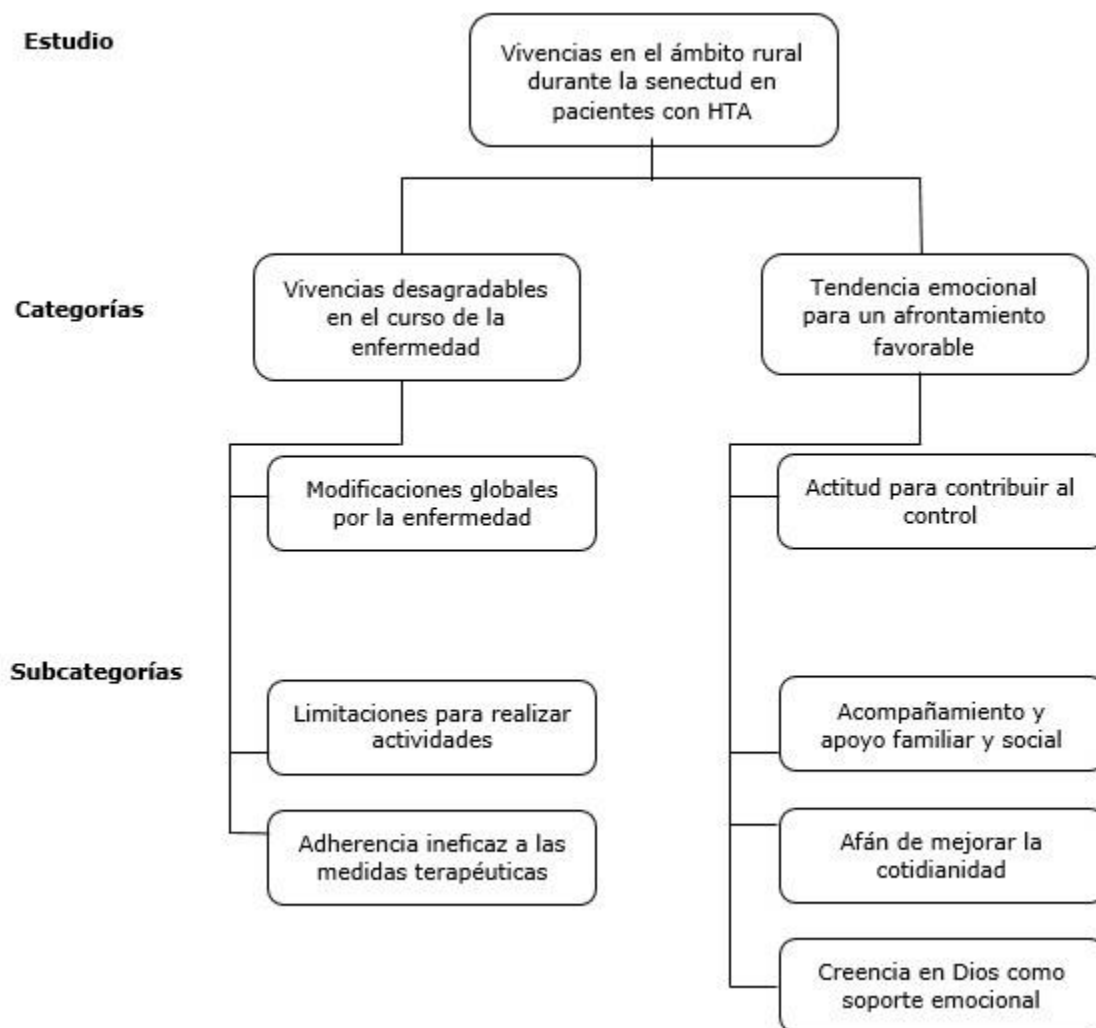


Fig. Árbol de categorías y subcategorías.

Primera categoría. Vivencias desagradables en el curso de la enfermedad

Los pacientes con HTA han expresado sus disgustos y vicisitudes presentados en el trayecto patológico, pues han alterado su calidad de vida y rutina diaria, por las modificaciones que han tenido que asumir en las diferentes áreas para adecuarse al nuevo contexto.

