

Modos y Estilos de Vida en Trabajadores con Hipertensión Arterial de la Ciudad de Popayán

Modes and Lifestyles of Workers With Arterial Hypertension in The City of Popayán

Ana María Campo-Rodríguez^{1*} , Rosa Elvira Álvarez-Rosero¹ ,
Astrid Lorena Urbano-Cano² 

¹ Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.

² Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia.

Recibido: 2/09/2025 Aprobado: 11/11/2025

Resumen

Introducción: La hipertensión arterial, es una enfermedad crónica de origen multifactorial que produce presiones arteriales iguales o superiores a 140/90 mmHg. Su creciente prevalencia como problema de salud pública, evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y control desde una mirada que trascienda el abordaje clínico para lo cual se propone la Determinación Social de la Salud. **Objetivo:** Analizar integralmente y en contexto los modos y estilos de vida que determinan la presencia de hipertensión arterial en trabajadores participantes. **Metodología:** Se realizó un estudio mixto explicativo secuencial sobre hipertensión arterial en trabajadores formales e informales de Popayán. Participaron 285 personas seleccionadas por conveniencia. El estudio incluyó tres fases: descriptiva transversal, serie de casos y triangulación teórica y metodológica. Los datos cuantitativos se analizaron con SPSS v.26 y los cualitativos con Atlas.ti. **Resultados:** La prevalencia de hipertensión arterial fue del 13,33%, los hallazgos muestran una mayor prevalencia en trabajadores formales, mayores de 45 años y con alto nivel educativo. Desde el enfoque propuesto se identificaron como procesos protectores: la estabilidad laboral, la afiliación a seguridad social y la adherencia a prácticas de autocuidado; como procesos nocivos: la exposición continua a riesgos laborales, estrés, actividad física insuficiente, condiciones socioeconómicas bajas, entre otros. El análisis cualitativo, permitió reconocer cuatro categorías que aportaron a la comprensión de la hipertensión arterial en el contexto laboral y social: condiciones laborales; tiempo, estrés y vida cotidiana; cuerpo, enfermedad y autocuidado; género, responsabilidad familiar y económica. **Conclusiones:** La hipertensión arterial se identificó no sólo como un problema biológico sino como una expresión de un proceso social de desgaste corporal, lo cual evidencia la necesidad de reorientar las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad hacia acciones que reconozcan el cuidado como una práctica esencial para la salud y el buen vivir del trabajador.

Palabras clave: Prevalencia; Trabajadores; Hipertensión Arterial; Determinación Social de la Salud.

 * Correspondencia: Ana María Campo-Rodríguez, anamcampo@unicauca.edu.co Universidad del Cauca. Calle 5 N° 4-70, Popayán, Colombia

Forma de citar: Campo-Rodríguez AM, Álvarez-Rosero RE, Urbano-Cano AL. Modos y Estilos de Vida en Trabajadores con Hipertensión Arterial de la Ciudad de Popayán. Salud UIS. 2026; 58: e26v58a04. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.58.e26v58a04>



Abstract

Introduction: Hypertension is a chronic disease of multifactorial origin that causes blood pressure equal to or greater than 140/90 mmHg. Its growing prevalence as a public health problem highlights the need to strengthen prevention and control strategies from a perspective that transcends the clinical approach, for which the Social Determination of Health is proposed. **Objective:** To comprehensively analyze, in context, the lifestyles that determine the presence of high blood pressure in participating workers. **Methodology:** A mixed sequential explanatory study was conducted on high blood pressure in formal and informal workers in Popayán. A total of 285 people selected for convenience participated. The study included three phases: descriptive cross-sectional, case series, and theoretical and methodological triangulation. Quantitative data were analyzed with SPSS v.26 and qualitative data with Atlas.ti. **Results:** The prevalence of high blood pressure was 13.33%. The findings show a higher prevalence among formal workers, those over 45 years of age, and those with a high level of education. From the proposed approach, the following were identified as protective processes: job stability, social security affiliation, and adherence to self-care practices; as harmful processes: continuous exposure to occupational hazards, stress, insufficient physical activity, low socioeconomic conditions, among others. The qualitative analysis allowed us to recognize four categories that contributed to the understanding of high blood pressure in the occupational and social context: working conditions; time, stress, and daily life; body, illness, and self-care; gender, family, and economic responsibility. **Conclusions:** High blood pressure was identified not only as a biological problem but also as an expression of a social process of physical wear and tear, which highlights the need to reorient health promotion and disease prevention strategies toward actions that recognize care as an essential practice for the health and well-being of workers.

Keywords: Prevalence; Workers; Hypertension; Social Determination of Health.

Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) es el principal factor de riesgo prevenible de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV)^{1,2}. Se define como una enfermedad crónica caracterizada por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg¹.

A nivel mundial, en el 2024 la HTA afectó aproximadamente a 1.400 millones de personas entre los 30 y 79 años; sin embargo, solo 320 millones de personas tenían su presión arterial controlada. De continuar las tendencias actuales, se proyecta que esta cifra supere los 1.500 millones de personas para el 2030, si no se implementan medidas efectivas de prevención y control³. Este incremento se asocia con cambios demográficos, como el crecimiento y el envejecimiento de la población, con especial impacto en los países de ingresos bajos y medios^{4,5}.

En América Latina, representa un desafío creciente por su alta prevalencia (44%) y las limitaciones estructurales del sistema de salud, reflejadas en dificultades de acceso y equidad en la atención médica⁶. Tal situación no es ajena en Colombia al contar con una prevalencia del 9,5%⁷, pero existen marcadas desigualdades regionales. En departamentos con rezago socioeconómico como el Cauca, reportan un aumento en su prevalencia alcanzando cifras del 15,5% de acuerdo con la Cuenta de Alto Costo nacional 2023⁸. En Popayán, la HTA se posiciona como la tercera causa de muerte con una prevalencia del 8,5%⁹.

El impacto en la salud será especialmente pronunciado en países con dietas de mala calidad, alto contenido de sodio, bajo contenido de potasio, consumo de tabaco, sobrepeso y obesidad, bajos niveles de actividad física y niveles significativos de contaminación del aire y por ruido^{10,3}. Estas condiciones, sumadas al envejecimiento poblacional y a las brechas en el acceso a los servicios de salud, generan importantes costos sociales y económicos, expresados en mayor gasto sanitario, pérdida de productividad y mortalidad prematura^{6,11,12}. Lo anterior evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control desde una mirada más amplia que trascienda el abordaje clínico.

