

Universidad de las Ciencias Médicas de Cienfuegos
Raúl Dórticos Torrado
Policlínico Universitario Área III “Octavio de la Concepción y la Pedraja”

Título del Proyecto: Intervención Educativa sobre Hipertensión Arterial en el adulto medio. CMF No 1 Área III. Cienfuegos.

Datos de identificación:

Institución Ejecutora Principal del Proyecto:

Policlínico: Octavio de la Concepción y de la Pedraja

Dirección: Avenida 60 entre 51 y 53. Cienfuegos.

Jefe del Proyecto:

Dra. Yetmary Torres López.

Residente de primer año en Medicina General Integral

Sustituto previsto ante ausencias del Jefe del proyecto:

Dra. Yusimí Alejo Padrón.

Especialista de Primer Grado en MGI.

Profesor Instructor.

MSc: Dra. Yisel Alonso Vila

Master en Atención Integral a la Mujer

Especialista de Primer y segundo grado en MGI.

Profesor Asistente

Duración:

Fecha de Inicio: enero 2019

Fecha de Terminación: junio 2021

“Año 63 de la Revolución”

Resumen:

Introducción: La Hipertensión arterial (HTA) es la más común de las condiciones que afecta la salud de los individuos y las poblaciones en todas las partes del mundo. Representa por sí mismo una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades. **Objetivo:** Implementar una estrategia de intervención comunitaria educativa para mejorar el nivel de conocimiento de hipertensión arterial que poseían los pacientes adulto medio en el CMF No 1 Área III. Cienfuegos. **Metodología:** Se realizó un estudio de intervención en salud desde mayo del 2019 a junio del 2021. El universo quedó constituido por los 143 adultos hipertensos entre 35 y 59 años, y la muestra fue seleccionada por muestreo aleatorio simple con 50 pacientes adultos en dicho rango de edad. El dato primario se recogió de las Historias de Salud Familiar y Base de Datos de Hipertensión Arterial del CMF antes mencionado. Se les aplicó una encuesta en dos tiempos: al inicio y al final del estudio. Se estudiaron las variables como edad, sexo, nivel de escolaridad, antecedentes patológicos personales, obesidad y hábitos tóxicos, evaluados como factores de riesgo, años de diagnóstico de HTA, y nivel de conocimiento. **Resultados:** El grupo etáreo más frecuente fue de 50-59 años, predominando el sexo femenino, el mayor porcentaje de estos pacientes tenían 10 años o más de evolución de la enfermedad, y dentro de los factores de riesgos el más representado fue el hábito de fumar seguido de la diabetes mellitus. Al analizar el nivel de conocimiento de estos pacientes antes de aplicar la estrategia educativa el 46 % conocía poco y una vez aplicada la misma el 64 % logró cumplir con los objetivos trazados. Se concluye que promoviendo estilos de vida saludables se logra controlar las cifras de presión arterial.

Palabras Clave: Hipertensión arterial, intervención en salud, factor de riesgo, adulto medio.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN:	3
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:	6
OBJETIVOS:	8
MARCO TEÓRICO:	9
DISEÑO METODOLÓGICO:	18
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:	38
CONCLUSIONES:	
RECOMENDACIONES:	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	34
ANEXOS:	38

Introducción:

La hipertensión arterial (HTA), es la más común de las enfermedades que afectan la salud de los individuos y las poblaciones a nivel mundial. Representa un factor de riesgo importante para otras afecciones. Así mismo la hipertensión es una de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad.

Acorde con estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011, la HTA es una de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes, los efectos de esa afección mal controlada son un factor determinante de accidente cerebrovascular en aproximadamente 62% de los casos y de cardiopatía isquémica en alrededor de 49 %; de acuerdo con estos datos, si pudiera prevenirse con intervenciones sanitarias bien dirigidas en el nivel primario de atención, se reducirían en 32% los trastornos cardiovasculares. ⁽¹⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), demuestra la existencia de factores que predisponen la aparición de la HTA, algunos no modificables como: la edad, donde el aumento de ésta trae aparejado un incremento de la TA, normotensos mayores de 55 años tienen un 90 % de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA. ⁽²⁾

La HTA, es una enfermedad que pertenece al grupo de enfermedades crónicas no transmisibles, la misma puede pasar inadvertida debido a que sus síntomas no son reconocibles hasta que no se padece una enfermedad asociada. Se produce cuando se elevan los niveles de presión arterial de forma continuada o sostenida, lo que hace que la masa muscular del corazón aumente para poder hacer frente a este sobreesfuerzo y acaba siendo perjudicial porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riesgo sanguíneo.

En noviembre del 2017, el American College of Cardiology (ACC) publicó una nueva clasificación de HTA, lo cual establece como punto de corte para definir HTA el valor de 130/80 mmHg, cambiando el anterior punto de corte de 140/80 mmHg, y erradicando el estado de “Prehipertensión”, establecido en la clasificación de la Seventh Joint National Committee (JNC 7). Por tanto, en estas pautas desaparece la categoría de pre-hipertensión, que era la ubicada entre 120 y 139 de PAS y entre 80 y 89 de PAD. Solo en

los Estados Unidos, según las nuevas pautas se incrementarían de manera súbita los hipertensos a 103 millones, alrededor del 46% de los adultos de ese país, frente a 72 millones actuales (32%), según la definición anterior. El descenso de los puntos de corte para considerar HTA propuesto por la guía americana ha generado importante controversia desde su publicación en el año 2017. En 2018 la guía europea mantiene la definición incambiada con respecto a ediciones anteriores. ⁽³⁾

Uno de cada tres adultos tiene presión arterial alta en todo el mundo, en países de altos ingresos, el diagnóstico generalizado y el tratamiento con medicamentos de bajo costo han reducido significativamente la presión arterial media en todas las poblaciones, y esto ha contribuido a una reducción en las muertes por enfermedades del corazón. ⁽⁴⁾

La HTA continúa siendo la principal causa prevenible de enfermedad cardiovascular (ECV) y de muerte por todas las causas en los países desarrollados. ⁽⁵⁾

Los factores de riesgo cardiovascular se subdividen en dos grupos: modificables, aquellos que pueden ser corregidos o eliminados a través de cambios en el estilo de vida (sedentarismo, dislipidemia, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sobrepeso) y los no modificables, aquellos que son constitutivos de la persona, siempre tendrá ese factor de riesgo y no es posible revertirlo o eliminarlo (edad, sexo, raza, antecedentes familiares). La interacción entre el ambiente y la genética durante el desarrollo del ser humano ha predispuesto al desencadenamiento de estas enfermedades cardiovasculares crónico-degenerativas. ⁽⁶⁾

Una de las principales causas para la tendencia al aumento de este problema es la expansión del estilo de vida urbanizado, con la subsecuente aparición de problemas como la obesidad y la falta de actividad física, que han contribuido al aumento de la hipertensión arterial y a las complicaciones cardiovasculares derivadas de ésta en todos los grupos etarios. ⁽⁷⁾

En el continente americano, cerca de 140 millones de personas presentan hipertensión arterial, mientras que en América Latina y el Caribe se calcula entre 8 y 30 %. Se estima que en el transcurso de los próximos 10 años habrá 20,7 millones de muertes por enfermedad cardiovascular, de las cuales 2,4 millones serán atribuibles a la HTA en la región de las Américas. En un futuro, 90 % de los individuos que actualmente presentan

cifras de tensión arterial dentro de los límites normales, a partir de los 55 años desarrollarán la citada afección. ⁽⁸⁾ Lo más complicado del problema es que dentro de un mismo país esta prevalencia puede variar mucho y tener un impacto diferente entre poblaciones. ⁽⁹⁾

Las muertes por enfermedades del corazón en el país, continúan siendo la primera causa con una tasa de 267.3 por cada 100 000 habitantes, en la provincia de Cienfuegos durante el año 2020 sobrepasan la media nacional con una tasa de 284.4 por 100 000 habitantes. La prevalencia de Hipertensión Arterial en Cuba fue de 230.2 por cada 1000 habitantes en el año 2020 y Cienfuegos sobrepasó la media con 244.3 por cada 1000 habitantes. ⁽⁷⁾

En nuestra área de salud, Policlínico Docente Universitario “Octavio de la Concepción y de la Pedraja” no ha estado ajeno a la problemática actual, cuenta hasta este primer trimestre de 2021 con una población total de 18025 habitantes, en el año 2017: 4976 hipertensos, en el año 2018: 4789 hipertensos, y hasta la fecha por la ultima dispensarización son hipertensos 4890 personas.

En el grupo 35 a 59 años, 3043 mujeres y 3102 hombres, describiendo la segunda cifra más alta seguida del adulto mayor.

A pesar de la evidencia disponible sobre las consecuencias negativas de la HTA, no se percibe por parte de la población como un problema de salud que debe ser detectado a tiempo y que puede ser controlado.

La adopción de un estilo de vida saludable resulta vital para la prevención y tratamiento de la HTA. Elementos clave como: una dieta rica en frutas y verduras, la disminución de la ingesta de sal y alcohol, la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad, así como la actividad física regular, pueden prevenir y retrasar el desarrollo de hipertensión. Por otra parte, las modificaciones en el estilo de vida pueden reducir las dosis necesarias de antihipertensivos para el control de este trastorno.

El Ministerio de Salud (MINSAP) ha elaborado el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial, que constituye herramienta de utilidad para todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, principalmente en la Atención Ambulatoria, donde la hipertensión arterial constituye una de las primeras demandas de asistencia. ^(10,11)

En Cuba la HTA como enfermedad cardiovascular es una entidad que va estableciendo potencia no solo como uno de los factores de riesgos más importantes para daños a la salud en diferentes órganos diana, sino además incremento de su morbi-mortalidad en los últimos tiempos.

