

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



El uso de plantas medicinales y su relación con la
condición clínica de pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024

Línea de investigación institucional:
Salud Pública y conservación del medio ambiente

INFORME FINAL

Autores:

Mg. Esther Obdulia Franco Soto (Docente responsable)

Código Orcid: 0000-0002-5343-8837

Dr. Julio José Peña Galindo (Docente colaborador)

Código Orcid: 000-0001-6475-7609 (Docente colaborador)

Mg. Jaime David Torres Lévano (colaborador)

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9024-2630>

Dra. Teresa Jesús Ccahuana Gonzales (colaboradora)

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2409-5676>

Dra. Jessica Yolanda Huarcaya Rojas (colaboradora)

Código Orcid: 000-0002-7483-7239

Ica – Perú

2025

Dedicatoria

A mi familia, por su paciencia y por ser mi mayor motivación para seguir adelante y culminar este trabajo.

Agradecimientos

A los pobladores que participaron en esta investigación, por su tiempo y disposición. Sin su colaboración, este trabajo no habría sido posible.

INDICE DE TABLAS

Contenido	Página
Portada	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	19
III. RESULTADOS	24
IV. DISCUSIÓN	50
V. CONCLUSIONES	54
VI. RECOMENDACIONES	55
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
VIII. ANEXOS	58

INDICE DE TABLAS

Tabla	Título de la tabla	Página
01	Distribución de la muestra según edades	25
02	Distribución de la muestra según sexo	26
03	Distribución de la muestra según nivel de estudio	27
04	Distribución de la muestra según condición laboral	28
05	Distribución de la muestra según zona de residencia	29
06	Planta medicinal utilizada	30
07	Autopercepción de la condición de salud que motiva el consumo	32
08	Presencia de reacción adversa	33
09	Percepción de la condición de salud después del consumo	34
10	Forma de consumo de la planta medicinal	35
11	Parte de la planta medicinal consumida	36
12	Frecuencia de consumo de la planta medicinal	37
13	Lugar de obtención de la planta medicinal	38
14	La edad y su relación con la condición clínica	39
15	El sexo y su relación con la condición clínica	40
16	El nivel educativo y su relación con la condición clínica	41
17	La condición laboral y su relación con la condición clínica	42
18	La zona de residencia y su relación con la condición clínica	43
19	Los ingresos económicos y su relación con la condición clínica	44

INDICE DE IMAGENES

Imagen	Título de la imagen	Página
01	Distribución de la muestra según edades	25
02	Distribución de la muestra según sexo	26
03	Distribución de la muestra según nivel de estudio	27
04	Distribución de la muestra según condición laboral	28
05	Distribución de la muestra según zona de residencia	29
06	Planta medicinal utilizada	30
07	Autopercepción de la condición de salud que motiva el consumo	32
08	Presencia de reacción adversa	33
09	Percepción de la condición de salud después del consumo	34
10	Forma de consumo de la planta medicinal	35
11	Parte de la planta medicinal consumida	36
12	Frecuencia de consumo de la planta medicinal	37
13	Lugar de obtención de la planta medicinal	38
14	La edad y su relación con la condición clínica	39
15	El sexo y su relación con la condición clínica	40
16	El nivel educativo y su relación con la condición clínica	41
17	La condición laboral y su relación con la condición clínica	42
18	La zona de residencia y su relación con la condición clínica	43
19	Los ingresos económicos y su relación con la condición clínica	44

RESUMEN

Objetivo:

Hallar la prevalencia del uso de plantas medicinales y su relación con la condición clínica de pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024.

Metodología:

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo-correlacional, en una muestra de 246 pobladores hipertensos de la ciudad de Ica. Se utilizó un cuestionario estructurado, validado por expertos y con una confiabilidad de $\alpha = 0,81$. El análisis incluyó estadística descriptiva y prueba de Chi cuadrado para establecer asociaciones significativas entre variables sociodemográficas, uso de plantas y condición clínica.

Resultados:

El 43,9% de los encuestados no tenía empleo, y el grupo etario predominante fue de 61 a 75 años (37,8%). La prevalencia del uso de plantas medicinales fue alta, destacando el perejil (25%), ajo y flor de Jamaica (7,4%). Las formas más comunes de uso fueron la infusión (55,6%) y el empleo de hojas (61,1%). El 49,1% reportó "mucho alivio" tras el consumo y el 96,3% no presentó reacciones adversas. Se halló relación significativa entre la condición clínica y la edad ($p=0,005$) y el nivel educativo ($p=0,038$), no así con sexo, ingresos ni zona de residencia.

Conclusiones:

El uso de plantas medicinales constituye una práctica extendida entre pacientes hipertensos de Ica, asociada a percepciones positivas de salud. Sin embargo, su adquisición informal y el desconocimiento técnico resaltan la necesidad de integrar la fitoterapia de forma segura y regulada en los servicios de salud.

Palabras clave: plantas medicinales, hipertensión, fitoterapia, salud pública, condición clínica.

ABSTRACT

Objective:

To determine the prevalence of medicinal plant use and its relationship with the clinical condition of hypertensive residents in the city of Ica, 2024.

Methodology:

A quantitative, cross-sectional, descriptive-correlational study was conducted in a sample of 246 hypertensive residents of Ica. A structured and validated questionnaire was used, with a reliability coefficient of $\alpha = 0.81$. Descriptive statistics and the Chi-square test were applied to identify significant associations between sociodemographic factors, plant use, and clinical condition.

Results:

Of the participants, 43.9% were unemployed, and the predominant age group was 61–75 years (37.8%). The prevalence of medicinal plant use was high, with parsley (25%), garlic, and hibiscus flower (7.4%) being the most frequently used species. Infusion (55.6%) and the use of leaves (61.1%) were the most common consumption forms. A total of 49.1% reported "great relief" after use, and 96.3% experienced no adverse reactions. Statistically significant associations were found between clinical condition and age ($p = 0.005$), and educational level ($p = 0.038$), but not with sex, income, or area of residence.

Conclusions:

The use of medicinal plants is widespread among hypertensive patients in Ica and is associated with positive health perceptions. However, informal acquisition and lack of technical knowledge highlight the need to integrate phytotherapy safely and systematically into public health services.

Keywords: medicinal plants, hypertension, phytotherapy, public health, clinical condition.

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial constituye una de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes y de mayor impacto en la salud pública mundial, asociándose directamente con complicaciones cardiovasculares, renales y neurológicas. Según la Organización Mundial de la Salud, afecta a más de 1.280 millones de adultos entre 30 y 79 años a nivel global, de los cuales una gran proporción desconoce su condición o no recibe un tratamiento adecuado. En el contexto peruano, el problema es igualmente preocupante, particularmente en regiones como Ica, donde factores socioeconómicos, culturales y de acceso a los servicios de salud condicionan las prácticas terapéuticas de la población.

Frente a esta situación, muchas personas recurren al uso de plantas medicinales como alternativa o complemento al tratamiento convencional. Este fenómeno responde tanto a factores culturales arraigados como a la percepción de que los productos naturales son más seguros, accesibles o eficaces. En diversas regiones del país, incluido Ica, esta práctica se encuentra profundamente enraizada, aunque su relación con la condición clínica real de los pacientes hipertensos aún no ha sido suficientemente estudiada desde un enfoque científico.

Investigaciones internacionales dan cuenta del amplio uso de la fitoterapia en el manejo de la hipertensión arterial. Por ejemplo, Asafo et al. (1) identificaron en Ghana el uso de 39 especies vegetales, mientras que Patrick et al. (2), en Nigeria, reportaron efectos antihipertensivos significativos de *Hibiscus cannabinus* y *Pavetta crassipes*. En el ámbito nacional, Pérez (3) encontró que en Jaén el 84,5 % de los pacientes hipertensos emplea plantas medicinales sin presentar efectos adversos, predominando el uso de valeriana y olivo. Sin embargo, la mayoría de estos estudios son de corte descriptivo y no profundizan en la relación estadística entre el uso de estas plantas y la condición clínica de los pacientes.

En Ica, región caracterizada por una alta diversidad de flora medicinal y una cultura ancestral del uso de remedios herbales, persiste un vacío de información científica que evalúe la prevalencia, características y efectos clínicos asociados al uso de estas prácticas en pacientes hipertensos. A ello se suma la limitada caracterización de los factores sociodemográficos que podrían influir en su condición clínica, tales como edad, nivel educativo, ingresos o zona de residencia.

Dada esta realidad, surge la necesidad de realizar investigaciones que no solo describan la magnitud del uso de plantas medicinales, sino que también analicen su posible asociación con el estado de salud de los pacientes hipertensos. El presente estudio tiene como finalidad hallar la prevalencia del uso de plantas medicinales y su relación con la condición clínica de pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024, mediante un enfoque transversal que permita identificar patrones de uso, características del consumo y factores asociados. Asimismo, se busca generar evidencia útil para guiar intervenciones educativas, políticas de salud y futuras investigaciones sobre la integración segura y racional de la fitoterapia en el tratamiento de enfermedades crónicas como

la hipertensión arterial.

La búsqueda bibliográfica permitió hallar estudios en el contexto internacional como los siguientes: Asafo et al. (1) publicó un estudio en el año 2023, realizado en Ghana, cuyo objetivo fue investigar las plantas medicinales que los herbolarios de Ghana utilizan en el tratamiento de la diabetes y la hipertensión. Se obtuvieron datos de 36 herbolarios mediante entrevistas mediante cuestionarios y conversaciones. Los especímenes botánicos fueron recolectados, procesados e identificados siguiendo métodos etnobotánicos estándar. Los datos se analizaron utilizando el Nivel de Fidelidad (FL) y el Factor de Consenso del Informante (ICF). Se informó que un total de 39 especies de plantas pertenecientes a 31 familias se utilizan para el tratamiento de la diabetes y la hipertensión. Dieciocho de estas plantas se utilizan para el tratamiento de la hipertensión, 12 especies para la diabetes y 9 especies para el manejo de ambas enfermedades. El factor de consenso de los informantes fue más alto para las plantas utilizadas para tratar ambas enfermedades (IFC = 0,82), seguido de la hipertensión (ICF = 0,31) y luego la diabetes (IFC = 0,24). Los valores de FL fueron altos para *Carica papaya* L. *Moringa oleifera* Lam. y *Khaya senegalensis* A. Juss. para el tratamiento de la diabetes y la hipertensión. De las 14 especies utilizadas para la hipertensión, *Tetrapleura tetraptera* (Schum. ex. Thonn.) registró el valor de FL más alto, mientras que *Momordica charantia* L. registró el valor de FL más alto para plantas antidiabéticas. *Baphia nitida* G. Lodd, *Luffa aegyptiaca* Mill. y *Tapinanthus banguwensis* (Engl. & k. Krause) El baile se menciona por primera vez en el tratamiento de la hipertensión. Las medicinas a base de hierbas para el tratamiento de la diabetes y la hipertensión generalmente se preparaban a partir de múltiples recetas de plantas hirviendo las partes de la planta y bebiendo las decocciones para los tratamientos. Los resultados muestran que existe evidencia preclínica sustancial que respalda la utilidad de algunas de estas hierbas como una opción importante para los pacientes con diabetes e hipertensión.

Ouedraogo et al. (4) publicó un estudio en el año 2023, realizado en Burkina Faso, cuyo objetivo fue establecer el perfil fitoquímico, el poder antioxidante y los efectos vasodilatadores de la decocción acuosa (DAP), el acetato de etilo (EAF) y las fracciones residuales acuosas (ARF) del tallo foliar de *Flemingia faginea* (F. faginea). El estudio fitoquímico reveló la presencia de flavonoides, taninos, cumarinas, esteroides y triterpenos, alcaloides y saponinas en los extractos estudiados. El análisis HPLC-MS identificó como principales compuestos fenólicos, ácido gálico-glucósido ($16,56 \pm 0,06$ mg/g), miricetina ramnósido ($15,39 \pm 0,04$ mg/g), miricetina rutinósido ($9,32 \pm 0,00$ mg/g), quercetina rutinósido ($9,05 \pm 0,00$ mg/g), cafeoilglucósido ($6,07 \pm 0,02$ mg/g) y ácido 5-cafeoilquínico ($4,52 \pm 0,00$ mg/g). Los datos actuales también mostraron contenidos más altos de compuestos fenólicos y flavonoides en fracciones de ARF ($280,49 \pm 0,08$ mgGAE/g) y EAF ($33,31 \pm 0,33$ mgQE/g) respectivamente. Además, la fracción ARF tuvo la mejor capacidad de reducción de iones hierro ($16,96 \pm 0,01$ μ gAAE/100 mg), mientras que la EAF (ABTS: $IC_{50}=67,33 \pm 0,04$ μ g/mL; DPPH: $IC_{50}=4,69 \pm 0,20$ μ g/mL) fue el mejor eliminador de radicales

libres. Este estudio reporta que la decocción y fracciones de *F. faginea* son ricas en diversos compuestos químicos y poseen propiedades antioxidantes y vasodilatadoras. Estos datos preliminares aportan una base científica que contribuyó a justificar el uso de esa planta en la medicina tradicional.

Shah et al. (5) publicó un estudio en el año 2023, realizado en Pakistan, cuyo objetivo fue presentar el primer informe sobre plantas utilizadas para tratar la ansiedad y la hipertensión entre las comunidades locales de la división Sargodha y áreas aliadas, utilizando índices etnobotánicos cuantitativos. Se recopilaron datos etnomedicinales de hogares aborígenes que todavía practican su sistema de medicina aborigen. La información de cada planta potencial y su modo de uso para tratar la ansiedad y la hipertensión se documentaron mediante índices de citación de frecuencia (FR), ranking de preferencia (PR), porcentaje de encuestados que tienen conocimiento (PRK) sobre el uso de las especies y citación de frecuencia relativa (RFC). Se reportaron un total de 57 taxones pertenecientes a 36 familias. El mayor porcentaje de formas de vida fueron las hierbas (80%). Las partes dominantes de la planta fueron las hojas y el mayor porcentaje del modo de utilización fue pasta y decocción. Los valores más altos de citas de frecuencia relativa (RFC) fueron *Matricaria chamomilla* (0,23), mientras que *Matricaria chamomilla* (23,75%) reportó una alta proporción de encuestados (PRK). La mayor frecuencia de citación se observó en *Matricaria chamomilla* (19%). Este estudio ha revelado una íntima relación entre la flora indígena y los medios de vida del pueblo. Esperamos que la información presentada en este artículo pueda usarse como datos de referencia para verificar científicamente las propiedades terapéuticas y los compuestos bioactivos asociados presentes en las plantas incluidas para tratar la ansiedad y la hipertensión.