Si bien las cifras reflejan la magnitud del problema, comprender la HTA únicamente desde una perspectiva biomédica resulta insuficiente para abordar sus causas estructurales y las desigualdades que la determinan. Ante esta problemática, surge la necesidad de repensar la HTA desde una perspectiva crítica e integradora como lo es, el enfoque de la Determinación Social de la Salud (DSS), que reconoce la salud como un proceso socialmente determinado y configura nuevas categorías analíticas como modos y estilos de vida, en contraste a la perspectiva

biomédica clásica, la cual privilegia lo individual y clínico, que suele invisibilizar los condicionantes sociales que configuran las trayectorias de salud¹³⁻¹⁵.

Desde el enfoque propuesto, se analizarán las dimensiones: general, particular y singular, las cuales se interrelacionan entre sí y son determinantes de la salud al situarse en el territorio del trabajador, pues reflejan sus modos de vida marcados por condiciones de clase social como salario, educación y seguridad social; y su estilo de vida, vinculado a las dinámicas personales y familiares^{13,15,16}. A su vez, en cada una de las dimensiones mencionadas, se reconoce la presencia de procesos protectores (aquellos que favorecen la salud y la vida digna) y los procesos nocivos (que generan desgaste, riesgos y desigualdad), que pueden estar interactuando dinámicamente en la construcción social de la salud y/o la enfermedad^{13,16}.

En concordancia con lo anterior, este estudio se propone analizar cómo las condiciones de modos y estilos de vida de los trabajadores formales e informales con HTA, contribuyen a comprender el desarrollo de la hipertensión arterial desde el enfoque de la DSS, con el propósito de aportar evidencia que oriente acciones de promoción y prevención en contextos laborales diversos.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio con enfoque mixto de tipo explicativo secuencial (cuantitativa-cualitativo) orientado a analizar la HTA en trabajadores de la ciudad de Popayán, Colombia. El estudio se desarrolló en tres fases complementarias: **Fase 1.** Estudio descriptivo de corte transversal; **Fase 2.** Estudio de serie de casos; **Fase 3.** Triangulación teórica y metodológica en la cual los resultados cuantitativo y cualitativo se integraron articulando los hallazgos estadísticos con las narrativas emergentes, lo cual contribuyó a la comprensión de la HTA en estudio.

Población y muestra

El tamaño de muestra se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas¹⁷ considerando un nivel de confianza del 95%, una precisión del 0,6% y una prevalencia esperada del 10% según los reportes del ASIS Popayán 2023⁹.

Con estos parámetros se incluyó una muestra de 285 trabajadores, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional por conveniencia debido a la ausencia de un marco muestral completo de trabajadores formales e informales en la ciudad de Popayán. Por tanto, los resultados no se generalizan a toda la población sino que se interpretan como una caracterización exploratoria del fenómeno en este contexto.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron personas mayores de 18 años que aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Se excluyeron personas con discapacidades cognitivas, físicas o psiquiátricas o diagnóstico previo de HTA, con el fin de evitar la causalidad inversa o adopción de un comportamiento previo frente a esta patología, lo cual modificaría los valores de HTA y en consecuencia mejora la validez interna para las preguntas de prevención primaria.

Procedimientos

Fase 1. Estudio descriptivo de corte transversal

Para la recolección de información se aplicó una encuesta sociodemográfica para recolectar información sobre edad, sexo, nivel educativo, estado civil, antecedentes clínicos personales y familiares, tipo de ocupación y nivel de ingresos. Posteriormente, se realizó la toma de presión arterial y de medidas antropométricas (peso, talla, circunferencia de cintura), con el fin de calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) y el perímetro abdominal. La información fue registrada en una base de datos construida en el programa estadístico IBM SPSS v26.

Fase 2. Estudio de serie de casos

De los 285 trabajadores evaluados, 38 fueron diagnosticados con HTA, constituyendo la serie de casos del estudio. A este grupo se le aplicó el instrumento de modos y estilos de vida (INSOC)¹⁸. Este instrumento permitió conocer las condiciones laborales, comunitarias y personales que configuran los modos y estilos de vida de los participantes.

Dentro de esta serie de casos, se seleccionó una submuestra de 10 participantes para realizar las entrevistas semiestructuradas tomando como criterio de saturación teórica, es decir, hasta que no emergiera nueva información relevante. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas manualmente, en el análisis se realizó una codificación abierta, axial y selectiva, identificando 58 códigos iniciales, que se agruparon en 10 categorías emergentes, las cuales se consolidaron en 4 categorías axiales mediante la identificación de relaciones conceptuales. Los participantes (P) se identifican con un código alfanumérico, indicando sexo, (H:Hombre; M:Mujer y un número consecutivo (por ejemplo H1, M2..etc).

Fase 3. Triangulación

Para integrar los resultados de la fase cuantitativa y cualitativa se aplicó una triangulación teórica y metodológica, sustentada desde el enfoque de la DSS. Desde lo teórico se contrastaron los hallazgos cuantitativos relacionados con los perfiles sociodemográficos, clínicos, los modos y estilos de vida con las interpretaciones cualitativas derivadas de las narrativas de los trabajadores diagnosticados con HTA.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos cuantitativos, se empleó el paquete estadístico IBM SPSS Statics v.26 para el análisis de las variables estudiadas, mediante estadísticas descriptivas, donde las asociaciones entre variables categóricas se exploraron con pruebas de chi-cuadrado, empleando un nivel de significancia de 0,05. En el análisis cualitativo, las transcripciones fueron procesadas textualmente y analizadas en el software Atlas.ti, siguiendo una codificación inductiva basada en la teoría fundamentada¹⁹. Se aplicaron las etapas de codificación abierta, axial y selectiva, lo que permitió identificar relaciones conceptuales entre los modos y estilos de vida de los participantes. Seguidamente, se seleccionó una categoría central que articuló las dimensiones emergentes, facilitando la interpretación desde el enfoque de la DSS.

Resultados

Se evaluaron 285 trabajadores (58,59% hombres; 41,40% mujeres) encontrándose una prevalencia global de HTA del 13,33% (38 casos). La **Tabla 1** presenta las características sociodemográficas de la muestra general según sexo. La mayoría eran mayores de 50 años (34,03%) sin diferencia significativa por sexo ($p=0,98$).