El trabajo tiene valor científico-teórico y metodológico, ya que se aborda un tema muy interesante, a partir del cual se hizo una profunda y actualizada revisión bibliográfica para la confección del mismo, se utilizó como metodología el análisis y abordaje al problema, el cual nos permitió un análisis detallado de todos los elementos, causalidades y proyección estratégica para la solución del problema de salud. Además, no existe en el área investigaciones previas sobre este tema. Desde el punto de vista práctico es sumamente importante ya que se trabajó con un grupo de riesgo muy significativo y además es un grupo etáreo poco estudiado; época de la vida donde el control de los factores de riesgo es decisivo para evitar la aparición y complicaciones en la etapa de adulto mayor desde la interdisciplinariedad. Con este trabajo se logró determinar los conocimientos de la población hipertensa sobre la enfermedad, así como modificar criterios y actitudes erróneas a través de un programa de intervención educativa, con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad por la misma.

Problema científico:

¿Cómo lograr la modificación de los conocimientos en los hipertensos adultos medio aplicando la Intervención educativa?

Justificación del problema:

Las enfermedades crónicas han cobrado un mayor impacto en el perfil epidemiológico mundial, en el cual la HTA es un factor de riesgo asociado con el desarrollo de enfermedades graves como son: Enfermedades cardiovasculares (Cardiopatía isquémica, Accidente vascular encefálico, Insuficiencia cardíaca), la Insuficiencia renal y la Retinopatía, una de las causas principales de morbimortalidad. En estas asociaciones está plenamente demostrada la relación causa-efecto que existe entre este factor de riesgo y la enfermedad, de manera que el aumento o la disminución en la presencia del factor de riesgo condicionan iguales variaciones en la frecuencia de aparición de estas enfermedades.

El control de los factores de riesgos que conducen al desarrollo de la HTA juega un papel fundamental en la prevención y el control de la enfermedad cuando esta está presente.

La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, facilitándole modificar los factores de riesgo, una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida. ⁽¹¹⁾

La hipertensión arterial ha sido definida en varias ocasiones como la “asesina silenciosa” y debido al alto porcentaje que representa dentro de la población, demanda actualmente un alto número de consultas médicas. Esta enfermedad se encuentra en alza y exige un porcentaje elevado de recursos humanos y materiales, para su tratamiento y el de sus complicaciones, siendo además de difícil manejo y control con amplias repercusiones a diferentes niveles en el organismo.

La prevención de esta entidad es la medida sanitaria más importante, universal y menos costosa, la cual es obtenida con medidas de promoción y educación dirigidas a modificar el estilo de vida, que impacta sobre los factores de riesgo asociado a la HTA.

Por estas razones es importante que el Equipo Básico de Salud (EBS) identifique el conocimiento que posee el propio paciente y el familiar en cuanto al tratamiento y autocuidado, a fin de que le permita diseñar estrategias de Intervención para formar la adopción de una cultura de prevención y estilos de vida saludables, encaminados a disminuir el riesgo de complicaciones. Esto sería una meta no difícil de obtener por lo que se decidió realizar esta investigación, conociendo la alta prevalencia de hipertensos que el área presenta con un total de 4890 afectados por dicha enfermedad, para una Tasa de prevalencia de 32.6% y la Tasa de prevalencia de HTA en la población adulta del consultorio médico de la familia # 1 según el análisis de la situación de salud es de 31.7%. Dado que existe desconocimiento de la enfermedad y sus factores de riesgo por falta de actividades de promoción y prevención de la misma, está encaminada a modificar los conocimientos sobre la hipertensión arterial en los hipertensos adultos medio del consultorio médico de la familia No 1 del área III de salud de Cienfuegos, logrando un mejor control de la enfermedad.

Objetivos:

Objetivo General

Implementar una estrategia de intervención educativa para modificar el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en los pacientes adulto medio del CMF No 1 Área III. Cienfuegos

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a la población en estudio según variables sociodemográficas.
2. Identificar los factores de riesgos y enfermedades asociadas a la hipertensión arterial en la muestra estudiada.
3. Aplicar programa educativo sobre algunos factores de riesgos y complicaciones asociados a la Hipertensión Arterial en el adulto medio.
4. Evaluar el nivel de conocimiento en estos pacientes antes y una vez aplicada la intervención educativa.

Marco Teórico:

La adultez media:

El arribo a la adultez ha significado y puede significar la conformación de la necesidad de buscar nuevos horizontes, referentes distritos que nos permitan comparar, ópticas para analizar esta compleja etapa de la vida, distinta por su experiencia, por los niveles de autoconciencia, a etapas anteriores. Todo ello constituye un reto. Los cambios de desarrollo de un individuo se exteriorizan como resultado de prolongados procesos de desarrollo latentes, cambios microscópicos que se van acumulando y que pasado cierto límite se manifiestan como una repentina formación cualitativamente nueva. Ningún individuo se percata de estos procesos (ni los adultos) porque son inconscientes, tienen su propia lógica, la de la dialéctica del desarrollo. Solo el resultado en forma de conocimiento, habilidad o una nueva capacidad que sorprende al mismo sujeto portador, da cuenta de este proceso. Nuevas acciones y comunicaciones empiezan a caracterizar e identifican el comportamiento y regulan conductas que antes no existían. ⁽¹²⁾

La capacidad para juzgar personalmente y la actitud para elegir la línea de conducta es el elemento principal de la responsabilidad. De manera general podemos considerar que estas dos características constituyen los atributos de la individualidad desarrollada. La individualidad es la principal conquista de la madurez. ⁽¹³⁾

Alrededor de los 40 años deben prepararse para enfrentar los cambios físicos, emocionales y sociales que se dan en la mediana edad. En el adulto medio se pueden observar pérdidas en el funcionamiento sensorial, con los años el cristalino pierde flexibilidad y enfoque, la pupila pierde la agudeza visual, se pierde 10% de fuerza y velocidad en los movimientos generales del cuerpo. En el ámbito psicológico, de forma natural decrece el ritmo de bombeo de sangre, el funcionamiento renal, la secreción de hormonas y enzimas en el organismo, aparece la osteoporosis. Ante estas pérdidas y algunas ganancias encontramos diversas reacciones, diferentes expresiones subjetivas en dependencia de la personalidad. ⁽¹²⁾

La Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial ha sido definida en varias ocasiones como la “asesina silenciosa” y debido al alto porcentaje que representa dentro de la población, demanda actualmente un alto número de consultas médicas. Esta enfermedad se encuentra en alza y exige un porcentaje elevado de recursos humanos y materiales, para su tratamiento y el de sus complicaciones.

La hipertensión arterial (HTA) del adulto (≥ 18 años), es una enfermedad crónica asintomática caracterizada por una elevación de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y una presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg, considerado problema de salud pública y un factor de riesgo cardiovascular. ⁽¹⁴⁾

En el 2017, la Guía Cubana de Hipertensión Arterial (GCHTA) en un Suplemento Especial de la Revista Cubana de Medicina, define otras cifras o valores de la PA en los niños según su edad, sexo y talla. Asimismo, la mencionada GCHTA de 2017 añade que en la práctica clínica se definen otros tipos de HTA:

HTA sistólica aislada. Es más frecuente en personas de más de 65 años de edad. Se considera así cuando la PAS es igual o mayor de 140 mmHg y la PAD es menor de 90 mmHg.

HTA de bata blanca. Se considera con este tipo de HTA a las personas que tienen elevaciones de la PA frente al médico y es normal cuando es medida por personal no médico fuera de ese contexto (familiares, vecinos, enfermeros u otras personas o técnicos).

HTA maligna. Es la forma más grave de HTA y se relaciona con necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos. Los pacientes tienen insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva significativa.

HTA enmascarada. Es cuando la PA es normal en consulta y alta fuera del ambiente sanitario. ⁽¹⁵⁾

Por su alta morbilidad-mortalidad la Hipertensión Arterial (HTA), es problema en salud pública en el mundo, siendo el factor de riesgo para enfermedades crónicas y degenerativas de alto costo como la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria, enfermedad arterioesclerótica y enfermedad renal. ⁽¹⁶⁾

Factores de riesgo de la hipertensión arterial.

La interacción del hombre como personalidad, con la sociedad determina las conductas de salud, por lo que podemos afirmar que la salud está determinada en gran medida por factores sociales.

Algunos de los factores que contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial incluyen:

1. Los factores no modificables: El género, la edad, los antecedentes familiares, la raza, la menopausia.
2. Los factores modificables directos: la diabetes mellitus, lipoproteínas de baja densidad o LDL elevadas y lipoproteínas de alta densidad o HDL bajas, hipertensión arterial, tipo de alimentación, colesterol total, el tabaquismo, alcoholismo, cafeína, ingesta de sodio, ingesta de potasio y exposición al ruido.
3. Los factores modificables indirectos: el sedentarismo, estrés, obesidad, anticonceptivos orales. Los estudios epidemiológicos mundiales describen que las consecuencias de las enfermedades cardiovasculares conducen a mayores problemas de salud pública de las poblaciones occidentales, porque tienen una tasa creciente de incidencia, se relaciona con el envejecimiento prematuro de la población, por lo tanto, son calificadas como epidémicas.⁽¹⁷⁾

Cada vez se comprende mejor la manera en que el entorno, las condiciones y los estilos de vida influyen en la salud y calidad de vida de los pacientes con ECNT, teniéndose como origen, principalmente, un conjunto de factores de riesgo comunes como el tabaquismo y la exposición pasiva al humo de tabaco en el ambiente, un régimen alimentario poco saludable, la inactividad física, la obesidad y el consumo nocivo de alcohol, entre otros.⁽¹⁸⁾

Se define a los estilos de vida saludable como los hábitos de cada ser humano y la comunidad que conducen a la satisfacción de actividades básicas y esenciales para conseguir el confort. Son delimitados por la existencia de factores de riesgo y/o elementos de protección para el bienestar, por ende, es observado como un proceso vigoroso y activo que además de estar compuesto de operaciones o prácticas individuales, también de labores de índole social.

La magnitud que poseen los estilos de vida en la eclosión de enfermedades crónicas puede ser prevenida con la posición de asumir conductas sanas y fortalecidas, es decir,

actuar en los elementos de riesgo modificables, como el ejercicio, la equilibrada alimentación, el rechazo al tabaco, la reducción de la ingesta de alcohol.

Objetivos del diagnóstico del paciente hipertenso.