Patrick et al. (2) publicó un estudio en el año 2023, realizado en Nigeria, cuyo objetivo fue determinar el potencial para reducir la presión arterial (PA) de algunas hierbas utilizadas por los indígenas de Zango Kataf, estado de Kaduna, Nigeria, para tratar la hipertensión. Diseño/metodología/enfoque: Entre 2019 y 2020 se consultó a un total de 17 curanderos a base de hierbas y 15 pacientes hipertensos que usan hierbas para tratar la hipertensión en Zango Kataf, estado de Kaduna, Nigeria. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo intencionado. La presión arterial se midió antes y después de la ingestión de una preparación a base de hierbas. Se seleccionaron tres preparados vegetales: *Newbouldia laevis*, *Hibiscus cannabinus* y *Pavetta crassipes*. Hallazgos: *H. cannabinus* produjo una disminución significativa de 16, 12 y 14 mmHg en la PAS a las 2, 3 y 4 h, respectivamente ($p = 0,001$ a las 2 h, $p = 0,04$ a las 3 h, $p = 0,01$ a las 4 h). Mientras que *P. crassipes* produjo una disminución significativa de la PAS de 12, 15, 19 y 20 mmHg a las 1, 2, 3 y 4 h, respectivamente ($p = 0,04$ a la 1 h, $p = 0,00$ a las 2 h, $p = 0,00$ a las 3 h, $p = 0,00$ a las 4 h). Los hallazgos para *N. laevis* no se informaron debido a que la información estaba incompleta. Limitaciones/implicaciones de la investigación: El tamaño de la muestra de este estudio fue pequeño. El investigador no pudo reunirse con algunos clientes hipertensos

debido a la mala cooperación de algunos curanderos. Además, algunos pacientes hipertensos rechazaron la oferta de participar en el estudio. Originalidad/valor: Este estudio revela que el tratamiento con *H. cannabinus* y *P. crassipes* disminuyen significativamente la PA en pacientes hipertensos.

En 2022, Traoré et al. (6) llevaron a cabo en Guinea un estudio cuyo fin fue documentar las plantas empleadas tradicionalmente para tratar la hipertensión arterial. Entre mayo y noviembre de 2018 se entrevistó a 349 practicantes de medicina tradicional —244 curanderos y 105 herbolarios— utilizando un formato semiestructurado para recabar datos etnobotánicos. Los ejemplares recolectados fueron verificados por el Departamento de Botánica del IRDPMAG y se conservan en el herbario de dicha institución. El análisis reveló 97 especies distribuidas en 85 géneros y 43 familias. Las más mencionadas fueron *Combretum micranthum*, *Hymenocardia acida*, *Anacardium occidentale*, *Spondias mombin* y *Alchornea cordifolia*. Las formulaciones tradicionales consistían en preparados con una sola planta (23 recetas), combinaciones de dos (18 recetas) o mezclas de tres o más especies (47 recetas). Como conclusión, en Guinea existe un amplio repertorio de especies vegetales utilizadas contra la hipertensión, pero hacen falta estudios biológicos y fitoquímicos que corroboren científicamente la eficacia de estos remedios tradicionales.

En 2022, Idm'hand et al. (7) llevaron a cabo en Marruecos un estudio cuyo propósito fue compilar la información existente sobre el uso de la medicina tradicional para el tratamiento de la hipertensión en diversas regiones del país. Los resultados mostraron que se emplean 104 especies vegetales con fines antihipertensivos, siendo las familias más representadas Lamiaceae, Asteraceae, Apiaceae, Amaranthaceae y Fabaceae. Entre las especies más citadas destacan *Petroselinum crispum*, *Tetraclinis articulata*, *Rosmarinus officinalis*, *Olea europaea*, *Allium sativum*, *Syzygium aromaticum*, *Peganum harmala* y *Aloysia citriodora*. Las hojas se identificaron como la parte de la planta de uso predominante, y la decocción como el método de preparación preferido. En conclusión, los marroquíes cuentan con un amplio abanico de plantas medicinales para el manejo de la hipertensión arterial. Sin embargo, es necesario realizar estudios adicionales que evalúen su seguridad, eficacia clínica y permitan aislar los metabolitos con actividad farmacológica.

En 2022, Pérez (3) llevó a cabo en Jaén (Perú) un estudio descriptivo de corte transversal con el propósito de evaluar el uso de la medicina alternativa complementaria (MAC) en pacientes hipertensos atendidos en servicios de primer nivel. La población del estudio incluyó a los 110 usuarios de MAC registrados, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos se obtuvieron a través de entrevistas guiadas, validadas por expertos, con una fiabilidad del instrumento (alfa de Cronbach) de 0,80. Los participantes tenían una media de edad de 65,7 años; el 60 % eran mujeres y el 40 % hombres; el 35,5 % convivía con pareja y la mitad había alcanzado nivel de instrucción primaria. El principal motivo para recurrir a la MAC fueron las creencias y costumbres familiares (43,6 %), mientras que sólo el 1,8 % lo hizo por conoci-

miento personal. El 84,5 % de los entrevistados no presentó efectos adversos al emplear fitoterapia, aunque el 15,5 % refirió ardor estomacal. En cuanto a las especies más consumidas, cerca de la mitad utilizó valeriana; también fueron frecuentes el olivo y el espino blanco, empleándose sobre todo hojas y frutos. Por su parte, más de la mitad de los pacientes practicó fitoterapia con frutas, verduras y cereales. Finalmente, todos los sujetos manifestaron cumplir puntualmente con el tratamiento médico convencional. Estos hallazgos ponen de manifiesto que, en Jaén, los pacientes hipertensos complementan su terapia farmacológica con prácticas tradicionales, mostrando una elevada tolerancia a las plantas medicinales y manteniendo, al mismo tiempo, la adherencia al tratamiento prescrito.

En 2022, Suárez (8) realizaron en Cajamarca (Perú) un estudio descriptivo, de corte transversal y componente analítico, con el fin de evaluar la atención en salud brindada al adulto mayor hipertenso adscrito al Puesto de Salud Pata-Pata. La población inicial contempló a 194 personas de 60 años o más, de las cuales se seleccionó una muestra de 98 participantes mediante muestreo no probabilístico. A cada uno se le aplicó un cuestionario estructurado y se registró su presión arterial para clasificar el grado de hipertensión. Los hallazgos indicaron que el 67 % de los encuestados tenía entre 60 y 70 años, mientras que el 32,7 % superaba los 70 años. El 53,1 % eran hombres y la misma proporción presentaba niveles de educación que iban desde la alfabetización hasta primaria completa o incompleta. Entre los hipertensos, el 57,1 % fue diagnosticado con hipertensión arterial, desglosándose así: 30,6 % con hipertensión leve, 18,4 % moderada y 8,2 % severa. En cuanto a sintomatología, el dolor de cabeza se presentó en el 8,2 % de los casos leves y en el 7,1 % de los moderados, mientras que el borramiento visual afectó al 10,2 % de los leves y al 12,2 % de los moderados. El 57,2 % de los hipertensos formaba parte del Programa del Adulto Mayor, pero el 40,8 % nunca había recibido una visita domiciliaria y sólo el 32,7 % asistía regularmente a sus controles. Captopril, enalapril y losartán fueron los fármacos más utilizados, y el 45,9 % de los encuestados recurrió también a plantas medicinales para el manejo de su presión arterial. Como conclusión, Suárez et al. (8) determinaron que la calidad de la atención al adulto mayor hipertenso en la jurisdicción del Puesto de Salud Pata-Pata durante 2021 resulta insuficiente, evidenciando brechas tanto en el seguimiento domiciliario como en la adherencia a los controles periódicos.

En 2020, Cayllahua et al. (9) llevaron a cabo en Lima (Perú) un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque mixto (cualitativo-cuantitativo) para evaluar el conocimiento empírico sobre plantas medicinales con actividad diurética entre comerciantes y compradores del mercado 24 de junio, en el distrito de El Agustino. Se encuestó a una muestra de 92 participantes, utilizando un cuestionario diseñado para medir su nivel de conocimiento empírico sobre estas especies. Los hallazgos indicaron que, como fuente de asesoría profesional, el 15 % de los vendedores y el 23 % de los compradores recurren al químico-farmacéutico, mientras que el 8 % de los primeros y el 10 % de los segundos buscan orientación con el médico. En cuanto al uso preventivo, el 77 % de

los comerciantes y el 80 % de los compradores emplean plantas medicinales con fines preventivos o terapéuticos. Respecto a las formas de preparación, el maíz morado y la ortiga se utilizan en infusión por el 44 % de los vendedores, misma proporción que reportó el uso de cola de caballo; la lima en jugo alcanza el 30 %. Entre los compradores, el 33 % utiliza infusión de maíz morado, ortiga y cola de caballo, así como jugo de lima. Finalmente, al evaluar el conocimiento general sobre plantas diuréticas, se observó que el 58,5 % de los comerciantes presentan un nivel bajo, el 39,6 % intermedio y solo el 1,9 % alto. En el caso de los compradores, el 53,8 % mostró un conocimiento bajo y el 46,2 % intermedio, sin registro de niveles altos, lo cual evidencia una marcada deficiencia en el manejo empírico de estas especies.

En 2022, Eustaquio et al. (10) realizaron en Huancayo un estudio cuantitativo con diseño transversal y descriptivo, dirigido a usuarios de la botica MEGAFARMA – HUAURA, para evaluar su grado de conocimiento sobre intervenciones no farmacológicas en la prevención y el manejo de la hipertensión. Se aplicó un muestreo aleatorio que incluyó a 385 personas, a las cuales se les administró un cuestionario estructurado; los datos obtenidos se procesaron y analizaron utilizando MS Excel. Los hallazgos indicaron que el 75,8 % de los encuestados considera que una dieta adecuada contribuye a reducir las complicaciones cardiovasculares, mientras que el 79,5 % asocia la ingesta hiposódica con una disminución tanto de las complicaciones renales como de la presión arterial. Asimismo, el 79 % manifestó que no priorizaría las plantas medicinales sobre los medicamentos convencionales, al no percibir superioridad en sus propiedades curativas. Como recomendación, los autores sugieren profundizar en estudios que investiguen de manera más rigurosa el empleo de plantas medicinales en el tratamiento de la hipertensión y proponen segmentar a los pacientes según sus antecedentes y registros de presión arterial para adaptar mejor las estrategias terapéuticas.

Ante todo lo expuesto, en este estudio se planteó dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

Problema general

¿Cuál será la prevalencia del uso de plantas medicinales y su relación con la condición clínica de pobladores hipertensos, 2024?

Problemas específicos

Pregunta específica 1

¿Cuál será la prevalencia de uso de plantas medicinales en pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024?

Pregunta específica 2

¿Cuáles son las características del uso de plantas medicinales de pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024?

Pregunta específica 3

¿Cuáles serán los factores socio-demográficos relacionados con la condición clínica de pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024?

Justificación Teórica

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica de alta prevalencia y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En este contexto, el uso de plantas medicinales como alternativa o complemento al tratamiento convencional ha ganado relevancia, especialmente en regiones con una rica tradición en medicina natural, como Ica.

Diversos estudios han documentado el uso de especies vegetales con propiedades antihipertensivas. Por ejemplo, en Ghana se identificaron 39 especies utilizadas para este fin, mientras que en Nigeria se reportaron efectos positivos de *Hibiscus cannabinus* y *Pavetta crassipes*. En Perú, investigaciones en Jaén revelaron que el 84,5% de los pacientes hipertensos emplea plantas medicinales como valeriana y olivo, sin presentar efectos adversos.

Sin embargo, existe una brecha en la literatura respecto a estudios que analicen la relación entre el uso de estas plantas y la condición clínica de los pacientes hipertensos. Esta investigación busca contribuir al cuerpo teórico existente, proporcionando evidencia sobre cómo el uso de plantas medicinales puede influir en la salud de esta población.

Justificación Metodológica

Desde el punto de vista metodológico, este estudio adopta un enfoque cuantitativo, de tipo transversal y analítico, lo que permite establecer asociaciones entre variables en un momento específico. Esta metodología es adecuada para identificar patrones de uso de plantas medicinales y su relación con la condición clínica de los pacientes hipertensos.

Además, al centrarse en la población de la ciudad de Ica, se garantiza la pertinencia contextual y cultural del estudio, considerando las prácticas tradicionales de la región. Esta aproximación metodológica permite obtener datos representativos y relevantes que pueden ser comparados con estudios similares en otras regiones.

Justificación Práctica

En términos prácticos, los resultados de esta investigación pueden tener múltiples aplicaciones: Para los profesionales de la salud: Brindar información sobre las prácticas de uso de plantas medicinales entre pacientes hipertensos, lo que puede influir en la toma de decisiones clínicas y en la educación del paciente. Para los pacientes: Ofrecer evidencia sobre la eficacia y seguridad del uso de plantas medicinales, promoviendo un uso informado y responsable. Para las autoridades sanitarias: Informar políticas de salud pública que integren prácticas tradicionales con la medicina convencional, mejorando la atención integral de los pacientes. Para futuras investigaciones:

Servir como base para estudios más profundos sobre la fitoterapia en el tratamiento de la hipertensión y otras enfermedades crónicas.