El 56,84% tenía pareja, en cuanto al nivel educativo el 60% de los trabajadores contaba con estudios universitarios o de posgrado, la mayoría de las cuales eran mujeres (82,20%) mientras que en los hombres predominó la educación básica (55,69%). El 93,68% se auto-reconocían como mestizos. De otra parte, el 78,95% de los participantes trabajan en el sector formal mientras que el 21,05% lo hacían en el sector informal.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra general según sexo

Variables	Total n= 100 (285)	Hombre n= 58,59 (167)	Mujer n= 41,40 (118)	Valor p^*
Edad				0,98
< 30	18,25 (52)	17,96 (30)	18,64 (22)	
31 – 40	23,86 (68)	24,55 (41)	22,88 (27)	
41 – 50	23,86 (68)	23,35 (39)	24,57 (29)	
> 50	34,03 (97)	34,13 (57)	33,90 (40)	

Variables	Total n= 100 (285)	Hombre n= 58,59 (167)	Mujer n= 41,40 (118)	Valor p*
Estado civil				0,08
Con pareja	56,84 (162)	61,08 (102)	50,85 (60)	
Sin pareja	43,16 (123)	38,92 (65)	49,15 (58)	
Nivel educativo				0,001
Básico (Primaria/Secundaria)	40,00 (114)	55,69 (93)	17,80 (21)	
Superior (Universitario/Postgrado)	60,00 (171)	44,31 (74)	82,20 (97)	
Etnia				0,79
Mestizo	93,68 (267)	94,01 (157)	93,22 (110)	
Otros	6,32 (18)	5,99 (10)	6,78 (8)	
Tipo de trabajo				0,35
Formal	78,95 (225)	80,84 (135)	76,27 (90)	
Informal	21,05 (60)	19,16 (32)	23,73 (28)	

*Valor de p calculado por Chi-Cuadrado de Pearson

Entre los trabajadores con HTA (n=38) (**Tabla 2**) predominó el grupo etario mayor de 45 años (68,42%), el 68,42% contaba con estudios superiores (universitarios y/o de postgrado), proporción significativamente mayor en mujeres (93,75%) con diferencia estadísticamente significativa entre sexos ($p=0,004$). El 89,47% con vinculación laboral formal con una mayor proporción de mujeres (93,75%), mientras que la vinculación informal se presenta en mayor proporción en los hombres (13,64%), no se observó diferencia estadísticamente significativa por sexo ($p=0,47$).

El 65,79% de los trabajadores son responsables económicamente de su hogar y el 52,63% recibían ingresos mensuales entre 1 y menos de 3 Salarios Mínimos Legales Vigentes para Colombia, no se observó diferencia estadísticamente significativa ($p=0,11$).

Tabla 2. Características sociodemográficas de los trabajadores con HTA según el sexo

Variables	Total n= 100 (38)	Hombre n= 57,89 (22)	Mujer n= 42,11 (16)	Valor p*
Edad				0,46
< 45	31,58 (12)	36,36 (8)	25,00 (4)	
≥ 45	68,42 (26)	63,64 (14)	75,00 (12)	
Nivel educativo				0,004
Básico (Primaria/Secundaria)	31,58 (12)	50,00 (11)	6,25 (1)	
Superior (Universitario/Postgrado)	68,42 (26)	50,00 (11)	93,75 (15)	
Tipo de trabajo				0,47
Formal	89,47 (34)	86,36 (19)	93,75 (15)	
Informal	10,53 (4)	13,64 (3)	6,25 (1)	
Responsable económico hogar				0,29
Sí	65,79 (25)	72,73 (16)	56,25 (9)	
No	34,21 (13)	27,27 (6)	43,75 (7)	
Ingresos mensuales (SMLV)				0,11
< 1	15,79 (6)	18,18 (4)	12,50 (2)	
Entre 1 y < 3	52,63 (20)	63,64 (14)	37,50 (6)	
> 3	31,58 (12)	18,18 (4)	50,00 (8)	

SMLV: Salario Mínimo Legal Mensual Vigente. *Valor de p calculado por Chi-Cuadrado de Pearson

Desde el enfoque de la DSS, se identificaron como procesos protectores (**Tabla 3**), la estabilidad laboral (55,26%), la afiliación a seguridad social (92,11%), afiliación a riesgos laborales (89,47%), cotizar a pensiones (89,47%), pertenencia sindical (57,89%), adherencia a pausas activas (55,26%), alimentación saludable en el trabajo (60,53%), disponibilidad de parques y/o sitios de recreación (84,21%) y disponibilidad de alimentos saludables en el barrio (81,58%).

Tabla 3. Variables analizadas en modos de vida de los trabajadores con HTA según sexo

Variables	Tipo de proceso	Sexo			Valor p*
		Total n= 100 (38)	Hombre n= 57,89 (22)	Mujer n= 42,11 (16)	
Condiciones laborales					
Tipo de contrato laboral					0,21
Contrato a término indefinido	Protector	55,26 (21)	40,91 (9)	75,00 (12)	
Contrato a término fijo		15,79 (6)	22,73 (5)	6,25 (1)	
Contrato de prestación de servicios		18,42 (7)	22,73 (5)	12,50 (2)	
Otros		10,53 (4)	13,64 (3)	6,25 (1)	
Cuenta con afiliación a salud					0,75
No	Protector	7,89 (3)	9,09 (2)	6,25 (1)	
Sí		92,11 (35)	90,91 (20)	93,75 (15)	
Afiliado a riesgos laborales					0,46
No	Protector	10,53 (4)	13,64 (3)	6,25 (1)	
Sí		89,47 (34)	86,36 (19)	93,75 (15)	
Cotiza a pensión					0,46
No	Protector	10,53 (4)	13,64 (3)	6,25 (1)	
Sí		89,47 (34)	86,36 (19)	93,75 (15)	
Pertenece a un sindicato					0,01
No	Protector	42,11 (16)	59,09 (13)	18,75 (3)	
Sí		57,89 (22)	40,91 (9)	81,25 (13)	
Frecuencia con la que experimenta estrés en el trabajo					0,19
Baja	Nocivo	34,21 (13)	45,45 (10)	18,75 (3)	
Alta		65,79 (25)	54,55 (12)	81,25 (13)	
Está expuesto a riesgos laborales					0,37
No	Nocivo	18,42 (7)	13,64 (3)	25,00 (4)	
Sí		81,58 (31)	86,36 (19)	75,00 (12)	
Actividad física laboral					0,09
Ligera	Nocivo	65,79 (25)	54,55 (12)	81,25 (13)	
Intensa		34,21 (13)	45,45 (10)	18,75 (3)	
Hábitos laborales					
Hace pausas activas durante su jornada laboral					0,15
No	Protector	44,74 (17)	54,55 (12)	44,75 (7)	
Sí		55,26 (21)	45,45 (10)	55,25 (9)	
Durante la jornada laboral su alimentación es saludable					0,03
No	Protector	39,47 (15)	54,55 (12)	39,75 (3)	
Sí		60,53 (23)	45,45 (10)	56,25 (9)	
Condiciones comunitarias					
Disponibilidad de parques y/o sitios de recreación					0,67
No	Protector	15,79 (6)	13,64 (3)	18,75 (3)	
Sí		84,21 (32)	86,36 (19)	81,25 (13)	
Cuenta usted con sitios de venta de alimentos saludables en el barrio					0,01
No	Protector	18,42 (7)	27,27 (6)	6,25 (1)	
Sí		81,58 (31)	72,73 (16)	93,75 (15)	
Estrato socioeconómico					0,74
Bajo (1 y 2)	Nocivo	44,74 (17)	50,00 (11)	37,50 (6)	
Medio (3 y 4)		50,00 (19)	45,45 (10)	56,25 (9)	
Alto (5 y 6)		5,26 (2)	4,55 (1)	6,25 (1)	

*Valor de p calculado por Chi-Cuadrado de Pearson

Los procesos nocivos identificados fueron alta exposición al estrés laboral (65,79%), exposición a riesgos laborales (81,58%), actividad física laboral ligera (65,79%), condiciones socioeconómicas bajas (44,74%).