La evaluación de un paciente con sospecha de HTA tiene tres grandes objetivos: Confirmar la presencia de HTA, establecer el RCV global e identificar alguna posible causa de HTA secundaria. Para cumplir con ellos utilizamos como metodología y herramientas de diagnóstico: la anamnesis, el examen físico y los exámenes complementarios. ⁽¹⁹⁾

La HTA rara vez se produce sola y con frecuencia se agrupa con otros factores de riesgo CV, como la dislipidemia y la intolerancia a la glucosa. Esta agrupación de riesgo metabólico tiene un efecto multiplicador en el riesgo CV. Así, la cuantificación del riesgo CV total (es decir, la probabilidad de que una persona sufra una complicación CV en un periodo de tiempo determinado) es una parte importante del proceso de estratificación del riesgo de las personas con HTA. En el tratamiento de la HTA la premisa fundamental debe ser la individualización de la terapéutica. Existen dos tipos de tratamientos: el no farmacológico y el farmacológico.

Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento de la hipertensión es alargar la vida del paciente libre de complicaciones. No se trata de imponer un régimen de vida irrealizable, donde el individuo se vea obligado en muchos casos a romper con estos nuevos parámetros impuestos; se trata más bien de negociar con el paciente, teniendo en cuenta, por supuesto, sus características particulares desde el punto de vista económico, cultural y psicosocial, los cambios que, de forma consciente y organizada, debe adoptar para toda su vida. Se pretende disminuir la probabilidad de padecer un ictus, un infarto de corazón, o un fallo cardíaco o renal. Para ello, el tratamiento debe alcanzar y mantener cifras inferiores a 140/90 mmHg. ⁽²⁰⁾

Las medidas higiénico-dietéticas o “modificaciones en el estilo de vida”, han demostrado su eficacia preventiva general; y en muchos casos, permiten reducir las cifras de presión arterial. Como complemento de los tratamientos medicamentosos, permite reducir u obviar las necesidades y dosis de los mismos y retardar su instauración; mejorando en definitiva,

la calidad de vida de los pacientes tratados. La utilización de estas medidas representa además menor costo y conlleva menos efectos adversos que el tratamiento farmacológico. Las medidas higiénico-dietéticas que han demostrado su valor positivo, tanto en la prevención como en el tratamiento de la HTA, son: reducción de peso, evitar la ingesta excesiva de alcohol, actividad física aeróbica moderada (caminar 30- 60 min durante 3-5 días a la semana), y dieta hiposódica. Otras medidas como la actuación sobre el estrés, o la ingestión de suplementos dietético (potasio, calcio, magnesio o fibra), parece claro que una dieta rica en frutas, verduras y pobre en grasas y colesterol y especialmente el control del exceso ponderal, puede reducir las cifras de hipertensión arterial y prevenir su aparición en muchos pacientes.

Tratamiento no farmacológico ⁽²¹⁾

El tratamiento de la hipertensión no consiste únicamente en tomar medicación, sino que el cambio del estilo de vida es tan importante, o más, que el mero hecho de tomar fármacos.

En este sentido se recomienda:

- Abandonar el hábito de fumar de manera taxativa
- Reducir el exceso de ingesta de sal en la dieta a unos 5 g/día
- Restringir el consumo de alcohol a 20 g/día (la mitad en la mujer). Equivale a una copa de vino o una cerveza en la comida
- Reducir el sobrepeso, si existe
- Realizar ejercicio físico moderado de forma habitual
- Alimentación saludable:
 - Rica en calcio (yogur, leche, huevo, alubias, sémola) magnesio (alubias, nueces, maíz, pan, lentejas) y potasio (Frutas: toronja, naranja, limón, melón, mandarina. Vegetales: tomate, zanahoria, calabaza, quimbombó, espinaca, col.
 - Carnes (res, cerdo, pavo, conejo, pollo)
 - Hígado.
 - Baja en grasas (limitar embutidos, quesos, cerdo, ternera, leche entera, pastelería)

- Moderada en hidratos de carbono (pasta, arroz, patata)
- Rica en fibra (fruta, verdura, legumbre, cereales integrales).
- Aumentar el consumo de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y omega-6 (pescado azul, maíz) y reducir el consumo de ácidos grasos saturados de origen animal.
- Viandas: (boniato, ñame, papa, plátano verde).

Estos son recomendables porque podrían reducir la presión.

Tratamiento farmacológico

Para los pacientes con HTA de grado 2 o 3, se recomienda iniciar la medicación hipotensora al mismo tiempo que las intervenciones en el estilo de vida. Asimismo, para los pacientes con HTA de grado 1 y riesgo alto o daño orgánico, el tratamiento farmacológico y las intervenciones en el estilo de vida deben iniciarse simultáneamente. Para los pacientes con riesgo bajo e HTA de grado 1, el tratamiento farmacológico debe iniciarse después de 3-6 meses si no es posible controlar la PA mediante intervenciones en el estilo de vida. ⁽²²⁾

Se recomienda basar el tratamiento en función del riesgo cardiovascular y no solamente en las cifras de PA.

En general el tratamiento farmacológico debe iniciarse en pacientes adultos con valores de PAS $\geq$ 140 y/o PAD $\geq$ 90 mm Hg.

La terapia farmacológica combinada ofrece la posibilidad de actuar sobre varios mecanismos fisiopatológicos involucrados en la HTA, pudiendo indicarse racionalmente fármacos que actúen por diferentes mecanismos de acción. Por otra parte, el uso de combinaciones disminuye los efectos adversos de los fármacos como consecuencia de que las dosis utilizadas habitualmente son menores comparadas con las dosis empleadas en monoterapia. ⁽²³⁾

La intervención educativa en salud

La intervención educativa es la acción intencional para realizar acciones que llevan al desarrollo integral. Tiene carácter teleológico, ya que existe un sujeto agente (educando-

educador), un lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr una meta y los acontecimientos se relacionan intencionalmente.

La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, ya sean estos formales o no formales.

La intervención educativa debe responder a la satisfacción de necesidades reales siendo un impulsor del dinamismo interno de las organizaciones sociales, porque el capital más importante lo constituye sus actores, que multiplican sus esfuerzos, tomando en cuenta los aspectos relevantes que influyen en las prácticas cotidianas, la experiencia de los participantes y las problemáticas a las que se enfrentan. ⁽²⁴⁾

El concepto de promoción de salud comienza a abordarse por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, en la declaración de Alma Ata, donde se reconoce formalmente el enfoque de cuidados primarios de salud, como estructura para el mejoramiento de la salud, adoptando la meta de salud para todos.

Posteriormente en 1986, en Ottawa, Canadá, la OMS lleva a cabo la primera conferencia internacional, donde se define que promoción de salud es proporcionar a los pueblos, los medios necesarios para mejorar su salud, y ejercer un mayor control sobre esta. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La promoción de la salud constituye un proceso social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud colectiva e individual. Con el fin de alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, las personas o las comunidades deben poder identificar y satisfacer sus necesidades básicas y su capacidad de cambiar y adaptarse al entorno.

Para lograr sus objetivos la promoción de salud utiliza, entre otros elementos, tres importantes herramientas:

- 1. La información:** Ofrece los elementos para concientizar a los decisores y otros actores sociales en relación con hechos y factores que influyen en el estado de salud de la comunidad. Incluye la motivación de estos hacia la adopción de decisiones favorables a la

salud y refuerza el papel de los representantes del sector salud como asesores en este proceso.

2. Educación para la salud. Facilita el aprendizaje a través de experiencias, tanto formales como informales, que contribuyen al logro de conocimientos, actitudes y prácticas sustentadas sobre valores. Esto ayuda al individuo a elegir y tomar decisiones adecuadas para su salud y su bienestar.

3. Comunicación social en salud. Es un proceso en el que se realizan y transmiten mensajes, basado en investigaciones sobre el usuario, para promover la salud de los individuos y comunidades. La comunicación puede también servir para generar actitudes positivas y hábitos saludables. Estas herramientas están estrechamente relacionadas entre sí y se complementan unas con otras.

Toda estrategia de intervención debe contener a lo menos los siguientes elementos componentes: identificación y diagnóstico del problema, análisis de sus causas, factores y consecuencias, objetivos de la intervención, medios, técnicas y recursos, criterios de evaluación e indicadores de logro.

1. Identificación del contexto o entorno del problema. Se trata de focalizar el conjunto de variables sociales, económicas, políticas, tecnológicas y culturales que intervienen e influyen en un determinado problema de investigación.

2. Análisis e identificación del problema: causas, factores, consecuencias. Se establecen aquí, las causas mediatas e inmediatas, las causas principales y secundarias; los factores centrales que determinan y componen el problema; y los efectos mediatos e inmediatos que resultan de dichos factores.

3. Objetivos generales y operacionales de la estrategia de intervención.

4. Medios, técnicas y recursos (humanos, financieros, materiales y tecnológicos) que se utilizarán en la intervención. La estrategia de medios debe incluir una estimación de todos los recursos necesarios en una combinación que depende principalmente de los recursos financieros y del equipo humano y profesional puesto a disposición del proyecto.

5. Identificación de metas e indicadores de logro observables. Las metas y logros esperados los cuales deben ser coherentes con los objetivos de la estrategia.

6. Criterios de evaluación e indicadores de logro. ⁽¹²⁾

Importancia de la educación para la salud

La Educación para la Salud (EPS), como herramienta de la Promoción de la Salud, tendrá que ocuparse de crear oportunidades de aprendizaje para facilitar cambios de conducta o estilos de vida saludables, para que la gente conozca y analice las causas sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud de la comunidad. Esto significa una superación del papel tradicional que se ha atribuido a la EPS, limitado fundamentalmente a cambiar las conductas de riesgo de los individuos, convirtiéndose en un potente instrumento para el cambio. Los principales objetivos de la EPS van dirigidos a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar su propia salud.
- Motivar a la población para que consiga hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para mantener un estilo de vida saludable.
- Lograr cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludable y una conducta hacia la salud positiva.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los promotores de salud para la comunidad.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la manera más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos ⁽²⁵⁾

Diseño metodológico:

El Policlínico docente: “Octavio de la Concepción y de la Pedraja” del municipio Cienfuegos fue seleccionado para poner en práctica el proyecto piloto sobre la hipertensión arterial, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), con el objetivo de contribuir significativamente a lograr la meta mundial de reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% para 2025 y evitar millones de muertes por trastornos cardiovasculares en todo el mundo. Por tales razones en nuestras instituciones se han trazado estrategias para dar cumplimiento a este proyecto, para mejorar la calidad de vida disminuyendo los factores de riesgos y evitar complicaciones futuras de las enfermedades asociadas a la hipertensión arterial. Este estudio constituye una Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) como parte de una tarea investigativa de un proyecto de investigación institucional.