Muchos de estos cambios, con limitaciones físicas para hacer actividades cotidianas que antes realizaban, ha contribuido a no adherirse a las recomendaciones de los profesionales de la salud y al descontrol de la enfermedad, ya sea por cansancio o frustración al sentirse impotentes de responder cómo lo hacían en el período prepatogénico o de disfrutar los momentos habituales. Esta categoría integra a las

subcategorías Modificaciones globales por la enfermedad, Limitaciones para realizar actividades y Adherencia ineficaz a las medidas terapéuticas.

La subcategoría modificaciones globales por la enfermedad hace alusión a los cambios físicos y emocionales en los pacientes, que se manifiestan con pérdida de fuerza física, malestar, agotamiento y susceptibilidad a la preocupación. A través de los discursos (Tabla 2) se pueden notar estos cambios.

Tabla 2. Subcategoría Modificaciones globales por la enfermedad

Código	Discursos
Cambios físicos	
PM2	Refiere pérdida de fuerza muscular por la edad y enfermedad, manifestaciones clínicas de cefalea y vértigos.
PM3	Presenta cansancio, olvido en la toma de medicamentos, vértigos.
PM4	Manifiesta cefalea, vértigos, malestar general.
PM5	Expresa tener cefalea, vértigos, riesgo de caídas.
PM9	Siente parestesias, vértigos.
PM14	Presenta cefalea, vértigos.
PM15	Indica pérdida de la fuerza, limitación de movimientos.
Cambios emocionales	
PM7	Siente preocupación, sentimientos de soledad.
PM12	Expresa preocupación, angustia.
PM13	Refiere preocupación, angustia, tristeza.

Los cambios físicos afectaron a los pacientes, a tal punto de provocarles limitaciones para realizar actividades. Según el grado de afectación fueron parciales o totales. (Tabla 3)



Tabla 3. Subcategoría Limitaciones para realizar actividades

Código	Discursos
PM11	Discontinuidad en actividades laborales por pérdida de vigor físico.
PM12	Dificultades físicas para realizar actividades del hogar, como lavar o cocinar.
PM7	Indisposición física para el desarrollo normal de sus actividades diarias.
PM15	Limitaciones para realizar actividades físicas por cefalea y malestar.
PM14	Temor de caídas por vértigos, al realizar actividades del hogar o fuera de él.
PM3	Dificultades para trasladarse al trabajo y cumplir con otras actividades diarias.

Un aspecto crucial para mantener controlada la HTA es el cumplimiento de las indicaciones de los profesionales de la salud. No obstante, los pacientes, por diversas razones, presentan una adherencia ineficaz a las medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas. Se torna complicado para algunos de ellos lograr el cambio de hábitos alimenticios y cumplir con el consumo de fármacos, según sus relatos. (Tabla 4)

Tabla 4. Subcategoría Adherencia ineficaz a las medidas terapéuticas

Código	Discursos
PM2	Desagrado hacia los alimentos insípidos, por el contrario, adiciona sal a las comidas ya servidas, consume bebidas con azúcar, desatiende las indicaciones médicas y recomendaciones de sus hijos.
PM3	Desobediencia a las indicaciones de los profesionales de salud sobre consumir alimentos con baja cantidad de sal.
PM12	Disgusto a los alimentos desabridos, porque siempre los ha consumido con bastante sal y azúcar.
PM13	Dificultad para acostumbrarse a consumir alimentos con poca sal, esto le provoca irritabilidad y lamentación por la enfermedad.
PM1	Solo consume medicamentos ante la presencia de dolor, de forma intermitente, porque no se acostumbra a la situación patológica.
PM2	Olvida tomar los medicamentos según indicación profesional, los consume solamente ante la presencia de dolor.
PM4	Consume los medicamentos de forma interdiaria, porque terceras personas le han referido que pueden ser perjudiciales para su salud.
PM10	Disgusto hacia el consumo de medicamentos, a veces olvida tomarlos y se manifiesta cefalea y vértigos.