En cuanto a los estilos de vida (**Tabla 4**), se identificaron como procesos nocivos la alta exposición a situaciones estresantes en el hogar (55,26%) y la baja adherencia a la práctica regular de actividad física (63,16%). Como procesos protectores, se reconocen; la adherencia a una alimentación saludable en el hogar (52,63%), el bajo consumo de alcohol (13,16%), y de cigarrillo (21,05%), el asistir a controles médicos de manera regular (73,68%) y la percepción de contar con un buen estado de salud (55,26%).

Tabla 4. Estilos de vida de los trabajadores con HTA según sexo

Variables	Tipo de proceso	Sexo			Valor p^*
		Total n= 100 (38)	Hombre n= 57,89 (22)	Mujer n= 42,11 (16)	
Frecuencia situaciones estresantes en casa					0,28
Baja	Nocivo	44,74 (17)	54,55 (12)	31,25 (5)	
Alta		55,26 (21)	45,45 (10)	68,75 (11)	
Realiza actividad física regular					0,94
No	Nocivo	63,16 (24)	63,64 (14)	62,50 (10)	
Sí		36,84 (14)	36,36 (8)	37,50 (6)	
Tipo de alimentación en su hogar					0,09
Saludable	Protector	52,63 (20)	40,91 (9)	68,75 (11)	
Poco saludable		47,37 (18)	59,09 (13)	31,25 (5)	
Consumo de alcohol					0,28
Bebedor	Protector	13,16 (5)	18,18 (4)	6,25 (1)	
No bebedor		86,84 (33)	81,82 (18)	93,75 (15)	
Consumo de cigarrillo					0,05
Fumador	Protector	21,05 (8)	31,82 (7)	6,25 (1)	
No fumador		78,95 (30)	68,18 (15)	93,75 (15)	
Estado de salud actual					0,15
Bueno	Protector	55,26 (21)	45,45 (10)	68,75 (11)	
Regular		44,74 (17)	54,55 (12)	31,25 (5)	
Frecuencia de chequeos médicos					0,18
Periódicamente	Protector	73,68 (28)	81,82 (18)	62,50 (10)	
Solo cuando es necesario		26,32 (10)	18,18 (4)	37,50 (6)	

*Valor de p calculado por Chi-Cuadrado de Pearson

A partir del análisis cualitativo se estructuraron cuatro categorías analíticas, que permitieron comprender las vivencias de la HTA desde las voces de los trabajadores: Condiciones laborales; tiempo, estrés y vida cotidiana; cuerpo, enfermedad y autocuidado; género, responsabilidad familiar y económica. Estas categorías fueron resultado de las expresiones de la DSS, a partir del análisis del contexto socio-territorial, los modos y los estilos de vida de los trabajadores participantes.

1. Condiciones laborales

Los trabajadores reconocen que la carga física, la jornada laboral y el estrés del trabajo formal e informal generan un agotamiento físico, que afecta su presión arterial.

El trabajo es reconocido como fuente de estabilidad económica, pero también como una actividad natural de desgaste generalizado del cuerpo y la mente.

“A veces paso todo el día sin parar, el cuerpo se me pone tenso, y uno siente que la presión se le sube de tanto trajín”. “Aquí uno vive para trabajar, el cuerpo le duele y uno igual sigue, no hay opción”
(PHI)

2. Tiempo, estrés y vida cotidiana

Las narrativas coinciden que el tiempo es un bien escaso para el descanso y el autocuidado. Las largas jornadas laborales, sumadas a las responsabilidades familiares, les generan estrés cotidiano, el cual en el tiempo lo han normalizado como parte de la vida laboral y urbana. Lo cual se evidencia en el siguiente testimonio:

“No tengo tiempo ni para ir al médico, uno se levanta, trabaja y llega a dormir; así se va la semana y el cuerpo se acostumbra al cansancio” (PM4).

3. Cuerpo, enfermedad y autocuidado

El cuerpo se concibe como una herramienta de trabajo más que como espacio de cuidado. La enfermedad se reconoce sólo cuando se altera la productividad del trabajador o interrumpe la rutina laboral.

“El cuerpo avisa, pero uno no le para bolas hasta que se siente mal de verdad. Gracias a ustedes (investigadores) me di cuenta que tenía la presión alta” (PH5).

4. Género, responsabilidad familiar y económica

Las narrativas revelan las inequidades de género en la vivencia de la HTA, los hombres asumen la carga económica como una presión histórica y fuente de presión constante. En tanto, las mujeres reconocen que enfrentan una doble jornada laboral y doméstica, que incrementa el cansancio físico y emocional.

“Trabajo todo el día y llego a cuidar a mis hijos, a cocinar, hacer aseo. ¿Cuándo cuido mi salud? no hay tiempo para eso” (PM1).

El proceso de triangulación permitió la integración de los resultados de las tres fases del estudio, a través de la articulación de los hallazgos estadísticos con las narrativas de los trabajadores y trabajadoras diagnosticados con HTA desde la perspectiva de la DSS. Los resultados de la triangulación se organizaron en tres dimensiones analíticas: estructural, particular y singular, las que permitieron comprender las condiciones sociales, de modos y estilo de vida, determinantes de la HTA.

Dimensión estructural

La presencia de HTA observada en trabajadores mayoritariamente formales, mayores de 45 años y con alto nivel educativo, no puede reducirse a ser reconocida como un evento exclusivamente biológico, esta debe ser re-pensada como una expresión de desgaste del cuerpo, que se origina en las imposiciones del modelo capitalista de organización del trabajo que prioriza la productividad sobre el bienestar del trabajador. Así mismo, los resultados muestran que la HTA no se distribuye homogéneamente, sino que se concentra en los estratos socioeconómicos bajos y medios donde confluyen condiciones de mayor vulnerabilidad. Desde la salud colectiva, la presencia de esta condición no debe interpretarse como la consecuencia de “malos hábitos individuales” sino como el resultado histórico de un proceso de desigualdad estructural que determina las formas de vivir y de enfermar de los trabajadores.