Tipo de Estudio: Estudio de intervención con pacientes dispensarizados como hipertensos pertenecientes al Consultorio No 1, área III.

Diseño de estudio

El estudio tuvo como objetivo implementar una estrategia de intervención educativa para modificar el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en los pacientes adulto medio.

Escenario: Policlínico Docente Universitario “Octavio de la Concepción y la Pedraja” del municipio Cienfuegos, identificada durante la recolección de la información, para la realización del diagnóstico y la Cienfuegos.

Período: Mayo del 2019 a junio del 2021

Población de estudio: La investigación se desarrolló en la población adulta medio hipertensa del consultorio médico de la familia No 1 del área de salud III, del municipio Cienfuegos, identificada durante la recolección de la información, para la realización del diagnóstico y el diseño de la intervención.

Universo: 143 pacientes adultos medios de 30 a 59 años, con diagnóstico de Hipertensión Arterial. Se empleó como herramienta metodológica; el muestreo aleatorio simple.

Muestra: 50 hipertensos adultos medios (35% del Universo). El dato primario se recogió de las Historias individuales y Base de Datos de Hipertensión Arterial del CMF antes mencionado.

CMF	Total, Pacientes Hipertensos adultos medios	Muestra (hipertensos de 30-59 años de Edad)
1	143	50

Criterios de Inclusión:

- ✓ Adultos medios hipertensos, entre las edades de 30 a 59 años de edad.
- ✓ Pacientes que de forma voluntaria y consciente dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.
- ✓ Pacientes mentalmente aptos, que no presentan trastornos mentales ni psiquiátricos, ni discapacidad física o encamados que dependan del cuidado de otros.

Criterios de exclusión:

- ✓ Adultos medios que no dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.
- ✓ Adultos medios con alguna capacidad mental limitada.

Criterios de Salida:

- ✓ Pacientes que durante la recolección y procesamiento de la información decidieron retirarse del estudio, se trasladaron de consultorio o fallecieron.

Operacionalización de las variables:

Se utilizarán las variables seleccionadas de acuerdo con las siguientes categorías:

Variables socio-demográficas, clínicas y epidemiológicas, las que se relacionan a continuación:

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala	Indicador
Edad	Cuantitativa Discreta	Según años de vida cumplidos en el momento de la investigación	30-39 años 40-49 años 50-59 años	Número y porcientos
Sexo	Cualitativa nominal Dicotómica	Según Características fenotípicas que diferencian al hombre y la mujer	Masculino Femenino	Número y porcientos
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal Politómica	Según grado escolar vencido	Primaria Secundaria Pre universitario Medio Superior Universitario	Número y porcientos
Peso	Cuantitativa Discreta	Según el índice de masa corporal (IMC) (Peso/Talla ²)	Bajo Peso (<18.5) Normal (18.5 - 24.9) Sobrepeso (25.0 – 29.9) Obesidad Grado I (30.0 – 34.9) Obesidad Grado II (35.0 – 39.9) Obesidad Grado III (>=40.0)	Número y porcientos

Talla	Cuantitativa discreta	Según el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones)	Normal: si se encuentra en un rango de ± 2 <u>desviaciones estándar</u> (DE) respecto del promedio Alta: si supera el promedio en más de 2 DE Baja: si es inferior al promedio por más de 2 DE	Número y porcientos
Años de Evolución de la Hipertensión	Cuantitativa nominal Dicotómica	Años transcurridos desde el diagnóstico de la HTA	< de 10 años 10 o más años	Número y porcientos
Antecedentes patológicos personales	Cualitativa nominal Politómica	Según refiera el paciente	Diabetes Mellitus. Dislipidemia, otras	Número y porcientos
Nivel de conocimientos antes y después de la intervención	Cuantitativo continúa	Según resultados de la encuesta aplicada al paciente antes de la intervención	≥ 34 Ptos: Conoce 21 a 33 Ptos: Conoce poco ≤ 20 Ptos: Conoce muy poco	Número y porcientos
Diagnostico	Cuantitativa nominal	Nivel de conocimiento	Diagnóstico de hipertensión arterial según las cifras de la misma	Número y porcientos
Control de las	Cuantitativa	Nivel de conocimiento	Control de la cifras	Número y

cifras tensionales	nominal		para evitar complicaciones	porcientos
Conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión. arterial	Cuantitativa nominal	Nivel de conocimiento	Control y conocimiento de factores de riesgo de hipertensión arterial.	Número y porcientos
Complicaciones	Cuantitativa nominal	Nivel de conocimiento	Complicaciones de la hipertensión arterial	Número y porcientos
Hábitos alimentarios	Cuantitativa nominal	Nivel de conocimiento	Hábitos alimentarios que desencadenan hipertensión arterial	Número y porcientos
Hábitos tóxicos	Cuantitativa nominal	Nivel de conocimiento	Influencia de hábitos tóxicos en la hipertensión arterial	Número y porcientos
Prevención	Cuantitativa nominal	Nivel de conocimiento	Medidas para la prevención de hipertensión arterial	Número y porcientos

Técnicas para obtener la información:

Para la realización de la investigación se tuvo en cuenta la aprobación del Director de la Institución. **(Anexo 1)** Luego de revisar la respectiva información bibliográfica se les explicó a los participantes sobre la importancia del estudio de la investigación con un lenguaje claro y sencillo que permitió la comprensión fácil del mismo.

Consideraciones éticas:

Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos y jurídicos en la obtención de la información. Se solicitó el consentimiento informado de la institución. Se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los adultos medio hipertensos, documento mediante el cual se emitió la autorización de participar en el estudio (Anexo 2), y se les explicó el correcto llenado del instrumento.

Al personal de salud se les hizo saber que los resultados de la investigación solo serán utilizados con fines administrativos y científicos, para desarrollar estrategias encaminadas a la mejora continua de la atención integral a las personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial en el CMF.

Fuente de recolección de la información: primaria y secundaria

Fuente directa: encuesta realizada a los adultos medios hipertensos

Fuentes indirectas: revisiones bibliográficas, datos del ASIS, documentos web.

Procedimiento de recolección de la información

En el presente estudio se consideraron los 4 principios éticos básicos sin que existiese la posibilidad de causar daño alguno a los pacientes:

1. El respeto a las personas
2. La beneficencia
3. La no maleficencia
4. La justicia.

Metodología:

TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS

En un primer momento se revisaron las Historia de salud Familiar e individual, donde se obtuvo la información de los pacientes con este diagnóstico de hipertensión arterial, sus nombres y apellidos, así como la dirección se visitaron en el hogar y se les pidió el consentimiento informado para incorporarse a la investigación (Anexo 2).

Luego fueron atendidos en consulta aquellos pacientes que formaron parte de la muestra y se les realizó una entrevista semiestructurada elaborada por el autor de la investigación (Anexo 3), donde se recogieron las variables necesarias para dar salida a los objetivos 1 y

2 como son: edad, sexo, nivel de escolaridad, hábitos tóxicos, años de evolución de la HTA, algunos factores de riesgos asociados, enfermedades asociadas, peso, talla y se le calculó el IMC para su evaluación nutricional.

Una vez terminada la entrevista se les aplicó una encuesta (Anexo 4) por parte del autor de la investigación con el objetivo de hacer un diagnóstico sobre el nivel de conocimientos de forma directa, contemplando preguntas de respuestas cerradas, donde se les dio posibilidades a los individuos de poder ofrecer respuestas con gran nivel de apreciación individual que guiaron el camino hacia el análisis de los indicadores a evaluar, la cual se aplicó en dos tiempos: al inicio y al final del estudio, para dar salida al objetivo número 2 y 4.

Se tuvieron en cuenta como respuestas correctas aquellas que señalaron como cifras definitorias 140/90 mm de Hg, y las que consideraron negativas que solo el aumento de la presión sistólica es signo de presión arterial elevada.

En relación con el vínculo entre algunos medicamentos y la elevación de la presión arterial, se consideró correcta la respuesta afirmativa para la prednisona, los antiinflamatorios no esteroideos, los anticonceptivos orales y la efedrina (oral o nasal).

En la pregunta 3 lo correcto fue señalar que impide daño renal o cerebral y las alteraciones del fondo de ojo; mientras que, en la referida a los factores de riesgo, la respuesta positiva era válida para todos los incisos.

En la pregunta 6 los 3 primeros ítems son los acertados; en cuanto a las complicaciones, las 4 primeras son las correctas; y al indagar si los cambios en el estilo de vida ayudan al control de la enfermedad, son positivos todos los incisos.

A cada respuesta correcta de la encuesta se le dará un punto que serán sumados al final, para evaluar el nivel de conocimientos de la siguiente forma: ≥ 34 Ptos: Conoce; 21 a 33 Ptos: conoce poco; ≤ 20 Ptos: conoce muy poco.

Para dar salida al objetivo #3 se organizó un plan de actividades educativas relacionadas con la HTA enfatizando en sus factores de riesgos, tratamiento y complicaciones (anexo #5). Se impartieron los contenidos con un total de 5 actividades educativas, con una frecuencia semanal. Los mismos tuvieron una duración de 60 minutos. Las actividades educativas fueron comunicativas y participativas, se aplicaron tormentas de ideas y otras técnicas de participación grupal. Estas actividades fueron ofrecidas por el EBS del CMF #1

(médico y enfermera de la familia), Psicóloga, Educadora para la salud del Centro, rehabilitador y autor de la investigación.

Procesamiento y Análisis:

La información obtenida se sometió a una revisión minuciosa, con el fin de facilitar el análisis y procesamiento de la misma.