Segunda categoría. Tendencia emocional para un afrontamiento favorable



A pesar de las experiencias desagradables, los participantes mantenían la esperanza de mejorar su calidad de vida y recobrar un buen estado de salud. Esta actitud de resiliencia era más frecuente en quienes llevaban un tiempo considerable con el diagnóstico de HTA o disfrutaban de sólidas relaciones familiares, las cuales funcionaban como un sistema de apoyo fundamental. Ese anhelo constante de recuperación no solo los motivaba a cumplir con las medidas terapéuticas encomendadas, sino que también los llevaba a refugiarse en su fe, acudiendo a un ser supremo para rogar por su mejoría.

Esta categoría está conformada por las subcategorías Actitud para contribuir al control, Acompañamiento y apoyo familiar, Afán de mejorar la cotidianidad y Creencia en Dios como soporte emocional.

La actitud para contribuir al control es un aspecto positivo presentado en algunos pacientes para afrontar con éxito la HTA, ya sea para la ingesta de medicamentos o en el consumo de alimentos. En la alimentación son conscientes del cuidado y manifiestan cumplir con las recomendaciones dadas. (Tabla 5)

Tabla 5. Subcategoría Actitud para contribuir al control

Código	Discursos
Toma de medicamentos	
PM1	Acude al establecimiento de salud para la medida de la presión arterial y recibir los medicamentos para la cefalea e HTA.
PM2	Predisposición para tomar los medicamentos en el horario indicado y programar una alarma en su celular. Acude al establecimiento de salud de forma regular para la medida de la presión arterial y recepción de fármacos.
PM4	Deseo de adecuarse al tratamiento farmacológico.
PM5	Obtiene resultados favorables con el consumo de medicamentos y se muestra dispuesto a continuar cumpliendo con las indicaciones.
PM13	Ánimo propicio al tener controlada la HTA, proyecta ganas para seguir cooperando.
PM15	Gratitud por los medicamentos dados en el establecimiento de salud y disposición para aprovecharlos.
PM7	Cumple con la toma de medicamentos indicados y desea seguir haciéndolo, además acude regularmente al establecimiento de salud.
PM14	Consume los medicamentos a la hora indicada, lo que le permite descansar satisfactoriamente, su actitud fue de continuar con ello.
Consumo de alimentos	
PM4	Cuidado en el consumo de alimentos, un solo grupo de carbohidratos por vez, restricción en la ingesta de grasas.
PM6	Consumo de alimentos con poca sal y toma de medicamentos diariamente, según prescripción profesional.
PM8	Consumo de todo tipo de alimentos en cantidades limitadas, evita consumir manteca, coca, bebidas alcohólicas y cigarros.



Para ayudar a los pacientes a sobrellevar la enfermedad, es crucial el apoyo tanto de su entorno familiar y social como de las instituciones de salud o aquellas que brindan soporte social. Los relatos que evidencian esto se presentan en la tabla 6.

Tabla 6. Subcategoría Acompañamiento y apoyo familiar y social

Código	Discursos
Acompañamiento y apoyo familiar	
PM1	Recibe apoyo de su esposa y de sus hijos, según sus posibilidades.
PM2	Su esposo brinda apoyo laboral para el hogar, mediante actividades de agricultura y ganadería.
PM4	Sus hijos le proporcionan los medicamentos necesarios, su hija le hace recordar el horario para la toma de los mismos.
PM8	Su esposa y sus hijos le impiden que trabaje, para evitar que se empeore y le brindan apoyo en las actividades diarias.
PM9	Sus hijos le acompañan a la consulta médica particular y le proporcionan los medicamentos prescritos.
Acompañamiento y apoyo social	
PM4	Cuenta con el seguro integral de salud, donde obtiene medicamentos de forma gratuita, además recibe apoyo económico del programa Pensión 65.
PM9	Está afiliado al seguro integral de salud y percibe una subvención económica del programa Pensión 65.
PM10	Recibe apoyo profesional en el establecimiento de salud del programa Pensión 65 y además genera sus propios ingresos en la agricultura.
PM12	Percibe apoyo económico del programa Pensión 65.
PM13	Ella y su esposo reciben apoyo por parte del programa Pensión 65.