Dimensión Particular

Algunas características del entorno laboral como: exigencias constantes, escaso control sobre el tiempo laboral y largas jornadas, entre otra información descrita en los resultados cuantitativos fueron explicadas y ampliadas en las narrativas cualitativas, lo que contribuyó a identificar el trabajo como un escenario contradictorio, que ofrece por una parte estabilidad económica (proceso protector) pero a su vez, genera un desgaste físico y emocional (proceso nocivo) en el trabajador.

Los modos de vida de estos trabajadores se organizan en torno al tiempo que demanda tanto su trabajo como las responsabilidades familiares., lo que pone dificultad la distribución del tiempo para producir y para autocuidarse, sumado a esto las relaciones de género que asigna a los hombres el rol de proveedores y a las mujeres la mayor carga doméstica y de cuidado, limitando las posibilidad de cuidado de la salud.

Dimensión singular

Las alteraciones encontradas en estos trabajadores como presión arterial elevada, sobrepeso y sedentarismo, al ser contrastadas con las narrativas, explican las vivencias corporales de los trabajadores. El cuerpo como un espacio donde se acumulan las tensiones de la vida laboral, familiar y de las desigualdades sociales, un territorio que encarna el desgaste de la vida misma, en consecuencia, la HTA no es solo una condición biológica, sino la expresión del deterioro del cuerpo del trabajador.

Discusión

De un total de 285 personas participantes en el estudio, se identificó que 38 tienen HTA, lo que indica una prevalencia moderada del 13,33%, es decir 1 de cada 8 personas presenta esta condición. Esta prevalencia, aunque significativa, es menor a la reportada en investigaciones realizadas en otros contextos internacionales: Rusia (40%)²⁰ e Indonesia (27%)²¹ en trabajadores industriales, España (34,7%) en conductores de autobuses y taxis²², Canadá (18,7%) en oficinistas²³ y Benín (27,1%) en trabajadores textiles²⁴.

En contraste, los resultados fueron similares a los reportados en América Latina: Perú (19,6%)²⁵ en mineros, Brasil (12,6%)²⁶ y Ecuador (19,2%)²⁷ en profesionales administrativos. Cabe destacar que, como señalan Camafort et al.⁶, la región latinoamericana suele trabajar con muestras poblacionales más pequeñas debido a limitaciones en infraestructura y recursos, además de la heterogeneidad en los niveles de desarrollo y en las etapas de la transición epidemiológica. En el ámbito nacional, la prevalencia observada en este estudio fue mayor a la reportada en Puerto Gaitán-Meta (7,58%)²⁸, Bogotá (4,8%)²⁹ y Cali (9,27%)³⁰, y también similar a lo documentado en trabajadores de la Industria Licorera del Cauca (17%)³¹ y en docentes universitarios (10,2%)³² visto desde el contexto local de la ciudad.

El presente estudio permitió analizar integralmente el proceso de salud-enfermedad relacionado con la HTA en una población trabajadora diversa de la ciudad de Popayán, articulando los hallazgos con el modelo de la determinación social de la salud. Este modelo plantea que la salud no puede entenderse como resultado de factores individuales, sino como expresión de un entramado estructural, histórico y político que condicionan los modos y estilos de vida de los trabajadores participantes^{33,34}.

Desde una perspectiva estructural, los hallazgos reflejan que la organización social del trabajo impuesta por el modelo neoliberal, actúa como un eje determinante de la aparición de la HTA. A pesar de que el 89,47% de los trabajadores diagnosticados con HTA se identifican como formales, una parte importante presenta condiciones laborales inestables (contratos a términos fijo o por prestación de servicios), extensas jornadas laborales y una alta exposición a riesgos psicosociales, como el estrés, la inseguridad económica con ingresos mensuales menores a 3 SMLV. De esta forma se configura una dimensión general malsana para los trabajadores producto de las características estructurales en la cuales se encuentran inmersos, donde según Raju³⁵ el ser contratado o no depende de la necesidad del capital, necesidad que va cambiando constantemente, lo que genera una situación de precariedad laboral, que se refleja en la escasa importancia que tiene el trabajador para el estado (baja remuneración, condiciones laborales precarias, infraestructura inadecuada, entre otras). En consecuencia, y de acuerdo a diversos autores como Kalleberg et al.³⁶, Landsbergis et al.³⁷ y García et al.³⁸, estos procesos críticos influyen en la incidencia de enfermedades en la población trabajadora.

Estos hallazgos concuerdan con los propuestos por Breilh¹⁶, quien advierte que en el marco del capitalismo el trabajador es reducido a una mercancía subordinada a la lógica de acumulación de capital, situación que genera un progresivo desgaste físico y emocional expresado en enfermedades crónicas como la HTA. De forma complementaria, Mikucka et al.³⁹ señalan que los efectos nocivos de la inseguridad laboral persisten incluso

después de recuperar la estabilidad, evidenciando un deterioro silencioso y continuo del bienestar físico y psicológico. Este desgaste estructural se agudiza en contextos urbanos precarizados, como se observa en la población analizada, donde la enfermedad se normaliza como parte de la vida laboral. En esta misma dirección, Casallas⁴⁰ subraya que la interiorización de una lógica de sacrificio propia del sistema neoliberal impone al colectivo trabajador formas de trabajo que deterioran la salud de manera silenciosa y progresiva.

Por su parte los modos de vida permitieron reconocer una serie de desigualdades internas que se expresan de manera diferencial, según la posición de clase, el tipo de empleo, el nivel educativo y el género. Las mujeres mostraron una mayor adherencia a prácticas protectoras como pausas activas y alimentación saludable, pero enfrentan una sobrecarga por su doble rol laboral y doméstico. Este patrón es respaldado por estudios recientes como el de Azizi et al.⁴¹ y Heillman et al.⁴², los cuales señalan cómo los factores socioculturales, incluidos los roles de género y la carga doméstica no remunerada, se interceptan con el riesgo cardiovascular en mujeres, especialmente en etapas posmenopáusicas. De igual forma, Khattak et al.⁴³ evidencian que la inactividad física, los antecedentes reproductivos y el estrés psicosocial son factores de riesgo con mayor prevalencia en mujeres de contextos vulnerables. Esta situación configura una vulnerabilidad psicosocial diferencial que incrementa el riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares tal y como lo ha documentado García et al.³⁸ en contextos laborales urbanos.