La técnica cuantitativa que se utilizó fueron las antes declaradas y los datos obtenidos se registraron en una base de datos extendida en el programa estadístico SPSS en su versión 18.0 en español para Windows. Para resumir la información se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas: porcentaje. Los resultados se expresan en tablas con frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables de estudio fueron sociodemográficas y sobre conocimientos.

Para la calificación del instrumento se seleccionaron cinco expertos atendiendo a los criterios de inclusión; según la especialidad: especialista en Medicina General Integral y especialista en Medicina Interna; según la categoría docente: profesor asistente o auxiliar, tener como mínimo cinco años de experiencia profesional y conocimientos del tema de investigación; y que de forma voluntaria aceptaran evaluar el contenido de dicho instrumento. Una vez conformado el equipo de expertos, se les remitió un documento informativo sobre los objetivos y características de la investigación y el interés de su evaluación crítica y observaciones sobre el instrumento.

Validación del instrumento

Se entregó una copia del cuestionario y se acompañó además de una encuesta para su calificación de acuerdo a los criterios establecidos por Moriyama.

Esta recogió las cinco dimensiones o categorías de juicio a saber:

Comprensible: si se comprenden los ítem o preguntas que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.

Sensible a variaciones: si considera que puede discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.

Si tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: si existe una justificación para la presencia de dicho ítem o pregunta en el instrumento.

Componentes claramente definidos: si tiene definición clara.

Si deriva de datos factibles de obtener: si el dato correspondiente al ítem o pregunta se puede recoger. (Anexo 6).

Para evaluar en cada ítem los cinco criterios de Moriyama se darán los siguientes valores: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0. Cada experto evaluará el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Satisfactorio > 60; No satisfactorio: < 60.

Antes de aplicar la encuesta se les explicó a los participantes en qué consistió y las características de la investigación a la que fueron sometidos, respondieron en un tiempo aproximado de 30 minutos el instrumento, en presencia de la investigadora, también se les aclaró las dudas planteadas en relación con el cuestionario y esto permitió la realización del estudio diagnóstico teniendo en cuenta las variables utilizadas.

Propuesta de un programa de intervención educativa sobre factores de riesgos y complicaciones asociadas a la Hipertensión Arterial en el adulto medio.

El presente acápite contiene la Intervención Educativa acerca de factores de riesgos y complicaciones asociadas a la Hipertensión Arterial en el adulto medio. El mismo se ha elaborado teniendo en cuenta los fundamentos teórico-metodológicos para la elaboración de programas de educación para la salud, adecuados al contexto diseñado y a las características y necesidades del grupo al que va dirigido. Al asumir estos dos elementos (los requerimientos generales y las condiciones particulares por el cual ha sido concebido), el programa que se impartió cuenta de: justificación, objetivos (general y específicos), y plan de acción. A su vez, el plan de acción está organizado en actividades educativas grupales, para ser desarrolladas directamente con las pacientes y constan de: título, objetivo, contenido, forma organizativa, lugar para el desarrollo de la actividad, tiempo de duración, procedimientos metodológicos, materiales didácticos, y forma de evaluación. No se prevén el monitoreo, la evaluación del programa, las metas a alcanzar, el presupuesto ni recursos, por no proceder de acuerdo al tipo de estudio y la propuesta que se realiza.

Justificación:

Este programa que se presentó está concebido para los pacientes del CMF #1 del área III, del municipio Cienfuegos, dirigido al conocimiento en relación con la HTA, relativo a: factores de riesgos para adquirir esta enfermedad y la importancia de modificar modos y

estilos de vida no saludables, síntomas, principales complicaciones, principales medicamentos (presentación, dosis y vías de administración). El mismo se estructura en un conjunto de actividades grupales e individuales, de carácter teórico prácticas, con la utilización de técnicas participativas, y formas de autoevaluación y con evaluación, que permitan el desarrollo de habilidades y la proyección de formas adecuadas de conducta.

La intervención consta de tres etapas definidas:

- Etapa diagnóstica.
- Etapa de intervención.
- Etapa de evaluación.

Etapa diagnóstica:

En la etapa diagnóstica se citó a las pacientes hipertensos que formarían parte del estudio para solicitar su consentimiento de participar en la intervención, se aplicó la entrevista semi-estructurada elaborada por el autor de la investigación (anexo #3) y una encuesta de conocimientos (anexo #4) donde se identificaron las necesidades de aprendizaje sobre hipertensión arterial; y teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, con un total de 10 preguntas principales con varios incisos y/o acápites cada una, realizadas de manera comprensible para este grupo de pacientes. El resultado de la misma se convirtió en el registro primario de la investigación.

Los datos se procesaron de forma computadorizada, los resultados se expresaron en tablas, como medida estadística se emplearon la frecuencia y el por ciento.

Etapa de intervención:

Durante la etapa de intervención la muestra se dividió en 2 subgrupos, cada uno con 25 integrantes, para de esta forma lograr mayor efectividad de las técnicas empleadas.

Se utilizaron técnicas de presentación participativas, discusiones grupales, videos debates, conferencias teórico prácticas, con el objetivo de profundizar en algunos temas de interés y familiarizarse con el lenguaje empleado por los pacientes. Posteriormente se llevó a cabo el programa educativo, en el que se impartieron cinco encuentros a cada uno de los grupos dirigidos por el autor de la investigación, la promotora de salud del área y la enfermera del CMF #1. Se realizó en la propia institución con una duración de 60 minutos

cada uno y una frecuencia semanal por un período de 5 semanas (para cada grupo seleccionado).

ACTIVIDADES	TEMA	SESIONES	FRECUENCIA	TÉCNICA	DURACIÓN
“Conociéndonos”	Tema 1: Introducción al programa educativo “Controlando tu presión proteges tu corazón”. Aplicación de la encuesta poblacional y encuesta de conocimientos.	1 sesión	Semanal	Técnica de presentación participativa	60 minutos
“Aprendiendo sobre la HTA”	Tema 2: La HTA. ¿Factor de riesgo o enfermedad? Concepto, clasificación, síntomas, epidemiología actual.	1 sesión.	Semanal	Expositiva (plegables), grupo focal.	60 minutos
“¿Cuáles son los riesgos y las complicaciones?”	Tema 3: Factores de riesgo para padecer HTA. Como se puede evitar. Complicaciones más frecuentes de la enfermedad.	1 sesión.	Semanal	Expositiva participativa -	60 minutos

“¿Cómo me cuido?”	Tema 4: Importancia de un estilo y modo de vida saludable.	1 sesión.	Semanal	Expositiva – participativa. Lluvia de Ideas. Entrenamiento asertivo	60 minutos
“Un balance de vida”	Tema 5: Integración de los temas tratados y aplicación del cuestionario final.	Sesión final.	Semanal	Expositiva – participativa, técnica de relajación, grupo focal	60 minutos

Objetivo General

Aplicar una Intervención Educativa sobre Hipertensión Arterial en el adulto medio.

Consultorio médico No 1 Área III.

Objetivos Específicos

1. Definir situación actual de la HTA, concepto, grupos de riesgos, clasificación actual, complicaciones más frecuentes.
2. Lograr la comprensión acerca de la repercusión de los factores de Riesgos sobre la HTA.
3. Contribuir al autocuidado que deben tener los pacientes hipertensos y a modificar estilos de vida.

Metodología

La estrategia de intervención sobre factores de riesgo para hipertensión arterial fue elaborada a partir de una encuesta realizada a la población adulta medio hipertensa donde se incluyen diferentes temas relacionados con la identificación de los factores de riesgo, complicaciones, hábitos alimentarios que desencadenan la hipertensión arterial, diagnóstico, medidas de prevención e influencia de hábitos tóxicos.

Para realizar las actividades de la estrategia de intervención los 50 participantes fueron distribuidos en 2 grupos de 25 personas. La estrategia fue implementada en un tiempo de 1 año, dividida en 5 sesiones con 60 minutos de duración cada una, de forma semanal, el tipo de actividad predominante fueron expositiva - participativa. Además, se determinó el local y el horario a utilizar para desarrollar dichas actividades.

Técnicas

En este programa se usaron distintos métodos y actividades pedagógicos según los módulos: En la primera, la cual fue presentación del tema, del objetivo que se persigue, así como de los contenidos a tratar, utilizamos la técnica de presentación participativa, y una pequeña charla para conocer a los integrantes de la actividad.

La segunda sesión se les impartieron a los participantes conocimientos generales actualizados sobre la HTA. Se les explico a quienes afecta más la enfermedad y por qué con técnica expositiva (plegables), grupo focal. Método de enseñanza utilizado fue la lectura eficiente y lluvia de ideas.

En la tercera se les expusieron a los pacientes los conocimientos sobre los factores de riesgo y sus complicaciones. Además, medidas de prevención de los mismos modificando estilos de vida no saludables. Para ello se utilizó el método expositivo, y láminas relativas al contenido.

En la cuarta sesión se expusieron a los pacientes los conocimientos relacionados sobre los principales factores de riesgos parcialmente modificables y los no modificables, e importancia de la disminución del consumo de bebidas alcohólica, tabaquismo, práctica sistemática de ejercicios y dieta saludable, para ello se utilizaron el método expositivo y se auxiliaron de las láminas relativas al contenido.

La quinta sesión fue una actividad educativa teórico-práctica donde se propició un ambiente adecuado para diálogos, debates y discusiones en grupo, sobre los temas desarrollados en los encuentros anteriores.

DESARROLLO POR SESIONES DE TRABAJO

PRIMERA SESIÓN

Actividad educativa No 1.

Título: “Conociéndonos”.

Tema 1: Introducción al programa educativo “Controlando tu presión proteges tu corazón”.
Aplicación de la encuesta poblacional y de conocimientos.

Objetivos:

- 1- Crear un ambiente de desinhibición y confianza que permita la interrelación entre los participantes.
- 2- Reflexionar sobre las expectativas del grupo.
- 3- Explorar los conocimientos sobre la enfermedad.
- 4- Presentación de la actividad y de los objetivos y la metodología a seguir.

Procedimiento:

Introducción de la actividad: Presentación del tema, del objetivo que se persigue, así como de los contenidos a tratar.