Para dar respuesta a las preguntas se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo general

Hallar la prevalencia del uso de plantas medicinales y su relación con la condición clínica de pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024.

Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Hallar la prevalencia de uso de plantas medicinales en pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024.

Objetivo específico 2

Identificar las características del uso de plantas medicinales en pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024.

Objetivo específico 3

Identificar los factores socio-demográficos relacionados con la condición clínica en pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024.

Del planteamiento de los objetivos se deriva la siguiente hipótesis:

Hipótesis general

El uso de plantas medicinales presenta relación con la condición clínica en pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024.

Hipótesis específicas

Los factores socio-demográficos presentan relación con la condición clínica en pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024.

A continuación, se presenta la lista de variables involucradas en el estudio

VARIABLES INDEPENDIENTES

Uso de plantas medicinales

Factores socio-demográficos

- Edad
- Género
- Año de estudios
- Estado civil
- Condición laboral

- Ingresos económicos

Variables para caracterizar el consumo de plantas medicinales

- Nombre de la planta medicinal
- Percepción de la condición de salud que motiva el consumo
- Presencia de reacciones adversas
- Percepción de la condición de salud después del consumo
- Forma de consumo de la planta medicinal
- Lugar de obtención de la planta medicinal
- Persona que recomendó el consumo

Variable dependiente

- Condición clínica de poblador hipertenso

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo aplicado, dado que busca generar conocimientos útiles y con proyección directa en la mejora del abordaje terapéutico en pacientes hipertensos mediante el análisis del uso de plantas medicinales. Según el enfoque temporal, es un estudio transversal, ya que las variables fueron medidas en un solo momento del tiempo.

En cuanto a su profundidad, se trata de una investigación descriptiva y correlacional, ya que permite no solo describir las características del uso de plantas medicinales en la población estudiada, sino también analizar la relación entre dichas prácticas y la condición clínica de los participantes.

El diseño adoptado es no experimental, transversal analítico, dado que no se manipulan las variables independientes y se busca examinar asociaciones entre estas y la variable dependiente mediante análisis estadístico multivariado.

3.2. Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por personas de ambos sexos, con diagnóstico médico confirmado de hipertensión arterial, residentes en zonas urbanas, urbano-marginales y rurales de la provincia de Ica, cuyas edades oscilan entre los 18 y 65 años, durante el año 2024. Esta población representa un grupo con alta probabilidad de recurrir a tratamientos complementarios como la fitoterapia.

Criterios de inclusión

- Personas entre 18 y 65 años de edad.
- Diagnóstico médico confirmado de hipertensión arterial.
- Residentes en la ciudad de Ica (zonas urbanas, urbano-marginales o rurales).
- Personas que consumen o hayan consumido plantas medicinales para el manejo de su hipertensión u otros síntomas relacionados.
- Participantes que aceptaron voluntariamente formar parte del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personas con diagnóstico de enfermedades crónicas adicionales graves (como insuficiencia renal terminal o cáncer) que puedan interferir con la evaluación clínica.
- Personas que no presentaron disposición para colaborar o no firmaron el consentimiento informado.

- Individuos con dificultades para la comunicación verbal o escrita que impidan responder adecuadamente la encuesta.
- Pobladores con hipertensión secundaria documentada, dado que su condición clínica responde a otra enfermedad de base.

3.3. Muestra de estudio

Estuvo constituida por 246 pobladores hipertensos extraídos de la población de estudio calculada a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

donde:

- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$
- $p =$ proporción esperada ($30\% = 0.3$)
- $q = 1 - p$ ($1 - 0.3 = 0.7$)
- $d =$ precisión (en este caso deseamos un 5%)

Reemplazando: El cálculo de la muestra resultó ser igual a 246.86 pobladores hipertensos

3.4. Técnica de recolección de datos

Para el presente estudio se utilizó la encuesta estructurada como técnica principal de recolección de datos. Esta técnica es adecuada para recopilar información cuantitativa estandarizada, lo que facilita el análisis estadístico y la comparación entre distintos grupos de la muestra.

La encuesta estuvo compuesta por un cuestionario estructurado diseñado específicamente para recoger datos relevantes sobre el perfil sociodemográfico de los participantes, las características del uso de plantas medicinales y la condición clínica autodeclarada relacionada con la hipertensión arterial. El cuestionario incluyó tanto preguntas cerradas como dicotómicas y de opción múltiple, lo que permitió estandarizar las respuestas sin perder información específica sobre el tipo de plantas utilizadas, formas de preparación, percepción de eficacia y eventos adversos reportados.

La validez del instrumento fue garantizada mediante revisión de contenido por jueces expertos en farmacognosia, salud pública y metodología de investigación. La fiabilidad del cuestionario se estimó mediante una prueba piloto en una muestra reducida, no incluida en el estudio principal, determinándose una consistencia interna aceptable con un valor de alfa de Cronbach superior a 0,7.

3.5. Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento de recolección de datos se desarrolló en varias etapas, respetando los principios éticos y metodológicos establecidos:

1. Capacitación del equipo de campo: Se capacitó a los encuestadores en la aplicación del cuestionario, criterios de inclusión/exclusión, estandarización de la entrevista y aspectos éticos relacionados con el consentimiento informado.
2. Muestreo: Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a los participantes en zonas urbanas, urbano-marginales y rurales de la ciudad de Ica. La elección de este tipo de muestreo se debió a la accesibilidad y disposición de los participantes, lo cual fue crucial considerando las limitaciones logísticas del estudio.
3. Visita domiciliaria: Los encuestadores se desplazaron a los hogares de los posibles participantes. Previamente, se realizó una breve introducción sobre los objetivos del estudio, garantizando el respeto por la privacidad y la autonomía de cada persona.
4. Consentimiento informado: A cada participante se le explicó detalladamente el contenido y propósito del estudio, sus derechos como participante, la confidencialidad de la información y la voluntariedad de su participación. Solo tras la firma del consentimiento informado, se procedió a aplicar el cuestionario.
5. Aplicación del cuestionario: El instrumento fue aplicado de forma individual y presencial, en un ambiente cómodo y sin interrupciones. El tiempo estimado para el llenado de cada encuesta fue de aproximadamente 20 a 25 minutos. En casos donde fue necesario, se brindó asistencia en la lectura o comprensión de preguntas, sin inducir las respuestas.
6. Verificación y resguardo de datos: Una vez aplicadas las encuestas, los datos fueron verificados en campo para asegurar su integridad. Posteriormente, se almacenaron en una base de datos digital, garantizando su anonimato mediante la asignación de códigos únicos y el resguardo seguro en dispositivos protegidos por contraseña.

3.6. Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos utilizado en esta investigación fue un cuestionario estructurado, diseñado específicamente para cumplir con los objetivos del estudio: determinar la prevalencia del uso de plantas medicinales y su relación con la condición clínica de los pobladores hipertensos de la ciudad de Ica. Este instrumento fue elaborado considerando la revisión exhaustiva de literatura científica actualizada sobre el tema, así como tomando como referencia investigaciones previas desarrolladas en el ámbito nacional e internacional sobre uso de medicina tradicional y enfermedades crónicas no transmisibles.

El cuestionario fue elaborado en formato físico (papel) para su aplicación presencial y está compuesto por tres secciones principales:

1. Datos sociodemográficos: Esta sección permitió caracterizar a los participantes en función de variables como edad, sexo, nivel educativo, estado civil, condición laboral, ingresos familiares mensuales y zona de residencia. Esta información fue clave para

explorar posibles asociaciones con la condición clínica de los participantes.

2. Condición clínica del paciente hipertenso: Se incluyeron preguntas orientadas a conocer el estado actual del participante respecto a su hipertensión arterial. Se recogieron datos sobre signos y síntomas percibidos, diagnóstico médico, cumplimiento del tratamiento prescrito, presencia de otras enfermedades asociadas, control de la presión arterial y percepción de control de la enfermedad. También se evaluó la frecuencia de actividad física y el estado nutricional autodeclarado, como factores potencialmente asociados.
3. Uso de plantas medicinales: Esta sección estuvo orientada a identificar el comportamiento del participante respecto al uso de plantas medicinales. Se indagó sobre:
 - Consumo actual y previo de plantas medicinales.
 - Nombre común de la(s) planta(s) utilizadas.
 - Parte de la planta empleada (hoja, raíz, flor, fruto, etc.).
 - Forma de preparación y administración (infusión, jarabe, jugo, extracto, etc.).
 - Frecuencia del consumo (eventual, diario, único).
 - Lugar de adquisición de la planta (cultivo propio, herbolario, mercado, etc.).
 - Persona que recomendó su uso (familiar, amigo, personal de salud, herbolario).
 - Percepción de la eficacia terapéutica.
 - Presencia de efectos adversos o reacciones no deseadas.

El instrumento fue validado mediante juicio de expertos, en el que participaron docentes investigadores con experiencia en fitoterapia, salud pública y metodología de la investigación. Posteriormente, se aplicó una prueba piloto a un grupo de 20 pobladores hipertensos no incluidos en la muestra definitiva, con el fin de evaluar la claridad, coherencia y relevancia de los ítems. Como resultado de la prueba piloto, se realizaron ajustes en la redacción de algunas preguntas para asegurar su comprensión por parte de los encuestados.

La fiabilidad del instrumento se estimó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.81, lo que indica una adecuada consistencia interna para los ítems relacionados al uso de plantas medicinales y percepción clínica. Este cuestionario permitió recoger de manera sistemática y estandarizada la información necesaria para responder a los objetivos del estudio, asegurando su validez y confiabilidad metodológica.

3.7. Técnica de análisis e interpretación

Para el tratamiento estadístico de la información obtenida en el presente estudio, se emplearon técnicas de análisis descriptivo, bivariado y multivariado, con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos planteados y evaluar la relación entre el uso de plantas medicinales y la

condición clínica de los pobladores hipertensos de la ciudad de Ica.

El análisis se desarrolló en las siguientes etapas:

1. Análisis descriptivo

Inicialmente, se procedió al análisis univariado de las variables, a través del cálculo de:

- Frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para variables categóricas como sexo, estado civil, zona de residencia, tipo de planta utilizada, parte de la planta, forma de preparación, percepción de eficacia, entre otras.
- Medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana y desviación estándar) para variables cuantitativas como la edad y peso corporal.

Este análisis permitió caracterizar tanto el perfil sociodemográfico como los patrones de uso de plantas medicinales y el estado clínico de los participantes.

2. Análisis bivariado

Para establecer asociaciones preliminares entre las variables independientes y la condición clínica de los participantes, se utilizaron pruebas estadísticas según el tipo de variable:

- Chi cuadrado de independencia (χ^2) para evaluar la asociación entre variables categóricas, como el uso de plantas medicinales (sí/no) y la condición clínica (controlada/no controlada).
- Pruebas no paramétricas, como la U de Mann-Whitney, en caso de distribución no normal para variables ordinales o de escala, como la frecuencia de consumo o percepción del estado de salud.

Estas pruebas permitieron detectar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, con un nivel de significancia establecido en $p < 0.05$.

3.8. Interpretación de resultados

La interpretación de los resultados se basó en criterios estadísticos y clínicos, considerando tanto la significancia estadística como la relevancia práctica de las asociaciones encontradas. Se discutieron los hallazgos en función de la literatura revisada y se identificaron patrones emergentes que pudieran tener implicancias en salud pública, prácticas terapéuticas y toma de decisiones en el manejo de la hipertensión. El procesamiento de los datos se realizó utilizando software estadístico especializado, como SPSS versión 26, garantizando una adecuada gestión de la base de datos, consistencia interna y trazabilidad de los análisis.

3.9. Aspectos éticos

El presente estudio cumplió con los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y en las Normas de Buenas Prácticas en Investigación aplicables a estudios en seres humanos. Estos principios garantizan el respeto por la dignidad, integridad y autonomía de las personas participantes, así como la confidencialidad de la información obtenida.

1. Consentimiento informado

Previo a la aplicación del cuestionario, se proporcionó a cada participante una hoja de consentimiento informado, la cual explicaba de manera clara y comprensible:

- Los objetivos y propósitos del estudio.
- Los criterios de inclusión.
- Los beneficios potenciales y los riesgos mínimos asociados a su participación.
- La confidencialidad de los datos personales.
- La voluntariedad de la participación, así como el derecho a retirarse en cualquier momento sin necesidad de justificación.

Solo aquellos participantes que firmaron el consentimiento informado fueron incluidos en la muestra del estudio. Este documento fue redactado en un lenguaje accesible y adaptado culturalmente, conforme a las características del grupo poblacional.

2. Confidencialidad y anonimato

Toda la información recolectada fue manejada de manera estrictamente confidencial y anónima. Los cuestionarios fueron codificados y no se recogieron datos personales identificables (como nombre, DNI o dirección exacta). Los datos fueron ingresados a una base digital segura, protegida por contraseña y únicamente accesible al equipo investigador.

Asimismo, los resultados del estudio fueron reportados de forma agregada, evitando cualquier posibilidad de identificación individual.

3. Evaluación y aprobación ética

El proyecto de investigación fue presentado ante el Comité de Ética de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, y obtuvo la aprobación correspondiente antes de su ejecución. Esta aprobación garantiza que los procedimientos metodológicos respetan las normas éticas y de bioseguridad aplicables en investigación científica.

4. Principios bioéticos aplicados

Durante todas las fases del estudio se observaron los siguientes principios bioéticos:

- Beneficencia: Se procuró maximizar los beneficios del estudio para la población

hipertensa y el sistema de salud, al generar información útil para mejorar las intervenciones terapéuticas.

- No maleficencia: Se evitó cualquier tipo de daño físico o psicológico a los participantes, considerando que el estudio no implicó procedimientos invasivos ni tratamientos experimentales.
- Autonomía: Se respetó plenamente la voluntad de los participantes, mediante la solicitud del consentimiento libre e informado.
- Justicia: Se garantizó un trato equitativo a todos los participantes, sin distinción de sexo, edad, nivel socioeconómico o procedencia territorial.