Por otro lado, las condiciones de alimentación y de actividad física están mediadas por el entorno económico, aunque gran parte de los trabajadores reportaron disponibilidad de alimentos saludables en sus barrios, esto no se traduce necesariamente en una alimentación sana, debido al bajo poder adquisitivo, y el tiempo limitado. Tal y como lo señalan Pérez & Achcar⁴⁴, el acceso a prácticas saludables no solo depende de la oferta, sino de un conjunto de condiciones estructurales que definen las posibilidades materiales de consumo y de cuidado. Así mismo el entorno urbano de la ciudad desincentiva la movilidad activa, generando el sedentarismo como un estilo de vida impuesto. Lo cual concuerda con Córdova¹⁵ sobre cómo los modos de vida urbanos moldean prácticas cotidianas que favorecen el desarrollo de enfermedades no transmisibles.

En lo relacionado con la dimensión singular, la HTA se expresa como una enfermedad crónica que es reconocida por los trabajadores, pero ante la cual hay una escasa capacidad de acción, debido a múltiples barreras estructurales. Adicionalmente la percepción de impotencia o resignación frente a la enfermedad, representa como lo afirma Mata⁴⁵ parte de la colonización subjetiva del modelo biomédico, lo cual desplaza la responsabilidad de la salud al individuo, ignorando las condiciones sociales que limitan el autocuidado. Así, el tratamiento de la HTA se limita al consumo de medicamentos, sin abordar las causas estructurales del problema.

Tal como lo afirma, Chaturvedi et al.⁴⁶, la fragmentación de la enfermedad por parte del modelo biomédico tiende a invisibilizar las desigualdades estructurales, reduciendo la atención a intervenciones farmacológicas que, aunque necesarias, resultan insuficientes si no se integran con políticas que aborden las causas sociales de la enfermedad. Estos hallazgos coinciden con el estudio de Dickson et al.⁴⁷ quienes argumentan que los trabajadores crónicamente enfermos enfrentan una tensión constante entre las exigencias laborales y la necesidad del autocuidado, lo que conduce a un bajo control de su condición y a una pérdida progresiva de agencia sobre su salud. Adicionalmente, Kleman et al.⁴⁸ señalan que el gestionar una condición crónica implica una carga invisible que recae en el individuo, sin el soporte estructural necesario, sobrecarga que termina por deteriorar su agencia, haciendo del deterioro una experiencia normalizada y como parte inevitable de su vida productiva.

Los resultados de este estudio evidencian cómo la HTA en población trabajadora formal e informal emerge como una manifestación de múltiples tensiones estructurales, donde el deterioro de la salud no es solo parte de un proceso biológico, sino parte del desgaste social donde las desigualdades de clase, género y trabajo se encarnan en el cuerpo del trabajador. La carga desigual del autocuidado, la normalización del malestar físico como parte del rendimiento laboral y las barreras estructurales para ejercer agencia sobre la propia salud, configuran un escenario en el que la enfermedad se integra a la vida productiva como parte del día a día del trabajador.

Estos hallazgos invitan a continuar explorando cómo las condiciones sociales y laborales configuran escenarios propicios para el desarrollo de la enfermedad. Así mismo, evidencian la necesidad de adoptar una mirada más

crítica e integral que permita re-pensar las estrategias de promoción de la salud y prevención de la HTA. Dichas estrategias deberían trascender las intervenciones focalizadas únicamente en el individuo o en el cambio de hábitos, orientados también a la mejora de las condiciones de trabajo y de los procesos estructurales que determinan las posibilidades reales de cuidado para la salud del trabajador.

Implicaciones

Los resultados sugieren que la HTA en la población trabajadora de Popayán no puede entenderse únicamente como un problema biológico, sino como la expresión de tensiones estructurales y sociales que configuran el modo de enfermar. La carga desigual del autocuidado, la precariedad laboral y la normalización del malestar físico demandan una mirada más integral de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, centrados no en el individuo que enferma sino en los determinantes estructurales (sociales, económicos, culturales, ambientales) que lo enferman. Por lo anterior, este estudio se reconoce como un punto de partida para la investigación interdisciplinar de la HTA desde la DSS. Aunque el tamaño de muestra no permitió hacer generalizaciones poblacionales, fue pertinente y suficiente para el propósito de diseño explicativo secuencial mixto, ya que permitió reconocer las tendencias cuantitativas y comprender los significados de procesos de salud-enfermedad desde la voz de los trabajadores. Aportando una línea de base sobre los factores estructurales, laborales y de estilos de vida asociados a HTA, que puede contribuir al diseño de estrategias de promoción de la salud y prevención de la HTA en contextos laborales, así como orientar el desarrollo de futuras investigaciones con tamaño de muestra representativos.

Conclusiones

Los resultados de este estudio evidencian que la HTA en la población trabajadora de Popayán se relaciona con las condiciones sociales y laborales, más allá de los factores individuales o de estilos de vida. Si bien es cierto que se identificaron condiciones laborales formales y con cobertura de seguridad social, los hallazgos cualitativos permitieron reconocer procesos de precarización expresados en exposición constante al estrés laboral, largas jornadas, la sobrecarga de responsabilidades, que configuran un escenario contradictorio entre estabilidad contractual y el desgaste corporal que favorece el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad.

Estos hallazgos reafirman la necesidad de que las estrategias de promoción de la salud y prevención de la HTA en contextos laborales trasciendan el enfoque biomédico tradicional. Se requiere avanzar hacia intervenciones intersectoriales que articulen trabajo, salud y desarrollo social, orientadas a mejorar las condiciones laborales y reducir los procesos estructurales que impactan negativamente la salud de los trabajadores. De igual manera, es necesario que las empresas implementen programas de salud ocupacional integrales sustentados en políticas equitativas y sostenibles que propendan por la salud de sus trabajadores.

Finalmente, los resultados de este estudio, representan un insumo de base para que los tomadores de decisiones reconozcan que el bienestar de los trabajadores es un indicador clave del desarrollo social de la región y que la prevención de la HTA, es fundamental puesto que esta constituye un determinante intermedio que acelera la transición hacia diversas enfermedades crónicas no transmisibles.

Contribución de autores

AM y RE: Diseñaron y desarrollaron el estudio, realizaron informe y revisión del manuscrito.

AL: Asesoró el análisis estadístico y metodológico. AM, RE y AL: Revisaron, editaron y aprobaron versión final del manuscrito

Agradecimientos

A todos los participantes por su tiempo, dedicación y colaboración. Su contribución fue fundamental para el desarrollo de esta investigación y para consolidar una línea de base que contribuya a comprender el papel de los modos y estilos de vida en la salud de los trabajadores y los trabajadores de la región.