La automotivación y la capacidad de sobreponerse en afán de mejorar la cotidianidad constituyen virtudes desarrolladas por algunos pacientes, lo que puede beneficiar al curso de la enfermedad. (Tabla 7)



Tabla 7. Subcategoría Afán de mejorar la cotidianidad

Código	Discursos
PM1	Presenta motivación para continuar con sus actividades del hogar y tareas de agricultura, luego de consumir los medicamentos.
PM4	Continúa con el impulso de realizar las actividades de la casa; ayuda a recoger hierba.
PM6	Diariamente procura cumplir con los quehaceres del hogar, cocina; produce y vende alimentos obtenidos de la agricultura.
PM10	Se dedica a la agricultura y ganadería con esmero, como una fuente de ingresos para cubrir sus necesidades.
PM9	Según sus posibilidades, se empeña en las actividades diarias y en la práctica de la ganadería.
PM13	Cumple con normalidad su rutina diaria y se esfuerza en el cuidado de su ganado.
PM14	Ayuda en lo que puede para el cumplimiento de los quehaceres del hogar.
PM3	Consume maracuyá para aumentar su vigor en la realización de actividades cotidianas.
PM12	Consume maracuyá por recomendación para un mejor rendimiento diario.
PM15	Complementa el tratamiento farmacológico con el consumo de berenjena, maracuyá y preparados naturales.

Las oraciones a Dios constituyen un medio complementario de los pacientes para pedir por su salud, pues la creencia en Dios como soporte emocional les brinda fortaleza y contribuye a su recuperación. En este sentido, la fe juega un rol importante para obtener los resultados deseados, según los discursos que se brindan de la tabla 8.

Tabla 8. Subcategoría Creencia en Dios como soporte emocional

Código	Discursos
PM1	Se encomienda a Dios para obtener salud, como un aspecto prioritario de su vida.
PM2	Ruega a Dios para que le brinde salud, con peticiones diarias de mitigación del cuadro clínico de la HTA.
PM4	Ruega a Dios por el cese de las cefaleas frecuentes y por fortaleza para seguir adelante.
PM9	Pide a Dios que los medicamentos actúen favorablemente en la recuperación de su salud.
PM15	Confía en Dios para seguir recibiendo sus bendiciones y se siente contenta por la seguridad de que así será.

DISCUSIÓN

Las vivencias de los pacientes mayores de 64 años con HTA presentan particularidades que se relacionan con sus precarias condiciones sociodemográficas y del entorno en el que habitan. Los resultados presentan similitudes con las unidades temáticas de otros estudios. La subcategoría Actitud para contribuir al control coincide con uno de los temas del estudio realizado por Natale et al.,⁽³⁾ expresada como autonomía y empoderamiento de la propia salud. Ambas convergen en que es un principio fundamental que permite la interiorización de la enfermedad para tener una participación activa en su manejo y control.

Asimismo, las modificaciones globales por la enfermedad se relacionan con el tema presión arterial y estilo de vida de Glock et al.,⁽⁵⁾ en los cambios que deben asumir los individuos en su vida diaria para adaptarse a la nueva condición de salud. El acompañamiento y apoyo familiar, así como la creencia en Dios como soporte emocional, se corresponden con las temáticas influencias a nivel familiar sobre la salud y oración para afrontar el estrés de Woods et al.⁽¹¹⁾ Los dos temas equivalentes resaltan la importancia de los pilares de apoyo durante la evolución de la patología.

Toda enfermedad ocasiona cambios en la vida diaria de los pacientes, y la HTA no es la excepción. Estos cambios casi siempre son tomados con desagrado por las alteraciones que aparecen, pues su disfrute anterior se ve opacado por la nueva situación, convirtiéndose en vivencias desagradables, como se evidenció en los discursos de los participantes.