III. RESULTADOS

3.1. Descripción de la muestra de estudio

Tabla 01. Distribución de la muestra según edades.

Edades	Frecuencia	Porcentaje
18 a 45 años	24	9,8
46 a 60 años	77	31,3
61 a 75 años	93	37,8
76 a 90 años	52	21,1
Total	246	100,0

Fuente: Datos del proceso de recolección de información

La tabla muestra que el grupo etario predominante es el de 61 a 75 años (37,8%), seguido por los de 46 a 60 años (31,3%) y 76 a 90 años (21,1%). Solo el 9,8% corresponde a personas de 18 a 45 años. Esto evidencia que la hipertensión y el uso de plantas medicinales se concentran en adultos mayores. La edad avanzada podría estar asociada a una mayor experiencia con la fitoterapia o a limitaciones en el acceso a tratamientos médicos convencionales. Además, los jóvenes muestran menor participación, posiblemente por menor prevalencia o menor uso de medicina tradicional

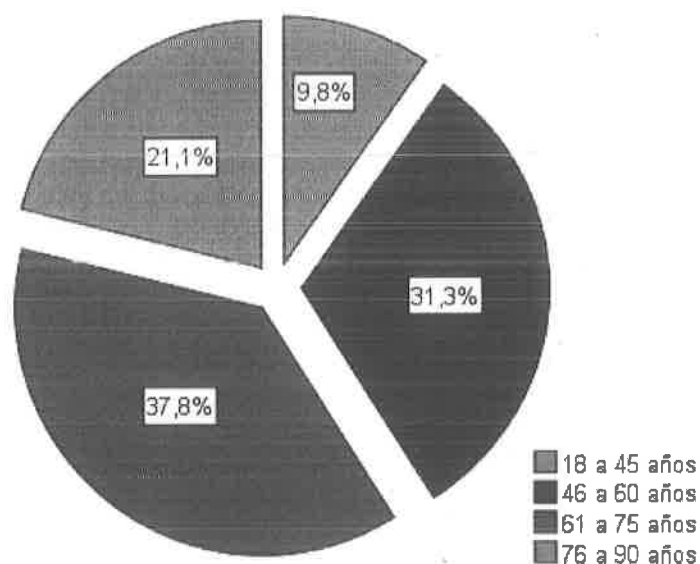


Imagen 01. Distribución de la muestra según edades.

Tabla 02. Distribución de la muestra según sexo.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	124	50,4
	Femenino	122	49,6
	Total	246	100,0

Fuente: Datos del proceso de recolección de información

La tabla muestra una distribución equitativa por sexo: 50,4% de los participantes son hombres (124) y 49,6% mujeres (122). Esta ligera mayoría masculina indica que tanto hombres como mujeres recurren al uso de plantas medicinales en contextos de hipertensión. La paridad sugiere que el fenómeno estudiado no presenta un sesgo de género marcado. Esta distribución balanceada también permite comparar posibles diferencias en la percepción y uso de fitoterapia entre ambos sexos. Además, asegura representatividad para el análisis de asociaciones con la condición clínica.

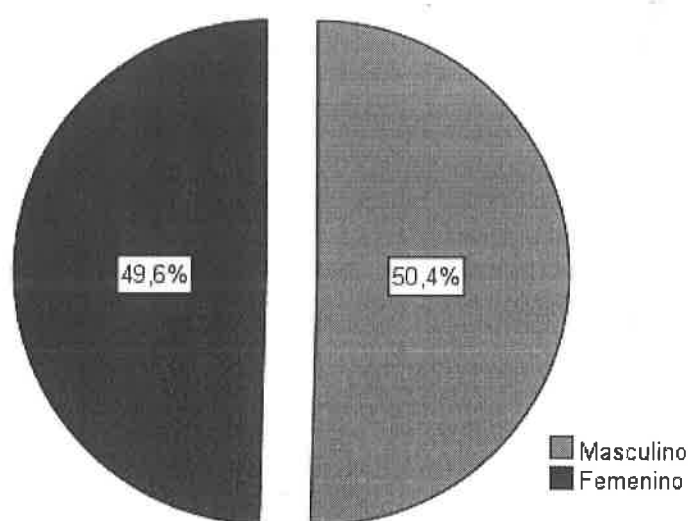


Imagen 02. Distribución de la muestra según sexo.

Tabla 03. Distribución de la muestra según nivel de estudio.

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de estudio	Prim completa	56	22,8
	Sec completa	161	65,4
	Superior	29	11,8
	Total	246	100,0

Fuente: Datos del proceso de recolección de información

La tabla revela que la mayoría de los participantes (65,4%) tiene secundaria completa, seguida por un 22,8% con primaria completa y solo el 11,8% posee estudios superiores. Este predominio de educación básica refleja una población con acceso limitado a educación superior, lo cual podría influir en su preferencia por terapias tradicionales como el uso de plantas medicinales. Además, un menor nivel educativo puede condicionar el nivel de información sobre tratamientos convencionales y prácticas de salud basadas en evidencia. Estos datos también son relevantes al momento de diseñar estrategias de educación sanitaria adaptadas al perfil educativo de la población.

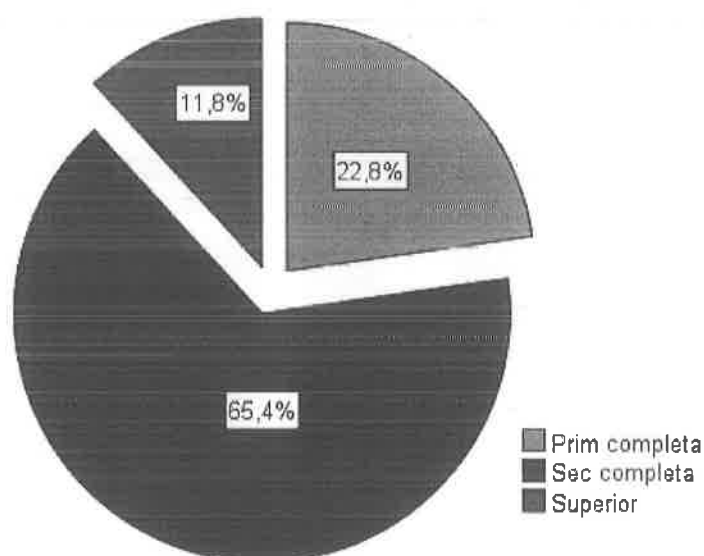


Imagen 03. Distribución de la muestra según año de estudio.

Tabla 04. Distribución de la muestra según año de condición laboral.

		Frecuencia	Porcentaje
Condición laboral	Con trabajo estable	84	34,1
	Con trabajo eventual	54	22,0
	Sin trabajo	108	43,9
	Total	246	100,0

Fuente: Datos del proceso de recolección de información

La tabla muestra que el 43,9% de los participantes no tiene trabajo, seguido por un 34,1% con empleo estable y un 22,0% con trabajo eventual. Esta alta proporción de personas sin empleo sugiere vulnerabilidad económica, lo cual podría influir en la preferencia por tratamientos más accesibles como las plantas medicinales. Asimismo, la condición laboral puede afectar el acceso al sistema de salud y la continuidad del tratamiento antihipertensivo. Estos datos refuerzan la importancia de considerar el contexto socioeconómico al analizar el uso de fitoterapia en poblaciones con enfermedades crónicas.

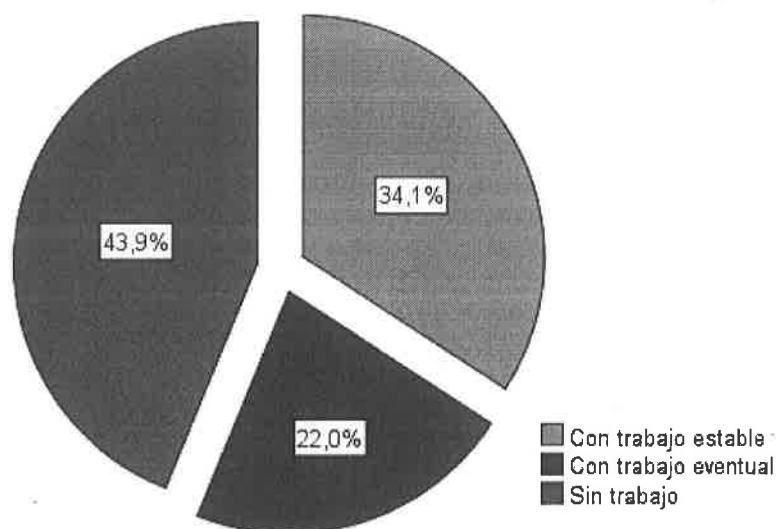


Imagen 04. Distribución de la muestra según año de condición laboral.

Tabla 05. Distribución de la muestra según zona de residencia.

		Frecuencia	Porcentaje
Zona de residencia	Zona urbana	127	51,6
	Zona urbano-marginal	42	17,1
	Zona rural	77	31,3
	Total	246	100,0

Fuente: Datos del proceso de recolección de información

La tabla indica que el 51,6% de los participantes reside en zonas urbanas, seguido por un 31,3% en zonas rurales y un 17,1% en zonas urbano-marginales. Este perfil revela que, aunque la mayoría proviene de áreas urbanas, una proporción considerable vive en contextos rurales, donde el uso de plantas medicinales suele estar más arraigado por tradición y accesibilidad. La presencia significativa de población rural también permite explorar cómo el entorno influye en las decisiones terapéuticas, especialmente en el uso de recursos naturales locales como alternativa al tratamiento convencional.

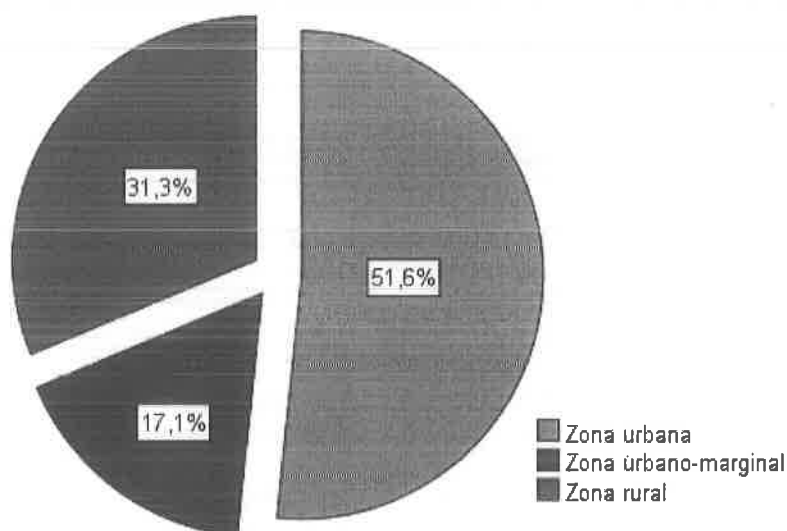


Imagen 05. Distribución de la muestra según zona de residencia.

3.2. Uso de plantas medicinales

Tabla 06. Planta medicinal utilizada.

		Frecuencia	Porcentaje
Planta medicinal	Flor de cactus	4	3,7
	Perejil	27	25,0
	Hercampuri	3	2,8
	Apio	3	2,8
	Molle	8	7,4
	Eucalipto	5	4,6
	Guanábana	3	2,8
	Olivo	3	2,8
	Valeriana	6	5,6
	Manzanilla	6	5,6
	Ajo	8	7,4
	Maíz morado	2	1,9
	Limón	3	2,8
	Cúrcuma	3	2,8
	Moringa	2	1,9
	Matico}	5	4,6
	Flor de Jamaica	8	7,4
	Anís	2	1,9
	Llantén	3	2,8
	Muña	2	1,9
Cola de caballo	2	1,9	
Total	108	100,0	

Fuente: Datos del proceso de recolección de información

La tabla muestra la frecuencia de uso de plantas medicinales según su nombre. La planta más utilizada fue el perejil con 25,0%, seguida por ajo, molle y flor de jamaica, cada una con 7,4%. También destacan la valeriana y la manzanilla con 5,6%. El uso de estas plantas refleja una com-

binación de especies conocidas por sus propiedades diuréticas, sedantes y vasodilatadoras, asociadas al tratamiento de la hipertensión. La diversidad de plantas reportadas —un total de 21 especies evidencia una rica tradición fitoterapéutica local.

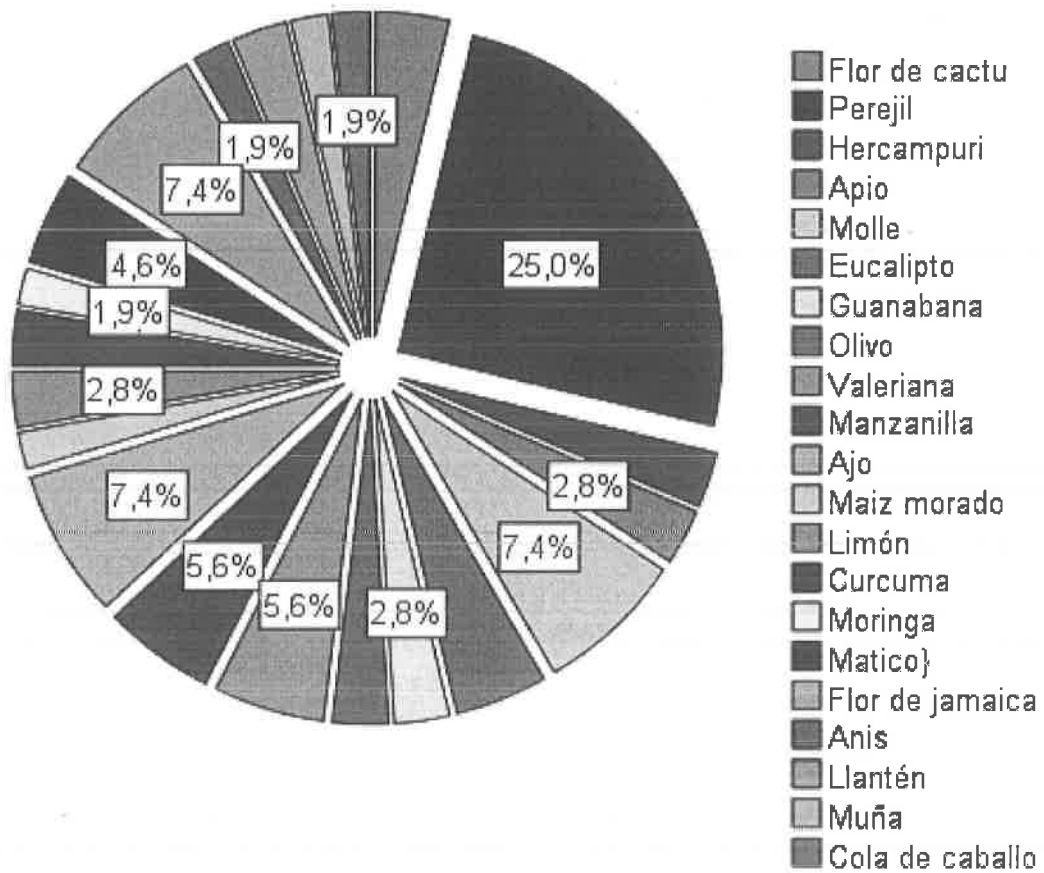


Imagen 06. Planta medicinal utilizada por la muestra de estudio.