A los investigadores del Grupo de Investigación en Genética Humana Aplicada (GIGHA) y a los docentes del departamento Ciencias Fisiológicas de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca.

Consideraciones éticas

El estudio se ajustó a la Resolución 8430 de 1993 y a la normatividad colombiana vigente en protección de datos personales (Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013). Fue clasificado como investigación con riesgo mínimo. Todos los participantes firmaron consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad y voluntariedad. El proyecto contó con aval del Comité de Ética, mediante código ID 6463 del 2024.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

La financiación del presente artículo fue propia y no se recibió apoyo de otras instituciones o entidades para el mismo.

Apoyo tecnológico de IA

No se utilizaron tecnologías asistidas por inteligencia artificial (IA), como ayuda en la creación de este estudio.

Referencias

1. Mcevoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J*. 2024; 45(38): 3912–4018. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
2. Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. Guía de práctica clínica Hipertensión arterial primaria (HTA) 18ª ed. Bogotá D.C., Colombia; 2013. [Internet] [Consultado 11 de mayo de 2024] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_HTA.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Global report on hypertension 2025: high stakes: turning evidence into action. Ginebra: OMS; 2025. [Internet]. [Consultado 02 de Noviembre de 2025] Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115569>
4. Guevara TA, Lizardo NA. Transición epidemiológica y los desafíos fiscales para garantizar el derecho a la salud: Latinoamérica 2000-2016. *Rev Salud Pública*. 2022; 24(6): 1–6. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n6.102010>
5. Ponce JT, Lois N. Prevalence of hypertension and lifestyles in older adults. *Dominio cienc*. 2020; 6(4): 977–86. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8638174>
6. Camafort M, Alcocer L, Coca A, Lopez Lopez JP, López Jaramillo P, Ponte Negretti CI, et al. Registro Latinoamericano de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA-LATAM): una necesidad urgente. *Rev Clin Esp*. 2021; 221(9): 547–52. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2021.02.002>
7. Alcaldía de Popayán – Secretaría de Salud Municipal. ASIS Cuantitativo y Participativo Popayán 2022. 2023. [Internet] [Consultado 23 de Mayo de 2025] Disponible en: <https://www.popayan.gov.co/Ciudadanos/Estudio-Investigacionespublicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20con%20el%20modelo%20de%20los%20determinantes%20sociales%20de%20salud.pdf>
8. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia – Cuenta de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2023. Bogotá, D.C., 2023. [Internet]. [Con-

- sultado 12 de Noviembre de 2024] Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/situacion-de-la-enfermedad-renal-cronica-la-hipertension-arterial-y-la-diabetes-mellitus-en-colombia-2023/>
9. Alcaldía de Popayán – Secretaría de Salud Municipal. ASIS Cuantitativo y Participativo Popayán 2023. 2024. [Internet] [Consultado 23 de Mayo de 2025] Disponible en: <https://www.popayan.gov.co/Ciudadanos/Estudios-Investigaciones-publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20con%20el%20modelo%20de%20los%20determinantes%20sociales%20de%20salud.pdf>
 10. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol*. 2020; 16(4): 223–37. doi: <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
 11. Goyal AK, Mohanty SK, Shekhar P. Association of work and hypertension among middle-aged adults and elderly Indians. *Int Arch Occup Environ Health*. 2022; 95(8): 1731–40. doi: <https://doi.org/10.1007/s00420-022-01861-9>
 12. Machado GS, Menezes-Júnior LAA, Neto RMN, Freitas SN, Oliveira FLP, Pimenta FAP, et al. Arterial hypertension in rotating shift workers: The role of hypertriglyceridemic waist and hypertriglyceridemic waist-to-height ratio phenotypes. *Clin Nutr ESPEN*. 2023; 58: 235–41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2023.10.003>
 13. Morales C, Borde E, Eslava J, Concha S. ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev salud pública* 2013; 15 (6): 810-813. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642013000600001&lng=en&nrm=iso
 14. Carmona LD. La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. *Rev Cien Salud*. 2020; 18: 1–17. doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135>
 15. Córdova LM. Modos de vida de los trabajadores del Ingenio Azucarero Valdez de la ciudad de Milagro en la provincia del Guayas, durante el primer semestre del 2018. [Internet]. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; 2020 [Consultado 12 de Noviembre de 2024] Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8070/1/T3500-MESC-Cordova-Modos.pdf>
 16. Breilh J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. [Internet]. 2010 [Consultado 12 de Mayo de 2024] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10644/3412>
 17. Daniel WW, Cross CL. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 10th ed. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2013. [Internet]. [Consultado 12 de noviembre de 2024] Disponible en: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3349040>
 18. Breilh J. *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. 1ª ed. Quito (EC): Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; 2023. ISBN: 978-9942-641-31-1. doi: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9720/1/Breilh%20J-Epidemiologia%20critica%20y%20salud%20de%20los%20pueblos.pdf>
 19. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago (IL): Aldine Publishing Company; 1967. [Internet]. [Consultado 12 de noviembre de 2024] Disponible en: <https://lawcat.berkeley.edu/record/429237>
 20. Maksimova ZV, Maksimov DM. Hypertension in working age population: influence of gender and education. *Kardiologiya*. 2020; 60(2): 24–32. doi: <https://doi.org/10.18087/cardio.2020.2.n441>
 21. Rengganis AD, Rakhimullah AB, Garna H. The Correlation between Work Stress and Hypertension among Industrial Workers: A Cross-sectional Study. *IOP Conf Ser Earth Environ Sci*. 2020; 441(1): 012159. doi: <https://doi.org/10.1088/1755-1315/441/1/012159>