Por lo general, los ancianos presentan una disminución marcada de la fuerza muscular debido al cuadro que presentan y a la etapa de vida en la que transitan. Esto ocasiona que los niveles de actividad física se reduzcan y tengan problemas con el equilibrio corporal y con la realización de tareas cotidianas. Además, pueden manifestar cefalea, vértigos y cansancio repentino, aspectos que se relacionan con un mayor riesgo de caídas y accidentes en el hogar. Una situación similar reportan Özler et al., quienes precisan que, a menores niveles de movimiento corporal, la estabilidad disminuye.⁽¹⁶⁾

El componente emocional está comprometido en los afectados y puede alterar el curso de la HTA cuando las emociones son fuertes y constantes, entre ellas la preocupación, ansiedad, estrés e incluso síntomas depresivos; por lo que debe ser incluido en el manejo de la patología, como también lo manifiestan Dich et al.⁽¹⁷⁾

En este sentido, los desafíos para los profesionales de enfermería, sustentados en el modelo de Callista Roy, van más allá de lo terapéutico. El paquete de atención integral debe abarcar estas dimensiones y los aspectos psicosociales, sobre todo hasta conseguir la concienciación y adaptación de los pacientes a la nueva realidad.⁽¹⁵⁾ No obstante, estos retos se ven frustrados por la limitada disponibilidad de potencial humano en salud en el ámbito rural.

La adherencia ineficaz a las medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas identificada en los pacientes puede deberse a la disponibilidad limitada de los profesionales de enfermería para el acompañamiento individualizado, como uno de los factores importantes. Sin embargo, se debe tener en cuenta que este es un problema



multifactorial, en el que influyen las preferencias individuales arraigadas de la población, como el consumo de alimentos con sal o endulzantes añadidos, el olvido en la toma de medicamentos, la percepción errónea de los efectos farmacológicos, los problemas psicosociales y la resistencia al cambio de comportamientos en salud.⁽¹⁸⁾

Ante ello, existen alternativas que pueden suplir la escasez de recursos humanos en salud, como las intervenciones digitales, que permiten educar a la población de forma remota sobre diferentes aspectos de su condición a nivel preventivo, promocional o recuperativo. Estas ya han tenido resultados muy eficaces en el control de la presión arterial y el autocuidado de los pacientes con HTA, pero surgen otros problemas como la falta de acceso a la tecnología, a servicios de internet, el bajo nivel instruccional (pues solo tienen educación básica) y la ínfima asignación de recursos para la inclusión equitativa de este segmento etario que habita en las zonas rurales.

También se torna importante la formación de profesionales de enfermería para su actuación en estos entornos, o la redistribución de aquellos existentes, a fin de optimizar y priorizar las actividades del primer nivel de atención.^(5,19-21)

Otra alternativa para contribuir al control de la HTA es aprovechar los encuentros esporádicos que mantienen los enfermeros con los pacientes durante la atención, para motivar su participación más activa en la gestión de la enfermedad; identificar las expectativas y en qué mantienen su esperanza. Además, pueden servir como un punto de apoyo para fortalecer su compromiso de autocuidado. Puesto que muchos de ellos mostraron una actitud proactiva y una tendencia emocional favorable para contribuir con la desaceleración patológica, es necesaria la retroalimentación positiva en todo momento que sea posible; de esta manera, fijar metas a corto y mediano plazo, fáciles de cumplir, generará sentimientos de satisfacción y logro en los ancianos.^(22,9,10)

Comprometer a la familia y a los cuidadores de los pacientes con HTA en el logro de metas terapéuticas podría mantener la continuidad de las recomendaciones y cuidados indicados por los profesionales de enfermería, al menos en aquellos que aún viven con familiares, como lo manifestaron, y que han interiorizado su condición para estar pendientes de la evolución. El sistema primario de apoyo para los individuos constituye un aliado primordial.