Desarrollo de la actividad:

Se abordará sobre la importancia del programa y el comportamiento de calidad de vida y se vigilará el desarrollo afectivo de sus participantes, de modo que pueda facilitar en estos la toma de decisiones personales, y al mismo tiempo se apoyará sus motivaciones, todo lo cual fomentará su desarrollo personal.

Se les explicará que en cada encuentro existirá el buzón de incógnitas, y que en este se deben depositar todas las inquietudes o novedades encontradas sobre los temas a tratar, el cual se abrirá en la última sesión para, de forma colectiva, dar respuesta a las interrogantes y compartir nuevos criterios.

Responsable de la actividad: EBS (médico y enfermera de la familia).

Técnica: Técnica de presentación participativa.

Materiales: Plegables, pizarrón.

Tiempo: 60 minutos

Evaluación:

¿Se sintieron bien en este encuentro? ¿Creen que será fructífero para su aprendizaje?

¿Qué esperas de ti mismo y de los demás?

Se invita a regresar al próximo encuentro.

SEGUNDA SESIÓN

Actividad educativa No 2.

Título: “Aprendiendo sobre la “Hipertensión Arterial”

Tema 2: La HTA. ¿Factor de riesgo o enfermedad? Concepto, clasificación, síntomas, epidemiología actual.

Objetivos:

General:

Proporcionar a los pacientes hipertensos sobre la panorámica actual de la epidemiología de su enfermedad.

Específicos:

- 1- Propiciar un ambiente adecuado para la mejor comunicación de todas las partes implicadas.
- 2- Mostrar la situación mundial y local de la HTA.
- 3- Explicar los grupos más vulnerables de adquirir la enfermedad.
- 4- Informar acerca de la clasificación y síntomas principales de la HTA.

Procedimiento: Actividad educativa teórica.

Introducción de la actividad: Presentación del tema, del objetivo que se persigue, así como de los contenidos a tratar.

Desarrollo de la actividad:

En este tema se les impartirán a los participantes conocimientos generales actualizados sobre la HTA. Se les explicará a quienes afecta más la enfermedad y por qué, las tasas de incidencia mundial, en Cuba y en Cienfuegos.

Evaluación:

Al finalizar el tema se realizará una evaluación integradora de forma amena, se colocarán dos papelógrafos o cartulinas y los participantes escribirán una columna con escala de valores en relación con los grupos más vulnerables.

Responsable de la actividad: EBS (médico y enfermera de la familia).

Técnica: Expositiva (plegables), grupo focal.

Medios de enseñanza: Pizarrón, soporte digital.

Método de enseñanza: Lectura eficiente y lluvia de ideas.

Tiempo: 60 minutos.

TERCERA SESIÓN

Actividad educativa No 3.

Título: “¿Cuáles son los riesgos y las complicaciones?”

Tema 3: Factores de riesgo para padecer HTA. Como se puede evitar. Complicaciones más frecuentes de la enfermedad.

Objetivo: Capacitar a los pacientes acerca de las principales riesgos y complicaciones de la enfermedad, así como medidas de prevención de los mismos modificando estilos de vida.

Procedimientos: Actividad educativa teórico-práctica.

Introducción de la actividad: Presentación del tema, del objetivo que se persigue, así como de los contenidos a tratar.

Desarrollo de la actividad: La actividad, propiamente dicha, consta de 2 momentos:

Parte teórica: El facilitador expondrá a los pacientes los conocimientos sobre los factores de riesgo y sus complicaciones. Además, se expondrán medidas de prevención de los mismos modificando estilos de vida no saludables. Para ello utilizará el método expositivo y se auxiliará de láminas relativas al contenido.

Ejecutor: el Facilitador.

Parte Práctica: Los participantes, a partir de los conocimientos recibidos identificarán las principales complicaciones de su enfermedad.

Ejecutores: pacientes

Se formarán 3 equipos.

1- Trabajo por equipos: Determinarán los principales riesgos y complicaciones.

2- Análisis del trabajo por equipos: Cada equipo presentará los riesgos y complicaciones, se realizará la técnica participativa de lluvia de ideas para darle solución al objetivo propuesto.

Evaluación:

Al finalizar el tema se realizará una evaluación integradora y se expondrá un breve resumen en correspondencia con lo debatido e incitará a los participantes a expresar sus criterios. Se realizará la convocatoria para la próxima sesión.

Responsable de la actividad: Educadora para la salud y tutor de la investigación.

Técnicas de presentación: Expositiva - participativa.

Medios de enseñanza: Láminas.

Método de enseñanza: Debate, técnica de solución de problemas.

Tiempo: 60 minutos.

CUARTA SESIÓN

Actividad educativa No 4.

Título: “¿Cómo me cuido?”

Tema 4: Importancia de un estilo y modo de vida saludable.

Objetivos:

1. Explicar las diferentes formas de ejercicios físicos.
2. Importancia de la disminución del sedentarismo, consumo de bebidas alcohólica, tabaquismo y dieta no saludable.

Procedimiento: Actividad educativa teórico-práctica.

Introducción de la actividad: Presentación del tema, del objetivo que se persigue, así como de los contenidos a tratar.

Desarrollo de la actividad: La actividad propiamente dicha consta de 2 momentos:

Parte teórica: El facilitador expondrá a los pacientes los conocimientos relacionados sobre los principales factores de riesgos parcialmente modificables y los no modificables, e importancia de la disminución del consumo de bebidas alcohólica, tabaquismo, práctica sistemática de ejercicios y dieta saludable, para ello utilizará el método expositivo y se auxiliará de las láminas relativas al contenido.

Ejecutor: el Facilitador.

Parte Práctica: Los participantes se reunirán en equipos para practicar los ejercicios físicos a realizar.

Ejecutores: Pacientes hipertensos.

Evaluación:

Materiales didácticos: Casos problemas.

Se presentarán 2 situaciones problemáticas donde se presenten las formas de prevención de la enfermedad y una práctica saludable de ejercicios físicos, las cuales se repartirán por los equipos. Luego del análisis en el equipo, ellos determinarán a un integrante que será quien expondrá los criterios aunados del equipo.

Responsable de la actividad: Rehabilitador, dietista y médico de la familia.

Técnica: Expositiva – participativa. Lluvia de Ideas. Entrenamiento asertivo.

Materiales didácticos: Imágenes, láminas.

Tiempo: 60 minutos

QUINTA SESIÓN

Actividad educativa No 5.

Título: “Un balance de vida”

Tema: Integración de los temas tratados y aplicación del cuestionario final.

Objetivos:

- 1- Valorar los conocimientos y criterios de las pacientes participantes sobre los temas discutidos.
- 2- Evaluar la efectividad del programa aplicando la encuesta de conocimiento para pacientes hipertensos.

Procedimientos: Actividad educativa teórico-práctica.

Se propiciará un ambiente adecuado para diálogos, debates y discusiones en grupo, sobre los temas desarrollados en los encuentros anteriores. Se promueve una lluvia de ideas sobre los temas tratados durante el desarrollo del programa educativo.

Proponemos abrir el buzón de incógnitas inaugurado en el primer encuentro, se comparten noticias novedosas sobre el tema, resultado de estudios en otras provincias o países, revisiones o búsquedas de Internet, se evacuarán las dudas que persistan y se comprobará si se han cumplido las expectativas iniciales.

Técnica: Expositiva – participativa, técnica de relajación, grupo focal.

Evaluación: Se realizará en 2 etapas.

En el primer momento se desarrollará la técnica “El Cuerpo” que se empleará para evaluar los niveles de satisfacción grupal. Para ello se dividirá el grupo en 2 equipos, se repartirán hojas impresas que mostrarán la silueta de un cuerpo humano donde las participantes escribirán lo siguiente:

- **A nivel de los oídos:** Lo que escuchó de algún participante que no olvidará nunca.
- **A nivel de las manos:** Alguna cosa que hizo durante el transcurso de las actividades y que quisiera volver a hacer.

- **A nivel de los pies:** Una cosa que pondrá en marcha a partir de este momento.
- **A nivel de la cabeza:** Dos ideas principales que le han quedado.
- **A nivel de los ojos:** Dos cosas que vio y que le han impresionado mucho.
- **A nivel del corazón:** Algo que le causó mucha alegría.

Cuando terminen las que lo desean compartirán con el grupo sus reflexiones.

El segundo momento se aplicará el cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos adquiridos durante el programa.

Finalmente se colocan tres sillas en el centro del círculo donde estarán situados todos los integrantes del grupo, cada silla tiene una indicación con un cartel:

¿Cómo llegué?

¿Cómo me sentí?

¿Cómo me voy?

Los participantes escogidos al azar, cada uno en su turno, ocuparán una silla, y una vez sentados expresarán sus criterios al respecto. Siempre se debe comenzar por la silla según el orden de preguntas antes mencionado.

Responsable de la actividad: Médico de la familia y psicóloga del área.

Materiales: Hojas impresas

Tiempo: 60 minutos

Etapas de evaluación

En un segundo momento, pasado 6 meses de la intervención, se repitió la encuesta (anexo 4) con las mismas características de su calificación y se evaluaron las modificaciones de los conocimientos, así como de las cifras de tensión arterial, antes y a los 6 meses de la intervención. En los resultados se consideró antes (etapa de diagnóstico) y después (etapa de evaluación) sobre la base de este período de tiempo y así se pudo evaluar la efectividad de las técnicas empleadas.

Técnicas de discusión y síntesis

Se expusieron los resultados y se procedió a compararlos con la literatura existente: ensayos clínicos o estudios descriptivos o de otro tipo publicados. Se discutieron los hallazgos en base a los objetivos planteados. Finalmente se verificaron las coincidencias y

las contradicciones entre el presente estudio y otros revisados y se arribó a conclusiones. La información obtenida se procesó de forma computarizada mediante el paquete estadístico SPSS-11.5.1, utilizándose el por ciento como medida de resumen. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas para mejor comprensión de los mismos.

Análisis y discusión de los resultados:

Tabla #1: Distribución de adultos medios hipertensos según Grupos de Edades y Sexo. CMF No 1. Área de salud III. Cienfuegos.