22. López-González ÁA, Albaladejo-Blanco M, Arroyo-Bote S, Ramírez-Manent JI, López-Safont N, García-Ruiz E, et al. Cardiovascular risk and associated risk factors in Spanish professional drivers. *J Transp Health*. 2021; 23: 101266. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jth.2021.101266>
23. Trudel X, Brisson C, Gilbert-Ouimet M, Vézina M, Talbot D, Milot A. Long Working Hours and the Prevalence of Masked and Sustained Hypertension. *Hypertension*. 2020; 75(2): 532–8. doi: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.12926>
24. Adjobimey M, Houehanou CY, Cisse IM, Mikponhoue R, Hountohotegbe E, Tchibozo C, et al. Work environment and hypertension in industrial settings in Benin in 2019: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2024; 14(3): e078433. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078433>
25. Macuri Zuñiga YM, Solis Shareba NS. Estilos de vida e hipertensión arterial en trabajadores de la Unidad Minera El Porvenir San Juan de Milpo, Yarusyacán Pasco 2021. [Internet]. Cerro de Pasco (PE): Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Facultad de Ciencias de la Salud; 2022. [Consultado 07 de agosto de 2024] Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/2737>
26. Santiago CDS, Travassos MCP, Sousa AM, Almeida GS, Toledo NDN. Pressão arterial em servidores de universidades públicas no norte do Brasil. *Cogitare Enfermagem*. 2021; 20; 26. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.74371>
27. Álvarez Marín MG, Reyes Vega AM, Carrión Arias LE, Villa Feijóo AL, Arriciaga Nieto AK, Porres Gonzaga KJ, et al. Prevalencia de hipertensión arterial y correlación con los factores de riesgo psicosociales en el personal administrativo de una institución de Machala-Ecuador. *Rev Latinoam Hipertens*. 2020; 15(2): 112-117. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4074349>
28. Velandia-Sua EA, Vargas-Rodríguez LJ, Vargas-Gil ÓA, Benavidez-Jiménez HA. Prevalencia de obesidad y riesgo cardiovascular en trabajadores del área de hidrocarburos. *Rev Colomb Cardiol*. 2022; 22; 29(1). doi: <https://doi.org/10.24875/rccar.m22000118>
29. Ríos-Domínguez N, Abella-Corredor L, Ríos-Domínguez I, Lugo-Calderón E, Severiche-Sierra C. Riesgo cardiovascular en conductores de transporte público colectivo urbano: aplicación de la escala Framingham. *IPSA Scientia*. 2022; 7(3): 59–66. doi: <https://doi.org/10.25214/27114406.1521>
30. Sánchez Montoya LJ, Benavides-Cordoba V, Palacios Gómez M. Asociación de la fuerza prensil con el riesgo cardiovascular en trabajadores sedentarios. *Rev Salud Pública*. 2021; 23(2): 1–6. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n2.88354>
31. Chicangana M, Dagua G, Dávila S. Determinación del riesgo cardiovascular en trabajadores mayores a 35 años industria licorera del Cauca. [Internet]. Popayán (CO): Universidad del Cauca; 2019. [Consultado 22 de julio de 2025] Disponible en: <https://repositorio.fumc.edu.co/handle/fumc/60>
32. Ramos-Valencia OA, Buitron-Gonzalez Y, Aristizábal-Grisales JC, Villaquiran-Hurtado AF. Prevalencia y factores asociados a sobrepeso y obesidad en docentes de una universidad pública de Popayán- Colombia en 2021. *Rev Médicas UIS*. 2023; 29; 36(1). doi: <https://doi.org/10.18273/revmed.v36n1-2023002>
33. Carmona Moreno LD. La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. *Rev Cienc Salud*. 2020; 18: 1–17. doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135>
34. Casallas AL. A Medicina Social-Saúde Coletiva Latino-Americanas: uma Visão Integradora frente à Saúde Pública Tradicional. *Rev Cienc Salud*. 2017; 15(3): 397–408. doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>

35. Das RJ. Capital, Capitalism and Health. *Crit Sociol* (Eugene). 2023; 49(3): 395–414. doi: <https://doi.org/10.1177/08969205221083503>
36. Kalleberg AL, Hewison K, Shin K-Y, et al. *Precarious Asia: Global capitalism and work in Japan, South Korea, and Indonesia*. [Internet]. 1st ed. Redwood City (CA): Stanford University Press; 2021. [Consultado 12 de Mayo de 2025] Disponible en: https://books.google.com.co/books/about/Precarious_Asia.html?id=nxRIEAAAQBAJ&redir_esc=y
37. Landsbergis P, Gilbert-Ouimet M, Trudel X, Sembajwe G, Schnall P, Dobson M, et al. Prevention of hypertension due to long working hours and other work hazards is needed to reduce the risk of cardiovascular disease. *Scand J Work Environ Health*. 2025; 51(1): 48–52. doi: <https://doi.org/10.5271/sjweh.4196>
38. García L, Giraldo D, Aguirre H, Núñez A, Quiroz E. Calidad de vida laboral y autoeficacia profesional en docentes de educación superior. *Praxis*. 2021; 17(1): 85–98. doi: <https://doi.org/10.21676/23897856.3539>
39. Mikucka M, Arránz Becker O, Worl C. Short- and long-term health effects of job insecurity. Fixed effects panel analysis of German data. *Scand J Work Environ Health*. 2025; 51(2): 68–76. doi: <https://doi.org/10.5271/sjweh.4206>
40. Casallas AL. A Medicina Social-Saúde Coletiva Latino-Americanas: uma Visão Integradora frente à Saúde Pública Tradicional. *Rev Cienc Salud*. 2017; 15(3): 397–408. doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
41. Azizi Z, Alipour P, Raparelli V, Norris CM, Pilote L. The role of sex and gender in hypertension. *J Hum Hypertens*. 2022; 37(8): 589–95. doi: <https://doi.org/10.1038/s41371-022-00789-4>
42. Heilman ME, Caleo S, Manzi F. Women at Work: Pathways from Gender Stereotypes to Gender Bias and Discrimination. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav*. 2024; 11(1): 165–92. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-110721-034105>
43. Khattak ZA, Ahmad A, Khan H, Mainka F, Rajput J, Khan S, et al. Women and Cardiovascular Health: Unraveling Gender-Specific Factors, Risks, and Therapeutic Approaches in Contemporary Medicine. *Cureus*. 2024; 16(3): e56440. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.56440>
44. Pérez M, Achcar JA. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Región Pacífico de Colombia, 2002-2015. *Cien Saude Colet*. 2021; 26: 5201–14. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02562020>
45. Mata R. Hacia un nuevo concepto de la salud: deconstrucción hegemónica y reconstrucción hermenéutica en la UBV CLACSO. [Internet]. 1st ed. 2018. [Consultado 12 de mayo de 2024] Disponible en: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20191105040634/HaciaunNuevoConceptodelaSalud.pdf>
46. Chaturvedi A, Zhu A, Gadela NV, Prabhakaran D, Jafar TH. Social Determinants of Health and Disparities in Hypertension and Cardiovascular Diseases. *Hypertension*. 2024; 81(3): 387–99. doi: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21354>
47. Dickson VV, Jun J, Melkus GD. A mixed methods study describing the self-care practices in an older working population with cardiovascular disease (CVD): Balancing work, life and health. *Heart Lung*. 2021; 50(3): 447–454. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.02.001>
48. Kleman C, Magnus JM, Andrews M, Meyer K, Lutz BJ. The work of managing a chronic illness: A job description. *J Eval Clin Pract*. 2023; 29(1): 166–80. doi: <https://doi.org/10.1111/jep.13754>