De otro lado, el apoyo social y económico para este grupo desfavorecido de la población es de mucha ayuda para contrarrestar sus limitaciones físicas y de trabajo, que fueron frecuentes. El Estado peruano brinda una subvención económica bimensual para los adultos mayores, pero es mínima y no les alcanza para cubrir sus necesidades básicas. Complementario a ello, se debe enfatizar en las actividades esenciales de la atención primaria de salud para la promoción de la actividad física, alimentación saludable, gestión adecuada del tiempo libre y de las emociones.^(11,23,24)

La adaptación a vivir con la enfermedad es un proceso difícil para muchos pacientes con HTA. No obstante, hay quienes han superado obstáculos a lo largo de su vida, se sobreponen y están prestos a contribuir para mejorar su rutina diaria y sus condiciones, como se apreció en los adultos mayores estudiados. Promover la automotivación, estrategias de afrontamiento orientadas a las emociones o a las tareas, el apoyo social de la familia, el entorno y el fomento de la resiliencia desde los inicios debe ser la



consigna de los profesionales de enfermería, si se quiere lograr el autocontrol, la regulación de la presión arterial y los objetivos terapéuticos.^(15,25,26)

Además, la fe religiosa en Dios profesada por los pacientes del estudio constituye otro punto de apoyo fundamental para la gestión de la HTA, que debe ser aceptado y reforzado por los profesionales de enfermería, pues es un medio complementario que brinda fortaleza, seguridad y confianza a los adultos mayores, los cuales, por experiencias previas, han experimentado los efectos de la oración. Diversos autores coinciden en que aceptar las prácticas religiosas puede servir como mediador para establecer objetivos a corto y mediano plazo que favorezcan el control patológico, siempre que no interfieran con las terapias convencionales.^(11,27,28)

Los estudios cualitativos presentan la limitación de la generalización de resultados, porque profundizan en el sentido y significado de las vivencias de los sujetos investigados para comprender la naturaleza de su realidad y empatizar con ellos, con el fin de responder atinadamente a sus necesidades de atención en salud. Además, conocer de cerca el contexto de los pacientes con HTA permitió internalizar su realidad y el desfase que impera en la asistencia sanitaria en zonas rurales y urbanas del país.

Como implicaciones para la práctica de enfermería, los hallazgos constituyen un insumo importante para la reorientación de la atención de los pacientes con HTA. Es necesario minimizar el enfoque biomédico tradicional y dar mayor énfasis al enfoque biopsicosocial, que permita rescatar la visión integradora y holística de la atención de salud, al considerar al individuo como un ser influido por sentimientos, emociones, relaciones interpersonales y condiciones del entorno.⁽²⁹⁾

Finalmente, el estudio proporciona una visión pragmática ampliada para el abordaje terapéutico de los pacientes con HTA, sobre todo en el proceso de adaptación y adhesión a los cambios cotidianos para el control óptimo de la patología. Más allá de lo meramente biomédico, rescata los principios esenciales de la atención primaria de salud y enfatiza en las actividades preventivo-promocionales para reducir los factores de riesgo. Al respecto, brinda una comprensión e interpretación consciente de las vivencias de los adultos mayores en el ámbito rural, bajo la perspectiva del modelo de adaptación de Callista Roy.

CONCLUSIONES

En conclusión, los pacientes mayores de 60 años manifestaron que la HTA generó efectos en las diferentes esferas de su vida. Sus vivencias estuvieron marcadas por el desagrado ante las modificaciones y limitaciones surgidas, lo que originó una baja adherencia terapéutica. No obstante, se mostraron prestos a contribuir y recibir el apoyo necesario para mejorar sus condiciones. Este aspecto debe ser aprovechado por los profesionales de enfermería para alcanzar las metas de control de la presión arterial y de la patología.

Si bien no es posible cambiar las vivencias de los pacientes, sí se puede contribuir a mejorar su calidad de vida para brindarles un futuro más prometedor. Esto se logra mediante un abordaje holístico del manejo y control de la HTA, que requiera el



compromiso y la predisposición de los profesionales de enfermería, los usuarios, los familiares y los cuidadores, con el fin de establecer y alcanzar metas realizables de manera progresiva.