Grupo de edades	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
30 – 39	4	11,4	4	26,7	8	16
40 – 49	12	34,3	3	20,0	15	30
50 – 59	19	54,3	8	53,3	27	54
Total	35	70	15	30	50	100

Fuente: Entrevista

Al distribuir a los pacientes según la edad y el sexo (tabla 1), se observó que predominó en el sexo femenino en un 70 %, resaltando que la incidencia de hipertensión arterial se incrementa en ambos sexos a medida que aumenta la edad siendo los grupos etáreos de 50-59 años los que prevalecen con un 54 %.

Estos resultados obtenidos están en correspondencia con las características sociodemográficas de la población estudiada, donde predomina el sexo femenino y está catalogada como envejecida en el Análisis de la Situación de Salud del Consultorio # 1 de esta área de salud.

Coincidiendo estos resultados con otros estudios que plantean que a medida que se envejece aumenta el riesgo de padecer de HTA debido a una disminución de la capacidad funcional de los receptores β adrenérgicos, de los niveles de renina plasmática, con una

menor distensibilidad del aparato yuxttaglomerular que trae consigo la retención de agua y sodio; unido a esto se pierde la elasticidad de la pared arterial que conlleva a un aumento de la tensión arterial sistólica. ⁽²⁶⁾

Se ha comprobado que los estilos de vida no saludables son los que van a influenciar que la presión arterial aumente de manera progresiva a medida que el individuo envejece.

Los resultados de mi estudio no coinciden con los Pérez Pupo RD, Rodríguez Lazo M quienes plantean que esta enfermedad es más frecuente en los hombres antes de los 50 años y en las mujeres a partir de esta edad, estos resultados se deben a que, en esta etapa de la vida, la mujer no está protegida por factores hormonales (estrógenos) los que elevan el HDL-colesterol. En este período se elevan las LDL-colesterol las que favorecen la formación de placas de ateromas, tornando las arterias rígidas, con pérdida de su elasticidad y a la elevación consecuente de la presión arterial. ⁽²⁶⁾

La muestra del estudio realizado el 54% de los pacientes (n=27) se encontraba entre 50 y 59 años, coincidiendo además el sexo femenino en este grupo del total de la muestra (54.3%). El resultado anterior está relacionado con las características de nuestra sociedad, en la que continúan siendo las féminas las que se encuentran más comprometidas con las acciones de salud que lleva a cabo el equipo básico de salud.

La mayor frecuencia de HTA es en el sexo femenino, como se aprecia en la tabla 1, que se puede estar relacionado con ciertos factores de riesgo en esta época como son el aumento del tono vascular de las arterias periféricas que provoca en la mujer posmenopáusica una mayor incidencia de HTA; además, la caída en la producción de hormonas esteroideas como causa de la disfunción que origina el incremento de factores de riesgo. ⁽²⁷⁾

En otras bibliografías consultadas se encontraron disímiles resultados que guardan relación con las características sociodemográficas de las muestras estudiadas. Por ejemplo, en un trabajo procedente de Argentina en la investigación realizada por De la Serna, F. en Insuficiencia cardiaca crónica. Federación Argentina de Cardiología, la mayor tasa de incidencia de HTA ocurre en el sexo masculino, mientras que en otros realizados por Mac Mahon S. Bloodpressure and therisk of *cardiovascular disease*. *N Engl J Med*. 2010 coincide con los resultados obtenidos en esta investigación. ^(28,29)

Otros estudios revisados como el de García Castañeda NJ, 2015, coinciden sus resultados con los nuestros donde se evidenció que la prevalencia de la hipertensión es de 32% mayor en las mujeres adultas que en los hombres, en las mujeres adultas mayores la presión arterial aumenta más que en los hombres y continúa aumentando hasta los 80 años. Las mujeres que se enfrentan a esta enfermedad puede ser que nos les cause limitaciones inicialmente, pero deteriora su capacidad de desempeño, la hipertensión es el “enemigo silencioso que come por dentro” La edad es un factor no modificable que incrementa el riesgo de la hipertensión arterial, este se incrementa a partir de los 35 años de edad. ⁽³⁰⁾

La HTA constituye un problema de salud a nivel mundial, no solo por su elevada prevalencia, sino también por su contribución a las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad que ocasiona. En los últimos años, esta patología se ha puesto de manifiesto desde edades tempranas, particularmente en los países en desarrollo, aunque en nuestro trabajo no se recogen pacientes en los grupos más jóvenes de 18 a 27 años por no ser objeto de estudio.

En Cuba, la HTA es uno de los diagnósticos más comunes, tanto en la atención primaria como en la atención secundaria, al ser una entidad extremadamente prevalente (tasa nacional de 230.2 por cada 1000 habitantes), además de evidenciarse el incremento de la misma a medida que aumenta la edad. ⁽⁷⁾

Tabla #2: Distribución de los adultos medio hipertensos según escolaridad y sexo. CMF No 1. Área de salud III. Cienfuegos.

Escolaridad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Primaria	0	0.0	0	0.0	0	0
Secundaria	1	2.8	1	6.7	2	4
Pre universitario	2	5.7	2	13.3	4	8
Medio Superior	4	11.4	4	26.7	8	16
Universitario	28	80	8	53.3	36	72
Total	35	70	15	30	50	100

Fuente: Entrevista

El nivel escolar es un elemento a considerar debido a su influencia en el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y en particular del tratamiento antihipertensivo. En cuanto a

la escolaridad predomina el nivel universitario en un 72% sobre el resto de los niveles educacionales, correspondiéndose esto con la elevación del nivel de instrucción de la población y las posibilidades que brinda el estado para estudio ya sea por una vía o por otra. Esto difiere de un estudio realizado por Achiong Estupiñán F. et al en el policlínico Héroes del Moncada en Cárdenas, 2015, ⁽³¹⁾ donde la escolaridad que predominó fue pre universitaria con 97 pacientes. Y a su vez difiere del estudio realizado por Merino Guerrero CD, en 2015 en su disertación previa a la obtención del título de médico Cirujano en Quito Ecuador ⁽³²⁾ donde en la escolaridad, predominaron las personas que habían estudiado la secundaria en un 39,7% y apenas un 30,65% habían tenido alguna instrucción superior. En estudios realizados por García-Castañeda N.J. et al, 2016, con el nivel de escolaridad, los adultos que cursaron secundaria completa tuvieron 1,35 veces y los técnicos 2,5 veces más prevalencia de la hipertensión con relación a los universitarios cuando se ajustó por las demás variables. ⁽³⁰⁾

El nivel educacional se ha relacionado casi siempre con la prevalencia de enfermedades crónicas, se describe en estudios revisados, así como en el presente que es más frecuente la hipertensión arterial entre los profesionales, lo que puede estar explicado por el estrés laboral, y por la imposibilidad en la mayoría de los casos de no poder llevar un estilo de vida saludable, además del agotamiento físico e intelectual que pudieran estar presentes. La investigadora apoya esta afirmación ya que en las visitas de trabajo se ha podido observar como personas con un elevado nivel de instrucción y con conocimientos sobre estilos de vida saludables, no practican estos de forma adecuada sobre todo en la alimentación.

Existe una diferencia significativa en cuanto al sexo, existe un incremento de nivel educacional en mujeres con el 80 %; demostrando la igualdad de género que se ha logrado en nuestra sociedad y el papel de la mujer en los estudios de la educación superior, seguido del nivel medio superior con 11,4 %.

Por otra parte, es conocido que un bajo nivel educacional puede influir también en la aparición de enfermedades crónicas por el desconocimiento de los factores de riesgos asociados y por mal afrontamiento a la enfermedad.

En la actualidad existe estadísticamente una elevación en la incidencia de la hipertensión arterial, lo cual puede estar relacionado con la estabilidad de los profesionales de la salud

que conlleven a un mejor cumplimiento de las actividades previstas en los programas relacionados además con las actividades realizadas en la comunidad, dada la situación epidemiológica de la provincia donde se reforzaron las medidas de prevención en la misma.

Tabla #3: Distribución de la muestra según Años de evolución de HTA. CMF No 1. Área de salud III. Cienfuegos.

Años de evolución	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
< de 10 años	15	42.9	8	53.3	23	46
10 o más años	20	51.1	7	46.7	27	54
Total	35	70	15	30	50	100

Fuente: Entrevista

De forma general como se muestra en esta tabla el mayor por ciento (54%) tienen más de 10 años de evolución de la misma coincidiendo además en este grupo el sexo femenino, correspondiendo este resultado con los encontrados en la tabla No1 relacionados con el sexo, lo mismo sucede con el sexo masculino que la diferencia no es notable en el tiempo de evolución de la misma.

En un estudio realizado por Rodríguez JC, en el Hospital nacional de Lima, Perú, 2015 ⁽³³⁾ encontró que 55.6% de los pacientes tenían más de 10 años de evolución de la patología, y un 25.2% tenían menos de 5 años.

La mayor parte de los hipertensos diagnosticados son esenciales y, por tanto, pacientes en los cuales la hipertensión será de curso crónico, por lo que deben seguir tratamiento y régimen apropiado durante muchos años, probablemente durante toda su vida, el desconocimiento en este aspecto es un factor desfavorable para el cumplimiento del tratamiento en estos pacientes.

La hipertensión arterial no es sólo un factor determinante en la evolución de los pacientes con diversas nefropatías sino también son candidatos a presentar múltiples afecciones cardiovasculares y cerebrovasculares en dependencia de los años de evolución de la enfermedad, así como el cumplimiento de tratamientos y el control de la misma.

Sin embargo, en otros estudios realizados en Europa, se pudo apreciar pacientes con diversas complicaciones transcurridos pocos años de evolución de la HTA, pero con factores de riesgo asociados como la Diabetes Mellitus ⁽²⁸⁾

Tabla #4: Distribución de la muestra según algunos factores de Riesgos Asociados. CMF No 1. Área de salud III. Cienfuegos.

Factores de riesgo asociados	No.	%
Hábito de fumar	25	50
Dislipidemia	7	14
Diabetes Mellitus	12	24
Obesidad	3	6
Alcohol	2	4

Fuente: Entrevista

En las historias familiares de estas enfermedades están presentes diferentes factores de riesgo de la HTA, como la DM y los niveles elevados de lipoproteínas, aunque hay familias que tienen riesgo elevado de enfermedad vascular prematura que no se encuentra asociado con ninguno de los factores de riesgo conocidos que pueden acelerar la evolución de las mismas.