3.3. Características del uso de plantas medicinales

Tabla 07. Autopercepción de la condición de salud que motiva el consumo.

		Frecuencia	Porcentaje
Autopercepción	Leves	15	13,9
	Ni bien ni mal	37	34,3
	Bien	44	40,7
	Muy bien	12	11,1
	Total	108	100,0

Fuente: Datos del proceso de recolección de información

La Tabla 07 revela que el 40,7% de los encuestados perciben su salud como "bien" al momento de decidir consumir plantas medicinales, mientras que un 34,3% se ubica en una autopercepción neutra ("ni bien ni mal"). Solo un 13,9% refiere sentirse "leve" y un 11,1% se considera en "muy buen" estado de salud. Esta distribución indica que la mayoría de los usuarios recurre a la fitoterapia sin presentar un malestar agudo, lo que sugiere un enfoque más preventivo o de mantenimiento del bienestar que curativo. Además, el hecho de que un número considerable la utilice incluso cuando se siente "bien" evidencia un fuerte componente cultural y de confianza en la medicina tradicional. Este patrón de uso puede relacionarse con la percepción de las plantas como productos seguros, naturales y adecuados para el uso rutinario, lo cual es importante considerar en intervenciones educativas sobre el uso racional de fitoterapia.

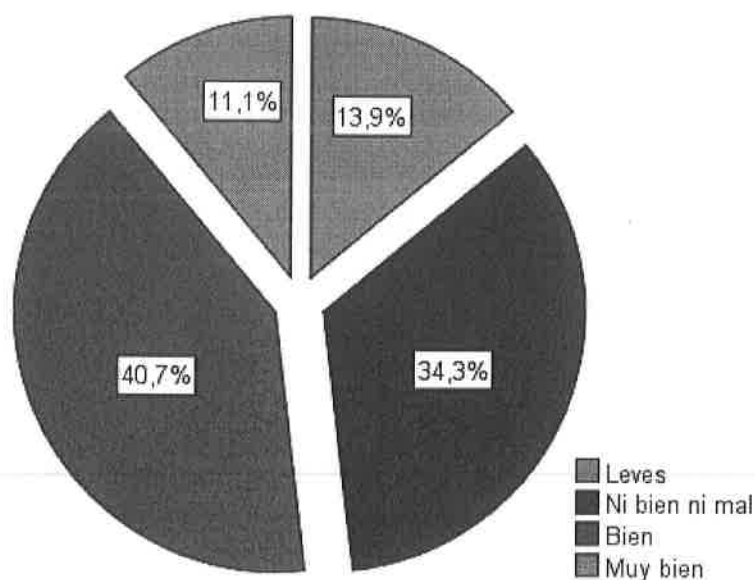


Imagen 07. Autopercepción de la condición de salud que motiva el consumo.

Tabla 08. Presencia de reacción adversa.

		Frecuencia	Porcentaje
Reacción adversa	No presenta	104	96,3
	Si presenta	4	3,7
Total		108	100,0

Fuente: Datos del proceso de recolección de información

La Tabla 08 muestra que el 96,3% de los encuestados no reportaron reacciones adversas tras el consumo de plantas medicinales, mientras que solo el 3,7% manifestó haber experimentado algún efecto indeseado. Este hallazgo pone de manifiesto una percepción generalizada de inocuidad en el uso de plantas medicinales, lo cual puede reforzar su consumo frecuente y sin supervisión médica. No obstante, la baja proporción de reportes adversos también puede estar influida por el desconocimiento de posibles interacciones farmacológicas o efectos secundarios leves no identificados como tales. Desde una perspectiva farmacéutica, este dato subraya la importancia de promover la educación sanitaria y farmacovigilancia en el uso tradicional de plantas, especialmente en poblaciones que combinan medicina natural con tratamiento farmacológico para enfermedades crónicas como la hipertensión.

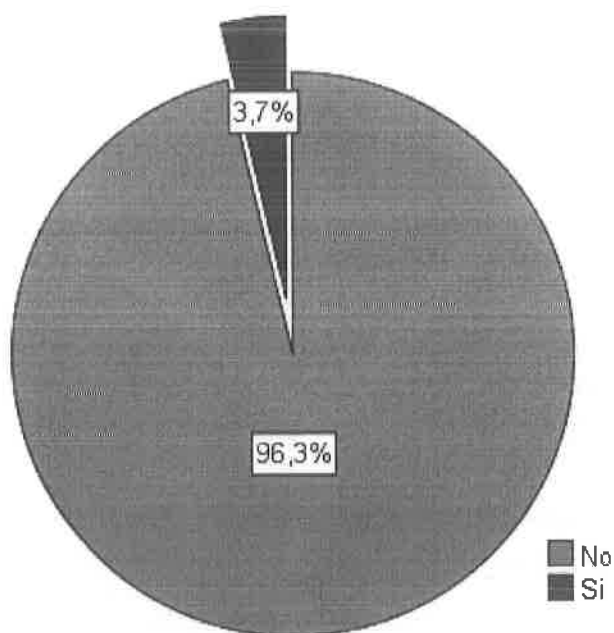


Imagen 08. Presencia de reacción adversa.

Tabla 09. Percepción de la condición de salud después del consumo.

		Frecuencia	Porcentaje
Percepción de la condición de salud	Poco alivio	11	10,2
	Alivio regular	44	40,7
	Mucho alivio	53	49,1
	Total	108	100,0

Fuente: Datos del proceso de recolección de información

La Tabla 09 evidencia que el 49,1% de los usuarios de plantas medicinales reportaron haber experimentado “mucho alivio” tras el consumo, seguido por un 40,7% que percibió un “alivio regular”, y solo un 10,2% manifestó haber tenido “poco alivio”. Estos resultados reflejan una alta satisfacción subjetiva con el efecto terapéutico de las plantas medicinales en el manejo de la hipertensión y sus síntomas asociados. La predominancia de percepciones positivas refuerza el valor cultural y funcional que estas prácticas tienen en la comunidad, además de sugerir un posible efecto placebo o beneficios reales en el bienestar del paciente. Sin embargo, esta percepción no necesariamente se correlaciona con parámetros clínicos objetivos, por lo que es esencial seguir profundizando en estudios que evalúen su eficacia desde una perspectiva biomédica y con rigurosidad metodológica.

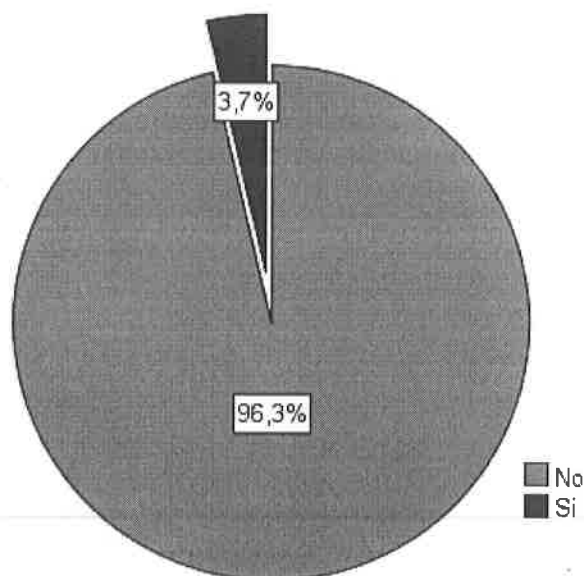


Imagen 09. Percepción de la condición de salud después del consumo

Tabla 10. Forma de consumo de la planta medicinal

		Frecuencia	Porcentaje
Forma de consumo	Infusión	60	55,6
	Extracto	9	8,3
	Jugo	22	20,4
	Otros	17	15,7
	Total	108	100,0

Fuente: Datos del proceso de recolección de información

La Tabla 10 revela que la forma predominante de consumo de las plantas medicinales es la infusión, reportada por el 55,6% de los participantes. Le siguen el consumo en jugo (20,4%), otras formas (15,7%) y el uso como extracto (8,3%). Esta tendencia resalta el arraigo de métodos tradicionales como la infusión, una técnica sencilla, económica y accesible, que permite extraer principios activos de partes blandas como hojas y flores. El uso de jugos y extractos, aunque menos frecuente, sugiere cierto grado de variabilidad en la preparación, lo que puede influir en la biodisponibilidad y eficacia terapéutica. Esta diversidad también plantea un reto para la estandarización y el control de dosis, aspectos clave en la farmacognosia clínica. Además, evidencia la falta de asesoramiento técnico-farmacéutico en muchos de los casos, lo que resalta la necesidad de intervenciones educativas sobre formas adecuadas de preparación y administración.

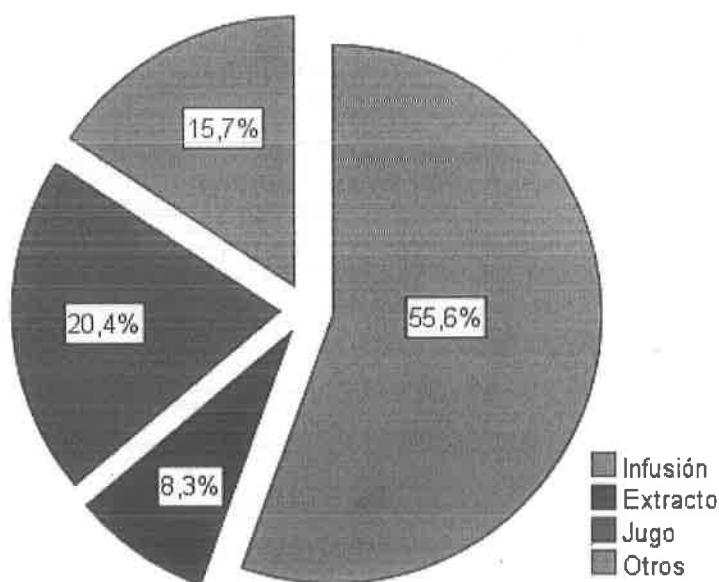


Imagen 10. Forma de consumo de la planta medicinal

Tabla 11. Parte de la planta medicinal que se consume

		Frecuencia	Porcentaje
Parte de la planta que se consume	Raíz	12	11,1
	Hojas	66	61,1
	Tallos	8	7,4
	Flores	12	11,1
	Fruto	10	9,3
	Total	108	100,0

Fuente: Datos del proceso de recolección de información

Según la Tabla 11, la parte más utilizada de las plantas medicinales por los encuestados son las hojas (61,1%), seguidas por las flores y raíces (ambas con 11,1%), los frutos (9,3%) y los tallos (7,4%). Este predominio del uso de hojas coincide con prácticas tradicionales, ya que las hojas son de fácil acceso, contienen metabolitos secundarios activos (como flavonoides y aceites esenciales) y son adecuadas para preparaciones en infusión. La elección de diferentes partes sugiere una diversidad de conocimientos empíricos sobre las propiedades terapéuticas, aunque también puede reflejar desinformación o falta de estandarización en el uso. Desde la farmacognosia, se reconoce que el principio activo puede variar significativamente según la parte utilizada, lo que hace necesario promover una mayor orientación sobre el uso racional y seguro de cada parte vegetal en función de la planta y su finalidad terapéutica.

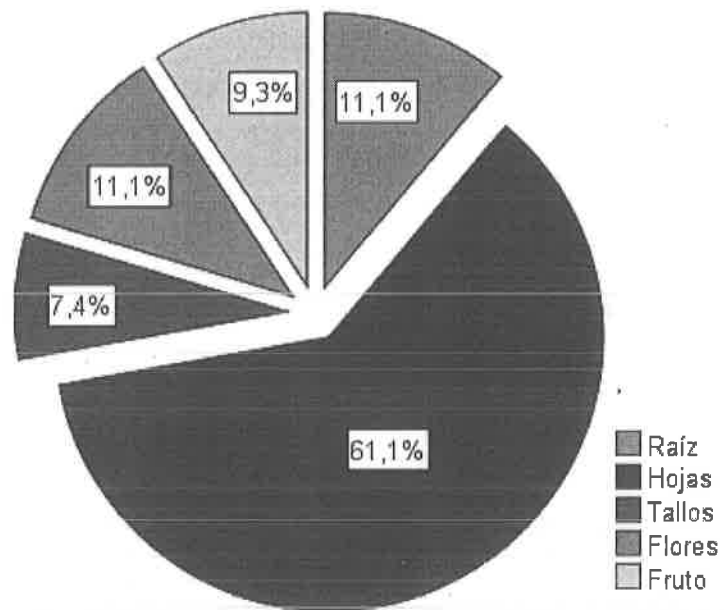


Imagen 11. Parte de la planta medicinal que se consume

Tabla 12. Frecuencia de consumo de la planta medicinal

		Frecuencia	Porcentaje
Frecuencia del consumo	Única toma	25	23,1
	Diario hasta sanar	53	49,1
	Medida preventiva	30	27,8
	Total	108	100,0

Fuente: Datos del proceso de recolección de información

La Tabla 12 muestra que el 49,1% de los encuestados consume plantas medicinales a diario hasta sanar, seguido por un 27,8% que las utiliza como medida preventiva, y un 23,1% que refiere haber realizado una única toma. Esta distribución sugiere que, para la mayoría, el uso de fitoterapia no es esporádico, sino continuado y con intención terapéutica sostenida, especialmente en el contexto de una enfermedad crónica como la hipertensión. El consumo preventivo también refleja la confianza cultural en las propiedades protectoras de las plantas. Sin embargo, esta frecuencia de uso continuo podría aumentar el riesgo de efectos acumulativos, interacciones con medicamentos o toxicidad crónica, especialmente cuando se desconoce la dosis efectiva o segura. Este hallazgo resalta la necesidad de educar a la población sobre la frecuencia adecuada de uso, así como promover investigaciones que determinen la posología óptima de las plantas utilizadas con fines antihipertensivos.