Una tendencia emocional favorable se sustenta en el acompañamiento y apoyo familiar y, a la vez, refuerza la fe religiosa que ya poseen los pacientes, lo que resulta de gran ayuda en este proceso. Asimismo, la búsqueda y aplicación de estrategias educativas adaptadas a su realidad coadyuva de manera significativa a que se sientan comprendidos y valorados. Aunque la carga laboral en salud puede ser intensa debido a la reducida dotación de personal en las áreas rurales, sin duda ver los cambios progresivos de mejora en los afectados será una fuente de gran satisfacción profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toba A, Ishikawa J. Current topics of frailty in association with hypertension and other medical conditions. *Hypertens Res.* 2023;46(5):1188-94. DOI: 10.1038/s41440-023-01200-6.
2. Pan Q, Zhang C, Yao L, et al. Factors Influencing Medication Adherence in Elderly Patients with Hypertension: A Single Center Study in Western China. *Patient Prefer Adherence.* 2023;17:1679-88. DOI: 10.2147/PPA.S418246.
3. Natale P, Ni JY, Martinez-Martin D, et al. Perspectives and Experiences of Self-monitoring of Blood Pressure Among Patients With Hypertension: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Am J Hypertens.* 2023;36(7):372-84. DOI: 10.1093/ajh/hpad021.
4. Huang KY, Chang CH, Yu KC, et al. Assessment of quality of life and activities of daily living among elderly patients with hypertension and impaired physical mobility in home health care by antihypertensive drugs plus acupuncture: A CONSORT-compliant, randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore).* 2022;101(11):e29077. DOI: 10.1097/MD.00000000000029077.
5. Glock H, Borgström Bolmsjö B, Milos Nymberg V, et al. '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.* 2023;41(4):457-68. DOI: 10.1080/02813432.2023.2271042.
6. Wang X, Dai M, Xu J. Association of living alone and living alone time with hypertension among Chinese men aged 80 years and older: a cohort study. *Front Public Health.* 2024;11:1274955. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1274955.
7. Berry RK, Peck JL. Holistic Hypertension Management. *Holist Nurs Pract.* 2023;37(5):253-9. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000604.



8. Liu F, Song T, Yu P, et al. Efficacy of an mHealth App to Support Patients' Self-Management of Hypertension: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2023;25:e43809. DOI: 10.2196/43809.
9. Huang X, Xu N, Wang Y, et al. The effects of motivational interviewing on hypertension management: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2023;112:107760. DOI: 10.1016/j.pec.2023.107760.
10. Angeli F, Reboldi G, Verdecchia P. Target pressorio nel paziente iperteso anziano. *G Ital Cardiol (Rome)*. 2023;24(4):305-9. DOI: 10.1714/4004.39821.
11. Woods SB, Hiefner AR, Udezi V, et al. 'They should walk with you': the perspectives of African Americans living with hypertension and their family members on disease self-management. *Ethn Health*. 2023;28(3):373-98. DOI: 10.1080/13557858.2022.2040958.
12. Banner M, McDonald K, Walker LO. Qualitative Research on Self-Transcendence in Older Adults: A Scoping Review. *J Gerontol Nurs*. 2023;49(9):43-8. DOI: 10.3928/00989134-20230816-04.
13. Öhlén J, Friberg F. Empirical Phenomenological Inquiry: Guidance in Choosing Between Different Methodologies. *Glob Qual Nurs Res*. 2023;10:23333936231173566. DOI: 10.1177/23333936231173566.
14. Ray MA, Locsin RC. Toward an adequate understanding of phenomenological and hermeneutic-phenomenological nursing research. *Nurs Health Sci*. 2023;25(1):3-8. DOI: 10.1111/nhs.13015.
15. Demirel C, Kiliç SP. The effects of education based on the Roy adaptation model on medication adherence and psychosocial adjustment in hypertensive patients. *J Vasc Nurs*. 2024;42(2):89-98. DOI: 10.1016/j.jvn.2024.01.003.
16. Özler N, Malkoç M, Angin E. The relationship between physical activity level and balance parameters, muscle strength, fear of falling in patients with hypertension. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(48):e36495. DOI: 10.1097/MD.00000000000036495.
17. Dich N, Rod NH, Doan SN. Both High and Low Levels of Negative Emotions Are Associated with Higher Blood Pressure: Evidence from Whitehall II Cohort Study. *Int J Behav Med*. 2020;27(2):170-8. DOI: 10.1007/s12529-019-09844-w.
18. Peña-Valenzuela AN, Ruiz-Cervantes W, Barrios-Olán C, et al. Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]*. 2023 [citado 05/03/2025];61(1):55-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36542507/>
19. Hwang M, Chang AK. The effect of nurse-led digital health interventions on blood pressure control for people with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2023;55(5):1020-35. DOI: 10.1111/jnu.12882.



20. Rogers D, Calleja P, Byrne AL, et al. Exploring the Role and Skill Requirements of Registered Nurses Working in Rural and Remote Areas. A Scoping Review. *J Clin Nurs*. 2025;34(8):3051-71. DOI: 10.1111/jocn.17689.
21. Lenssen E, Nagtegaal I, van Oostveen C, et al. Exploring nurses' leadership and resilience in a complex daily work environment: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2025;24(1):173. DOI: 10.1186/s12912-025-02761-2.
22. Abalos JB, Saito Y, Ramos MA Jr, et al. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension Among Older Adults in the Philippines. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2024;79(2):glad155. DOI: 10.1093/gerona/glad155.
23. Zhang X, Zheng Y, Qiu C, et al. Well-being mediates the effects of social support and family function on self-management in elderly patients with hypertension. *Psychol Health Med*. 2020;25(5):559-71. DOI: 10.1080/13548506.2019.1687919.
24. Ribeiro AMVB, Vilasbôas ALQ, de Almeida PF. Experiences of access and use of primary health care by users with systemic arterial hypertension. *Rev Esc Enferm USP*. 2024;58:e20240109. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0109en.
25. Boima V, Yorke E, Ganu V, et al. Coping strategies and resilience among patients with hypertension in Ghana. *Front Psychol*. 2023;13:1038346. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1038346.
26. Adoma PO, Ansah EW, Apaak D, et al. Coping with hypertensive treatment at Bono Regional Hospital in Sunyani, Ghana: a prospective observational cohort study. *Pan Afr Med J*. 2023;45:185. DOI: 10.11604/pamj.2023.45.185.39994.
27. Kent BV, Upenieks L, Kanaya AM, et al. Religion/Spirituality and Prevalent Hypertension among Ethnic Cohorts in the Study on Stress, Spirituality, and Health. *Ann Behav Med*. 2023;57(8):649-61. DOI: 10.1093/abm/kaad007.
28. Jung SY, Moon KJ. Factors affecting self-care among community-dwelling hypertensive older adults: A cross-sectional study. *Nurs Open*. 2023;10(6):3892-905. DOI: 10.1002/nop2.1647.
29. Maceira D, Quintero REP, Suarez P, et al. Primary health care as a tool to promote equity and sustainability; a review of Latin American and Caribbean literature. *Int J Equity Health*. 2024;23(1):91. DOI: 10.1186/s12939-024-02149-9.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflictos de interés.



Contribución de autoría

Katia Elizabeth Pérez-Ortiz: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, *software*, validación, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición.

Leydy Castañeda-Sigueñas: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, *software*, validación, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición.

José Ander Asenjo-Alarcón: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, *software*, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición.

CÓMO CITAR EL ARTÍCULO

Pérez-Ortiz KE, Castañeda-Sigueñas L, Asenjo-Alarcón JA. Hipertensión arterial en la senectud: vivencias en el ámbito rural y desafíos para la enfermería. Rev Méd Electrón [Internet]. 2025 [citado: fecha de acceso];47:e6547. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6547/6401>