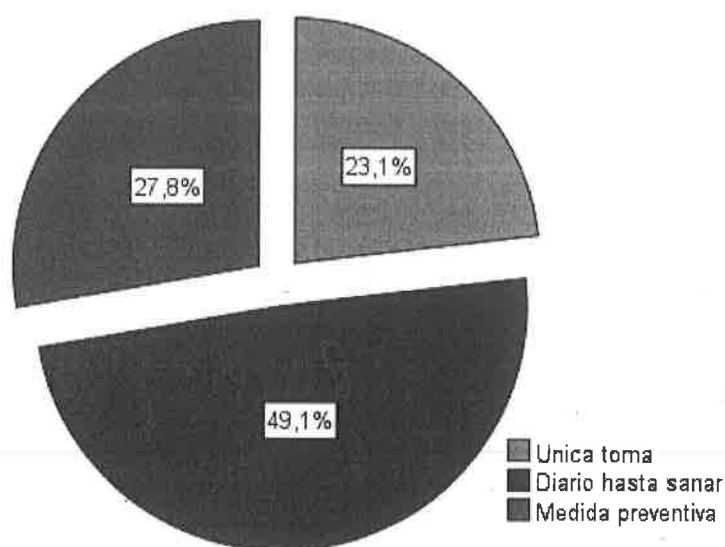


Imagen 12. Frecuencia de consumo de la planta medicinal

Tabla 13. Lugar de obtención de la planta medicinal

Lugar de obtención	Frecuencia	Porcentaje
Venta ambulatoria	64	59,3
Tienda de productos herbolarios	22	20,4
Farmacia	2	1,9
Yo mismo cultivo	20	18,5
Total	108	100,0

La Tabla 13 evidencia que el 59,3% de los encuestados obtiene las plantas medicinales mediante venta ambulatoria, seguido por un 20,4% que las adquiere en tiendas de productos herbolarios, un 18,5% que las cultiva por sí mismo, y solo un 1,9% que las compra en farmacias. Este patrón de adquisición refleja un acceso predominantemente informal a las plantas medicinales, lo cual plantea preocupaciones en cuanto a calidad, identidad botánica, almacenamiento y presencia de contaminantes. El hecho de que una parte significativa de los usuarios cultive sus propias plantas también evidencia un vínculo directo con el conocimiento tradicional y la autosuficiencia terapéutica. Sin embargo, la baja presencia del canal farmacéutico destaca la ausencia de supervisión técnica en la mayoría de los casos, lo que subraya la necesidad de fortalecer el rol del profesional químico-farmacéutico en la orientación sobre el uso seguro y eficaz de la fitoterapia, especialmente en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial.

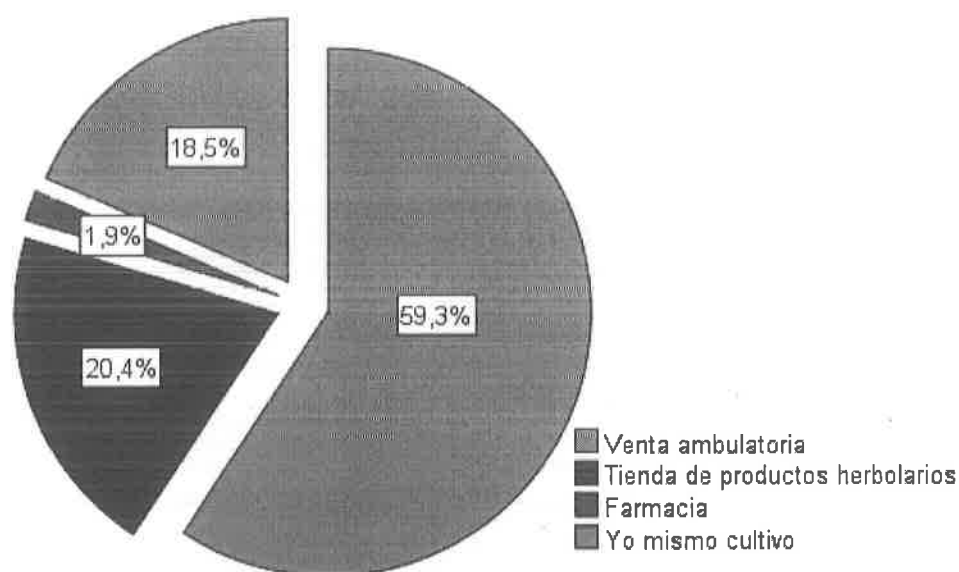


Imagen 13. Lugar de obtención de la planta medicinal

3.4. Factores socio-demográficos relacionados con las plantas medicinales

Tabla 14. La edad y su relación con la condición clínica

			Condición clínica			Total
			Controlada	No controlada	No sabe	
Edades	18 a 45 años	f	24	0	0	24
		Chi2= 0,005	%	100,0%	0,0%	0,0%
	46 a 60 años	f	64	11	2	77
			%	83,1%	14,3%	2,6%
	61 a 75 años	f	82	7	4	93
			%	88,2%	7,5%	4,3%
	76 a 90 años	f,	36	15	1	52
			%	69,2%	28,8%	1,9%
Total		f	206	33	7	246
		%	83,7%	13,4%	2,8%	100,0%

La Tabla 14 muestra una relación significativa entre la edad y la condición clínica de los pobladores hipertensos ($\text{Chi}^2 = 0,005$). El grupo etario de 61 a 75 años presenta el mayor porcentaje de control de la hipertensión (88,2%), seguido por el grupo de 46 a 60 años (83,1%). En contraste, los mayores de 76 a 90 años presentan un menor control (69,2%) y la mayor proporción de casos no controlados (28,8%). Llama la atención que los participantes de 18 a 45 años reportan un 100% de control, aunque este dato podría estar influenciado por el bajo tamaño muestral de dicho grupo.

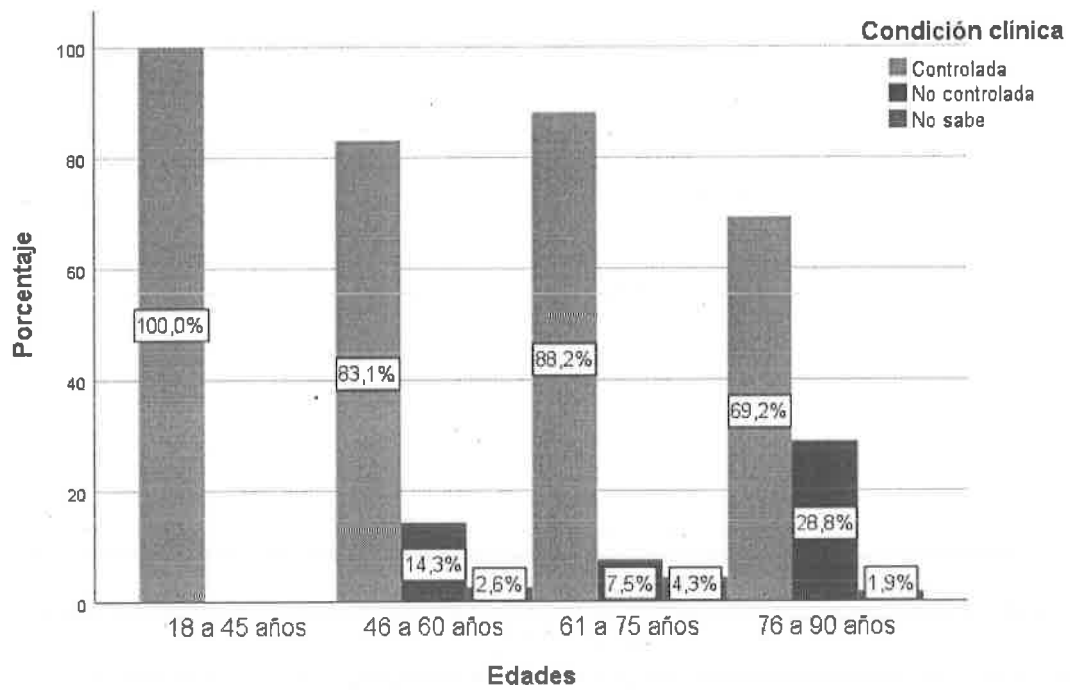


Imagen 14. La edad y su relación con la condición clínica

Tabla 15. El sexo y su relación con la condición clínica

		Condición clínica			Total	
		Controlada	No controlada	No sabe		
Sexo	Masculino	f	106	15	3	124
		%	85,5%	12,1%	2,4%	100,0%
Chi ² = 0,750	Femenino	f	100	18	4	122
		%	82,0%	14,8%	3,3%	100,0%
Total		f	206	33	7	246
		%	83,7%	13,4%	2,8%	100,0%

Fuente: Datos del proceso de recolección de información

La Tabla 15 muestra que no existe una diferencia significativa entre el sexo y la condición clínica de los participantes ($\text{Chi}^2 = 0,750$). El 85,5% de los hombres y el 82,0% de las mujeres reportan tener su hipertensión controlada, lo que indica una distribución homogénea en cuanto al control de la enfermedad entre ambos sexos. Esta similitud sugiere que, en este grupo de estudio, el género no es un factor determinante en el estado clínico del paciente hipertenso, al menos desde una perspectiva autodeclarada. También podría reflejar que tanto hombres como mujeres tienen acceso y recurren de manera similar a tratamientos convencionales y/o plantas medicinales. No obstante, será importante observar si existen diferencias por sexo en cuanto al tipo de plantas usadas, formas de consumo o percepción de eficacia, aspectos que podrían tener implicancia en intervenciones diferenciadas de educación sanitaria o vigilancia farmacoterapéutica.

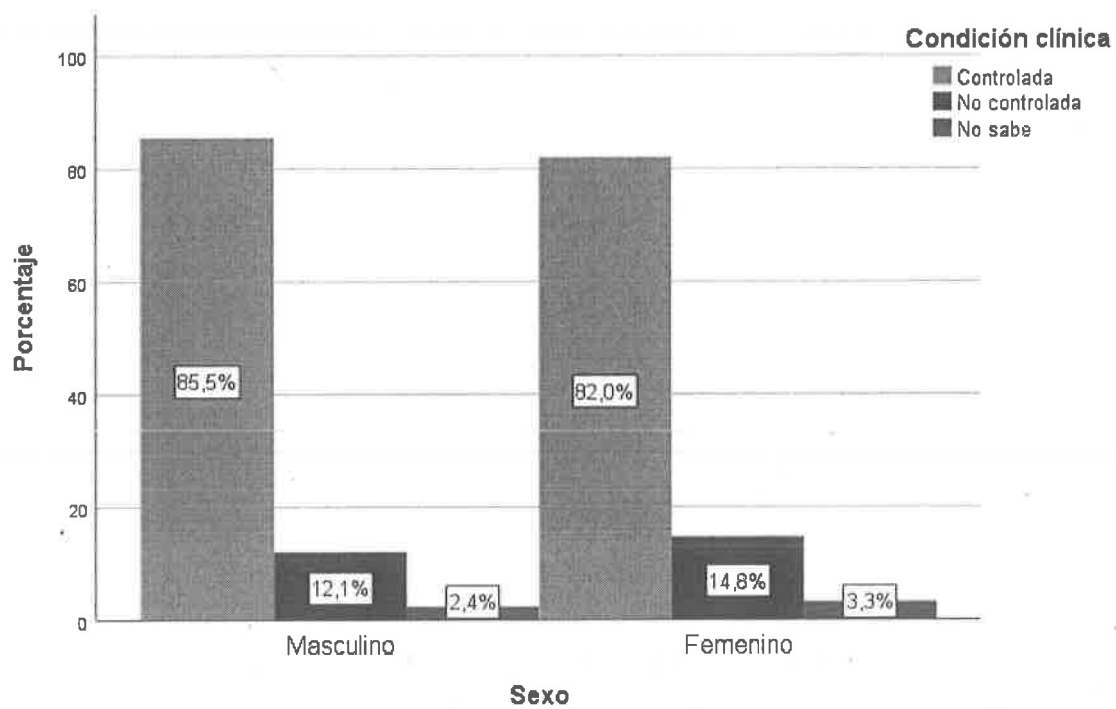


Imagen 15. El sexo y su relación con la condición clínica

Tabla 16. El nivel educativo y su relación con la condición clínica

		Condición clínica			Total	
		Controlada	No controlada	No sabe		
Nivel educativo Chi ² = 0,038	Prim completa	f	46	8	2	56
		%	82,1%	14,3%	3,6%	100,0%
	Sec completa	f	140	16	5	161
		%	87,0%	9,9%	3,1%	100,0%
	Superior	f	20	9	0	29
		%	69,0%	31,0%	0,0%	100,0%
Total		f	206	33	7	246
		%	83,7%	13,4%	2,8%	100,0%

La Tabla 16 revela una asociación significativa entre el nivel educativo y la condición clínica del paciente hipertenso ($\text{Chi}^2 = 0,038$). Aquellos con secundaria completa muestran el mayor porcentaje de control clínico (87,0%), seguidos de quienes tienen primaria completa (82,1%). Sin embargo, sorprendentemente, los participantes con educación superior presentan el nivel más bajo de control (69,0%) y el porcentaje más alto de hipertensión no controlada (31,0%). Este resultado podría deberse a diversos factores, como mayor nivel de autoexigencia, estrés laboral o menor adherencia a tratamientos convencionales por confiar más en tratamientos alternativos.

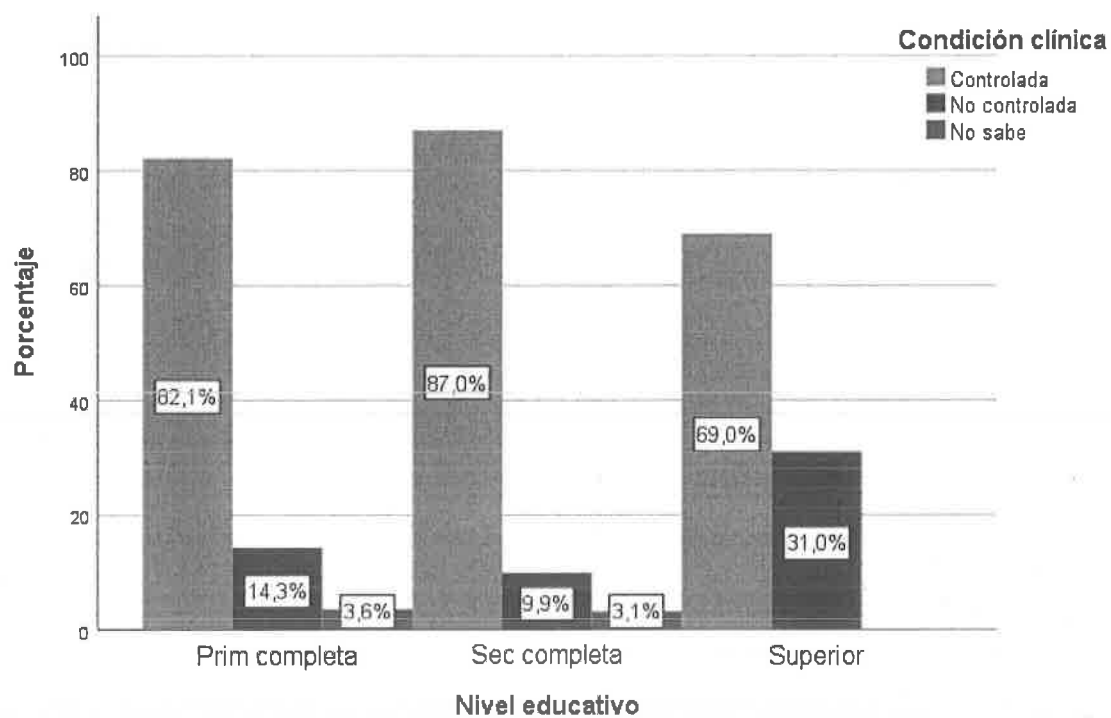


Imagen 16. El nivel educativo y su relación con la condición clínica

Tabla 17. La condición laboral y su relación con la condición clínica

		Condición clínica			Total	
		Controlada	No controlada	No sabe		
Condición laboral Chi2= 0,300	Con trabajo estable	f	72	12	0	84
		%	85,7%	14,3%	0,0%	100,0%
	Con trabajo eventual	f	47	5	2	54
		%	87,0%	9,3%	3,7%	100,0%
	Sin trabajo	f	87	16	5	108
		%	80,6%	14,8%	4,6%	100,0%
Total	f	206	33	7	246	
	%	83,7%	13,4%	2,8%	100,0%	

La Tabla 17 muestra que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la condición laboral y la condición clínica de los pacientes hipertensos ($\text{Chi}^2 = 0,300$). Sin embargo, se observan algunas diferencias en los porcentajes: los participantes con trabajo eventual presentan el mayor nivel de control clínico (87,0%), seguidos por quienes tienen trabajo estable (85,7%) y, en último lugar, aquellos sin trabajo (80,6%). Aunque estas diferencias no son significativas desde el punto de vista estadístico, podrían tener implicancias clínicas y sociales relevantes. La situación de desempleo podría estar asociada a mayores niveles de estrés, menor acceso a medicamentos y controles médicos, o una mayor dependencia de la medicina tradicional.

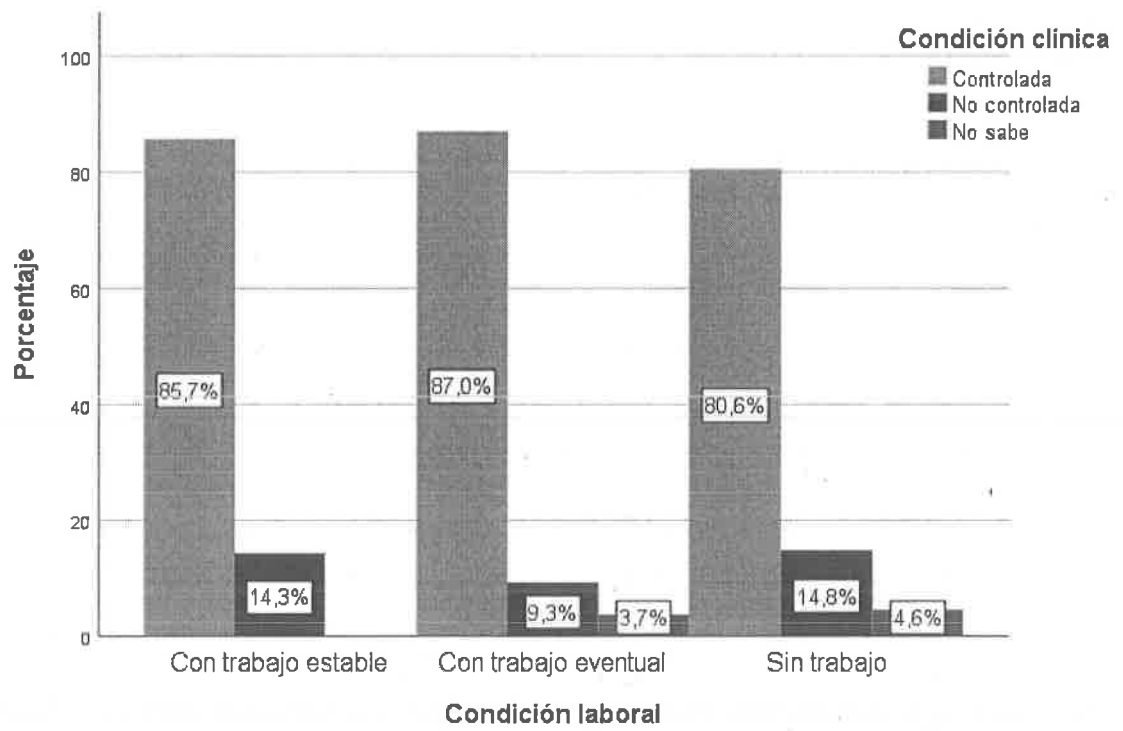


Imagen 17. La condición laboral y su relación con la condición clínica

Tabla 18. La zona de residencia y su relación con la condición clínica

		Condición clínica			Total	
		Controlada	No controlada	No sabe		
Zona de residencia Chi2= 0,711	Zona urbana	f	107	16	4	127
		%	84,3%	12,6%	3,1%	100,0%
	Zona urbano-marginal	f	37	5	0	42
		%	88,1%	11,9%	0,0%	100,0%
	Zona rural	f	62	12	3	77
		%	80,5%	15,6%	3,9%	100,0%
Total	f	206	33	7	246	
	%	83,7%	13,4%	2,8%	100,0%	

La Tabla 18 indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la zona de residencia y la condición clínica del paciente hipertenso ($\text{Chi}^2 = 0,711$). Los porcentajes de control clínico son relativamente similares entre zonas: 88,1% en zonas urbano-marginales, 84,3% en zonas urbanas y 80,5% en zonas rurales. Aunque no hay diferencias significativas, es relevante destacar que la población rural presenta el mayor porcentaje de hipertensión no controlada (15,6%) y la menor proporción de control clínico. Esto podría estar vinculado a limitaciones en el acceso a servicios médicos especializados, al uso más frecuente de fitoterapia como única alternativa terapéutica, o a factores sociales y geográficos que dificultan el seguimiento adecuado de la enfermedad.

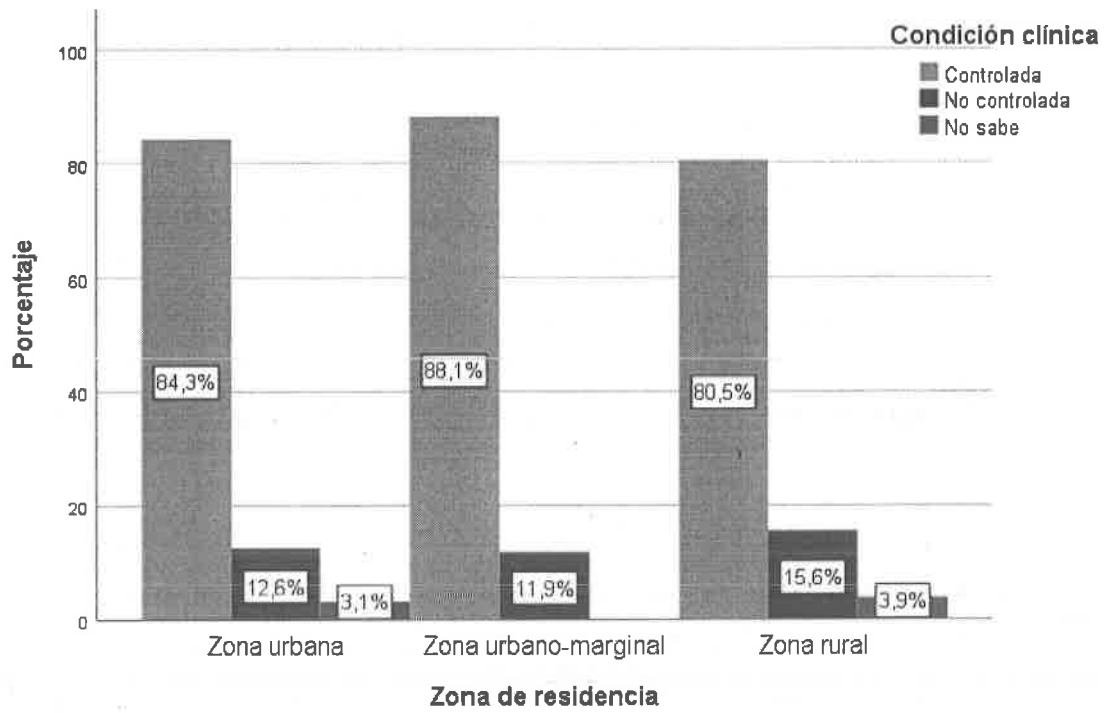


Imagen 18. La zona de residencia y su relación con la condición clínica

Tabla 19. Los ingresos económicos y su relación con la condición clínica

		Condición clínica			Total	
		Controlada	No controlada	No sabe		
Ingresos económicos	1130 o menos soles	f	110	13	1	124
		%	88,7%	10,5%	0,8%	100,0%
Chi2= 0,102	1131 a 3000 soles	f	82	17	6	105
		%	78,1%	16,2%	5,7%	100,0%
	Más de 3000 soles	f	14	3	0	17
		%	82,4%	17,6%	0,0%	100,0%
Total		f	206	33	7	246
		%	83,7%	13,4%	2,8%	100,0%

La Tabla 19 muestra que no hay una asociación estadísticamente significativa entre los ingresos económicos y la condición clínica de los pacientes hipertensos ($\text{Chi}^2 = 0,102$). Sin embargo, se observan tendencias interesantes: el mayor control clínico se encuentra en quienes ganan 1,130 soles o menos (88,7%), mientras que el grupo con ingresos entre 1,131 y 3,000 soles muestra un menor nivel de control (78,1%) y la mayor proporción de casos no controlados (16,2%). Este resultado puede parecer contraintuitivo, ya que se espera que mayores ingresos se asocien con mejor acceso a medicamentos y servicios médicos. Sin embargo, podrían influir factores como autoexigencia laboral, menor tiempo para controles médicos, automedicación o mayor confianza en métodos alternativos, especialmente en sectores medios.

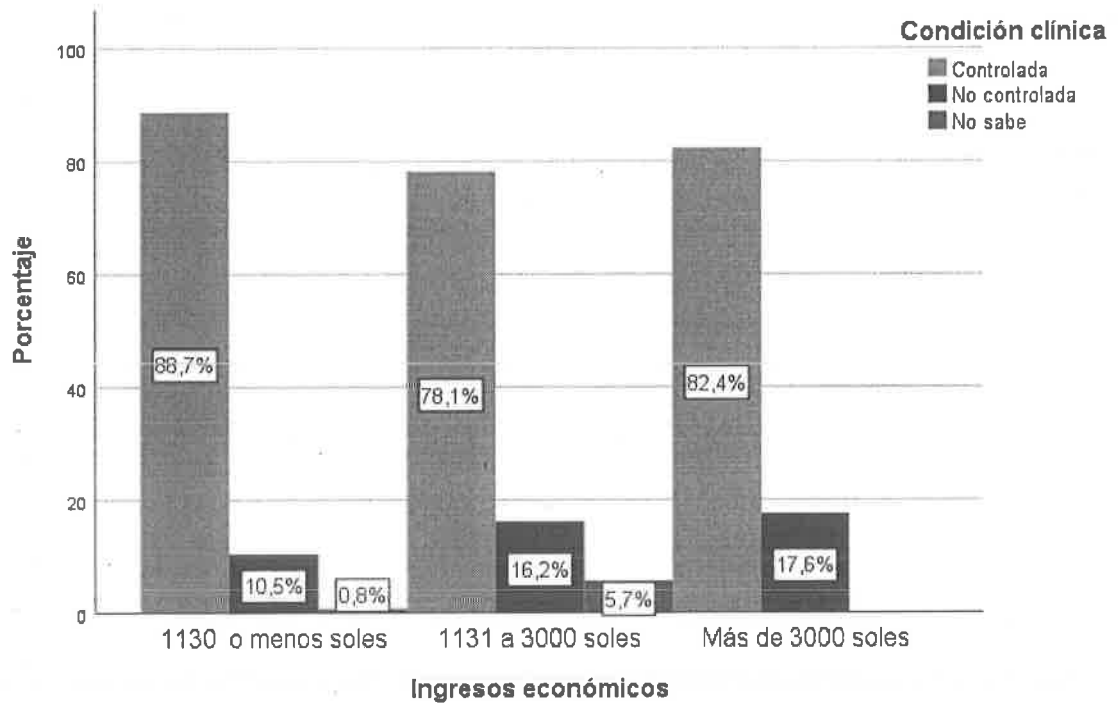


Imagen 19. Los ingresos económicos y su relación con la condición clínica

IV. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos evidenciaron una alta prevalencia del uso de plantas medicinales en la población hipertensa de Ica, siendo el perejil (25%), el ajo (7,4%), la flor de jamaica (7,4%), y la valeriana (5,6%) las más empleadas. Este patrón es consistente con estudios internacionales, como el de Shah et al. (5), quienes reportaron un uso predominante de hierbas con acción relajante o vasodilatadora, como *Matricaria chamomilla*, en comunidades paquistaníes. Asimismo, en Nigeria se halló que *Hibiscus cannabinus* tenía efectos hipotensores significativos (2). En el contexto peruano, Pérez (3) reportó un 84,5% de pacientes hipertensos en Jaén que usaban fitoterapia como complemento, especialmente valeriana y olivo. Estos datos confirman que el uso de plantas medicinales constituye una práctica extendida y culturalmente aceptada entre pobladores con hipertensión, posiblemente como respuesta a limitaciones de acceso al tratamiento convencional o como forma de autogestión de la salud.

El análisis mostró que la mayoría de los usuarios recurre a las plantas cuando se sienten bien (40,7%) o en estado neutro (34,3%), lo que sugiere un uso preventivo más que curativo. Además, el 96,3% no reportó reacciones adversas, y casi la mitad indicó haber sentido mucho alivio. Las formas de uso más comunes fueron infusión (55,6%) y el uso de hojas (61,1%), en línea con lo documentado por Idm'hand et al. (7) en Marruecos y Ouedraogo et al. (4) en Burkina Faso, donde se identificaron hojas como la parte más utilizada y la decocción como modo preferente. La percepción de eficacia y seguridad encontrada en este estudio también coincide con la baja notificación de efectos adversos hallada en Jaén por Pérez (3). Internamente, estas características se correlacionan con la auto percepción positiva tras el consumo y la continuidad de la práctica. Sin embargo, se debe considerar que la mayoría obtiene las plantas por venta ambulatória (59,3%), lo cual puede comprometer la calidad del insumo y aumentar los riesgos no percibidos.

El análisis reveló que variables como edad ($p=0,005$) y nivel educativo ($p=0,038$) se asocian significativamente con la condición clínica. Específicamente, los adultos entre 61-75 años reportan mayor control clínico (88,2%), mientras que los mayores de 76 años presentan mayor proporción de casos no controlados (28,8%). En cuanto al nivel educativo, quienes tienen secundaria completa mostraron mejor control (87,0%) que aquellos con educación superior (69,0%), posiblemente por mayor estrés o por sustituir el tratamiento convencional. Estas observaciones coinciden parcialmente con Suárez et al. (8), quienes indicaron que el grado de instrucción influye en la atención recibida y en la adherencia terapéutica en adultos mayores. Por otro lado, el estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas para sexo, condición laboral, zona de residencia e ingresos económicos, aunque en la comparación interna se identificaron tendencias relevantes: los desempleados y los residentes rurales tienden a tener un menor control clínico. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de considerar el contexto socioeconómico y educativo en intervenciones de salud pública.

Entre las principales limitaciones del presente estudio destaca el uso de un instrumento autodeclarado, lo cual puede conllevar sesgos de memoria o de deseabilidad social, especialmente en la percepción de control clínico y la eficacia terapéutica del uso de plantas. Además, el diseño transversal y no experimental impide establecer relaciones causales. Otra limitación importante fue el uso de un muestreo por conveniencia, lo cual restringe la generalización de los hallazgos a toda la población hipertensa de Ica. Finalmente, no se realizó una evaluación clínica objetiva de la presión arterial ni de parámetros bioquímicos, lo que podría haber complementado la información subjetiva con datos más robustos.

Dado lo observado, futuras investigaciones podrían partir de las siguientes hipótesis: (1) que el uso continuado de ciertas plantas con acción diurética o vasodilatadora mejora significativamente los niveles de presión arterial en pacientes hipertensos; (2) que el nivel educativo influye inversamente en la percepción de control clínico cuando el tratamiento incluye medicina tradicional; y (3) que el acceso a plantas de mejor calidad farmacognóstica (vía farmacia o cultivo propio) se relaciona con una mayor eficacia percibida y menor reporte de reacciones adversas. Estas hipótesis podrían verificarse mediante estudios longitudinales, controlados y con medición clínica directa, así como a través de análisis fitoquímicos que permitan estandarizar las dosis efectivas de los compuestos bioactivos de cada planta utilizada.

V. CONCLUSIONES

- Se concluye que existe una alta prevalencia del uso de plantas medicinales entre los pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, y que su utilización se encuentra relacionada con la condición clínica autodeclarada. Si bien la mayoría de los usuarios percibe beneficios subjetivos importantes tras su consumo, las asociaciones estadísticas indican que ciertos factores sociodemográficos, como la edad y el nivel educativo, también influyen en el grado de control clínico de la hipertensión.
- Se identificó que el uso de plantas medicinales en la población hipertensa de Ica es elevado, destacando especies como el perejil, el ajo, la flor de jamaica, la valeriana y el molle. Esta alta prevalencia confirma que la fitoterapia constituye una práctica terapéutica común, motivada por la accesibilidad, el conocimiento tradicional y la búsqueda de alternativas naturales para el manejo de enfermedades crónicas.
- Las características del uso de plantas medicinales en esta población evidencian una fuerte tendencia al consumo en forma de infusión, utilizando mayormente hojas y con una frecuencia diaria hasta experimentar alivio. La gran mayoría de los usuarios refiere no haber presentado reacciones adversas y manifiesta una percepción positiva del efecto terapéutico, lo que contribuye a la continuidad de la práctica. Sin embargo, se observa que el acceso a las plantas proviene principalmente de canales informales, lo que representa un riesgo potencial por falta de control de calidad.
- Se encontró que la edad y el nivel educativo guardan una relación significativa con la condición clínica del paciente hipertenso, siendo los adultos mayores de 76 años y aquellos con estudios superiores los que reportan menor control clínico. Por otro lado, no se evidenció relación estadísticamente significativa con el sexo, la condición laboral, la zona de residencia ni los ingresos económicos, aunque sí se observaron tendencias que podrían tener implicancia en futuras intervenciones. Estos resultados destacan la necesidad de considerar los determinantes sociodemográficos en el diseño de estrategias que promuevan el uso racional y complementario de las plantas medicinales en el tratamiento de la hipertensión arterial.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda fortalecer los programas de educación sanitaria comunitaria, incorporando contenidos sobre el uso seguro y racional de plantas medicinales, sus posibles efectos adversos, interacciones con fármacos y limitaciones terapéuticas, con especial énfasis en pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión.

- Fomentar la consulta con profesionales farmacéuticos o médicos antes de iniciar o combinar tratamientos con plantas medicinales, especialmente si se encuentran en tratamiento antihipertensivo convencional, a fin de prevenir posibles interacciones o reacciones adversas.

- Promover investigaciones experimentales y clínicas que evalúen el efecto farmacológico, la dosis eficaz y la seguridad de las plantas más utilizadas, como el perejil, ajo, flor de jamaica y valeriana, con el objetivo de validar científicamente su uso tradicional y contribuir a la fitoterapia basada en evidencia.

- Se recomienda regular y supervisar los canales de comercialización de plantas medicinales, promoviendo su venta en establecimientos formales con control sanitario, para garantizar la calidad, autenticidad y condiciones higiénicas de los productos fitoterapéuticos ofrecidos a la población.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asafo-Agyei T, Appau Y, Barimah KB, Asase A. Medicinal plants used for management of diabetes and hypertension in Ghana. *Heliyon*. 2023;9(12).
2. Patrick EB, Otimenyin SO, Bukar BB. Survey of the blood pressure lowering potential of medicinal plants used in the management of hypertension in herbal homes in Zango Kataf, Kaduna, Nigeria. *Nutr Food Sci*. 2023;53(1):178–91.
3. Pérez L. Uso de la medicina alternativa complementaria en pacientes hipertensos que asisten a establecimientos del primer nivel de atención de Jaén, 2020 [Internet]. 2020 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/5007>
4. Ouedraogo WRC, Belemnaba L, Nitiéma M, Kaboré B, Koala M, Ouedraogo S, et al. Phytochemical study, antioxidant and vasodilatation activities of leafy stem extracts of *Flemingia faginea* Guill. & Perr. (Barker), a medicinal plant used for the traditional treatment of arterial hypertension. *Pharmacological Research - Modern Chinese Medicine*. 2023;7.
5. Shah A, Rahim S, Nosheen S, Shahzad G. Medicinal plants used against anxiety and hypertension by the indigenous people of Sargodha division and allied areas, Pakistan. *Ethnobotany Research and Applications*. 2023;25.
6. Traore MS, Camara A, Balde MA, Diallo MST, Barry NS, Balde ES, et al. Ethnobotanical survey of medicinal plants used to manage hypertension in the Republic of Guinea | Estudio etnobotánico de las plantas medicinales utilizadas para tratar la hipertensión en la República de Guinea. *J Pharm Pharmacogn Res*. 2022;10(5):938–51.
7. Idm'hand E, El-Ouazzani Y, Msanda F, Cherifi K. Ethnopharmacological review of medicinal plants used to manage hypertension in Morocco. *Medicinal Plants*. 2022;14(2):202–20.
8. Suárez G, Azañero S. Atención de salud del adulto mayor hipertenso. Puesto de Salud Pata-Pata. Cajamarca-Perú 2021 [Internet]. 2022 [cited 2024 May 10]. Available from: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/2233>

9. Cayllahua E, Cutisaca C. Nivel de conocimiento empírico del uso de plantas medicinales con actividad diurética en el mercado 24 de junio del distrito de El Agustino, 2020 [Internet]. 2020 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/327>

10. Eustaquio C, Rojas C. Conocimientos en métodos no farmacológicos en el tratamiento o prevención de la hipertensión en usuarios de la Botica Megafarma - Huaura [Internet]. 2022 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/1282/TESIS%20EUSTAQUIO%20-%20ROJAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

VIII. ANEXOS

Instrumento de recolección de datos

Objetivo: Hallar la prevalencia del uso de plantas medicinales y su relación con la condición clínica de pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024.

Instrucciones: Marcar en el cuadro siguiente la opción de su elección o escribe en el espacio proporcionó. Considerar que en algunas preguntas puedes elegir más de uno opción, de lo contrario elegir solo uno opción.

Fecha: _____

1. Datos generales

Años de edad _____ Género: Masculino Femenino
Año de estudios : Primaria completa Secundaria completa Superior
Estado civil : Soltero Casado
Condición laboral : Con trabajo estable Eventual Sin trabajo
Zona de residencia : Zona urbana Zona urbano-marginal Zona rural

Ingresos familiares mensuales: < 1025 soles 1025 a 2000 soles Más de 2000 soles

2. Factores clínicos

Presencia de signos : Si No A veces
Presencia de síntomas : Si No A veces
Peso : _____
Actividad física : Muy poco Poco A veces Casi diario
 Diario
Condición clínica de la enfermedad : Controlada No controlada No sabe

3. Características del consumo de plantas medicinales

¿Consume plantas medicinales cuando se siente enfermo? Si No A veces

Nombre común de la planta: _____

¿Cuál es la autopercepción de la condición de salud que motiva el consumo?
 Muy leves Leves Ni bien ni mal Bien
 Muy bien

¿Ha presentado algún problema de salud después de tomar la planta medicinal? (RAM)

No Si Si la respuesta es SI, Indique el problema de salud

_____ ¿De qué forma consume la planta medicinal?

Infusión Extracto Jugo Jarabe Otros

¿Qué parte de la planta utiliza? Raíz Hojas Tallos Flores Fruto

Frecuencia del uso de la planta medicinal

Única toma () 2. Diario hasta sanar () 3. Medida preventiva ()

Lugar de obtención de la planta medicinal:

Venta ambulancia Tienda de productos herbolarios Farmacia
 Yo mismo cultivo

Anexo 02

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUIMICA

Proyecto de investigación

El uso de plantas medicinales y su relación con la condición clínica de pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña, de años de edad y con DNI n°, manifiesto que he sido informado/a sobre los beneficios y perjuicios que podría suponer la aplicación de una HOJA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN para cumplir los objetivos del Proyecto de Investigación titulado “El uso de plantas medicinales y su relación con la condición clínica de pobladores hipertensos de la ciudad de Ica, 2024.

He sido informado/a acerca de la aplicación de una HOJA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN puede tener sobre mi salud.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que será tratado con estricta confidencialidad.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta aplicación tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

_____, de _____ de 2024