En nuestro trabajo refleja un predominio del hábito de fumar como factor de riesgo modificable principal con un 50% de los pacientes, seguido por la Diabetes Mellitus patología no modificable con un 24%.

El hábito de fumar es uno de los factores de riesgo modificable que más repercute en la población adulta cubana y potencialmente controlable. De hecho, desde hace aproximadamente 4 años se decidió dispensarizar a los pacientes fumadores como enfermos del grupo III para su seguimiento y control frecuente. ⁽³⁴⁾

Aún es baja la cantidad de pacientes que reconocen el tabaquismo como factor de riesgo asociado a la HTA, estos resultados también coinciden con estudios realizados por Pérez Pupo RD, ⁽²⁶⁾ en los que se encuentra que solo el 60.27% de los pacientes investigados reconocen esta condición como factor de riesgo asociado a la HTA.

Se plantea que existe una relación directa entre el hábito de fumar y las cifras de tensión arterial por cada bocanada de humo aspirada. El riesgo de hipertensión desciende en los fumadores a los 5 años de abandonar el consumo de tabaco. Estudiosos de los hábitos

tóxicos han planteado que la nicotina es uno de los mayores responsables de HTA pues altera la actividad del sistema nervioso, eleva los niveles de catecolaminas circulantes y aumenta la frecuencia cardíaca, la contractilidad y el consumo de oxígeno del corazón. ⁽³⁵⁾

El daño endotelial que produce el tabaco en la actualidad está demostrado ampliamente y en los diabéticos fumadores este daño se magnifica, además de aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares. El tabaquismo es considerado o clasificado como factor de riesgo mayor modificable y de progresión en la ERC. ⁽³⁶⁾

El segundo factor de riesgo que tenemos es la Diabetes Mellitus 24% de los pacientes estudiados (n=12), trastorno metabólico que debe ser tratado de forma enérgica y la mejor estrategia para ello es cambiar el estilo de vida. Vivir una vida más sana implica mantenerse con el peso ideal o más próximo, comer mejor con una dieta sana, reducir la ingesta de grasas saturadas y alimentos con alto contenido de colesterol, reducir el consumo de sal y bebidas alcohólicas y realizar actividad física de manera regular. ⁽³⁷⁾

En otros trabajos resaltan que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90 % de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA, y dependiendo de las cifras de tensión arterial dependerá la aparición de complicaciones. Cuanto mayor es la presión arterial, mayor es la probabilidad del infarto de miocardio, de la insuficiencia cardíaca, del ictus y de la enfermedad renal. El control de las cifras de TA se ha asociado con reducciones en incidencias de ictus de un 35-40%, de infarto de miocardio de un 20-25%, y de insuficiencia cardíaca en más de un 50%. ⁽³⁸⁾

Se conoce que la obesidad y el tabaquismo son factores de riesgo de importancia relevante, que influyen en el aumento de las cifras de tensión arterial, no obstante, otros aspectos se deben tener en cuenta para un adecuado control, pues con el adecuado reconocimiento de estos factores es posible conseguir una tendencia descendente en la distribución de la presión arterial, y así reducir potencialmente la morbilidad, mortalidad, y el tiempo de riesgo de individuos que serán hipertensos. En la actualidad 122 millones de adultos tienen sobrepeso u obesidad, que contribuyen al aumento de presión arterial y sus consecuencias relacionadas la obesidad es un factor modificable. ⁽²⁶⁾

La obesidad es uno de los factores de riesgo modificables más comúnmente observados en pacientes con HTA. Estudios realizados demuestran que la enfermedad prevalece en

50 % más entre las personas con sobrepeso y del sexo masculino. El paciente obeso tiene mayor gasto cardíaco y menor resistencia vascular periférica, por lo tanto, se incrementan progresivamente las cifras tensionales. ⁽³⁹⁾

La literatura médica consultada: Silva Ferrera J, Rizo Rodríguez R, Castañeda Márquez V, Hing León JR. Prevalencia y causas de la Insuficiencia renal crónica en 2 áreas de salud de Santiago de Cuba ⁽⁴⁰⁾ refieren que los riesgos para la salud aumentan cuando los factores de riesgo se evidencian desde las edades más tempranas.

La dislipidemia es un importante factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y una complicación habitual. La dislipidemia promueve la aterosclerosis, una enfermedad en la cual una placa cargada de colesterol se acumula en las paredes arteriales. Se produce un estrechamiento y una pérdida de elasticidad de las arterias que da como resultado un mayor riesgo de accidente cerebrovascular y de infarto agudo de miocardio. ⁽⁴¹⁾

En esta investigación los pacientes obesos representan un 6%, correspondiéndose con otras investigaciones realizadas. Científicamente ha sido motivo de controversia si la obesidad por sí misma es un factor de riesgo independiente de cardiopatía coronaria o ejerce su influencia como elemento condicionante de otros factores especialmente hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias. El estudio de Framingham demostró prospectivamente que por cada 10% de incremento del peso, la presión arterial 6,5mmHg, el colesterol plasmático, 12mg/dl y la glicemia, 2mg/dl. El impacto es mayor cuando se incorporan individuos jóvenes (menores de 40 años) y especialmente cuando el análisis se realiza en poblaciones con seguimientos mayores a 10 años. ⁽⁴²⁾

La hipertensión arterial es responsable de hasta el 75 % de las complicaciones cardiovasculares y renales asociadas a factores de riesgo, además de contribuir a las lesiones microangiopáticas retinianas y neurológicas. De ahí la importancia de llevar a cabo estrategias preventivas respecto a aquellos factores de riesgo modificables y la detección precoz y control de enfermedades como la HTA y la Diabetes Mellitus. Varios estudios han demostrado claramente que uno de los principales factores que inciden en el mantenimiento de la HTA y de otras enfermedades crónicas es la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados, es decir, la falta de convicción personal y de

responsabilidad para llevar a cabo los cambios indicados por el facultativo, así como la prescripción de un tratamiento adecuado a los pacientes según el tipo de hipertensión. Estos son aspectos esenciales para lograr el control de esta enfermedad que no es curable pero sí puede ser controlada. ⁽³⁰⁾

Tabla #5: Distribución de la muestra según el nivel de conocimiento. CMF No 1. Área de salud III. Cienfuegos.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Conoce	6	12	32	64
Conoce poco	23	46	12	24
Conoce muy poco	21	42	6	12
Total	50	100	50	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 5 aparecen representados los criterios relacionados con el nivel de conocimientos que se diagnosticó antes y después de la intervención tomando como referencia conocimientos que resultan importante su dominio en los pacientes para prevenir las complicaciones que pueden aparecer en los mismos y así elevar la calidad de vida de los mismos, dentro de los temas que mayor dificultades existieron fueron en que existieron diferentes criterios acerca de las consideraciones de la hipertensión arterial.

Con respecto al nivel de conocimiento previo de los factores de riesgo de la hipertensión arterial, hay un alto porcentaje de pacientes que no conocen sobre el tema, además el estudio mostró que la mayoría de los adultos medios hipertensos encuestados desconocen la importancia del control de los factores de riesgo, no conocen las complicaciones de la hipertensión arterial y los factores de riesgo relacionados con la enfermedad, lo cual coincide con un estudio realizado en Venezuela en el año 2018 por Querales M. y colaboradores donde el 55,47% de los participantes no conocen sobre la enfermedad y el 14,7% identifican los factores de riesgo cardiovasculares. Además, coincide con el estudio realizado en Bilbao-España en 2014 por Pena J. cuyo desconocimiento del tema es del 55,6% de los encuestados, y con un estudio realizado en Guatemala en el 2011 por Mendoza L y colaboradores, cuyo conocimiento es del 51,3% de los participantes (64), mientras que difiere con un estudio realizado en Ecuador en el

año 2015 por Merino C. donde el nivel de conocimiento asociado a los factores de riesgo para hipertensión arterial es alto, con un 64,8%. ⁽⁴³⁾

Este resultado coincide con la investigación realizada en el Jobabo en el 2019, donde se demostró que el 57 % de los participantes no tenían conocimientos adecuados sobre los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial

Tabla #5: Distribución según el nivel de conocimiento de los temas relacionados con la hipertensión arterial. CMF No 1. Área de salud III. Cienfuegos.

Tema	Conocimiento							
	Conoce				No conoce			
	Antes	%	Después	%	Antes	%	Después	%
Diagnóstico de hipertensión arterial según cifras de tensión arterial.	13	26	50	100	37	74	0	0
Control de las cifras tensionales	38	76	50	100	12	24	0	0
Identificación de los factores de riesgo para la hipertensión arterial.	22	44	43	86	28	56	7	14
Complicaciones de la hipertensión arterial.	29	58	48	96	21	42	2	4
Hábitos alimentarios relacionados con hipertensión arterial.	43	86	50	100	7	14	0	0
Influencia de hábitos tóxicos en hipertensión arterial	47	94	50	100	3	6	0	0
Medidas para la prevención de la hipertensión arterial	38	76	48	96	12	24	2	4

Fuente: entrevista

Dentro de los criterios donde hubo dificultad, 26% de los hipertensos declararon que consideran una tensión arterial elevada por encima de 140/90 mmHg. Este se elevó al 100% luego de la intervención, lo cual resultó significativo. Un número pequeño de pacientes declararon que constituye hipertensión cuando se eleva la sistólica, cifra que disminuyó después de la intervención. Así sucedió también para el criterio de considerar un proceso propio del envejecimiento.

Sobre la importancia del control de las cifras tensionales, antes del curso un 76% refieren conocer sobre los mismos, señalando principalmente que impiden alteraciones en el fondo de ojo y que impiden daño cerebral o renal, lo cual se eleva a la totalidad de los pacientes después del curso. En un estudio por el Dr Stamboulion, plantea que en los pacientes más ancianos no hay que llegar tan abajo en los niveles de presión arterial, porque puede resultar perjudicial para la circulación cerebral. En cambio, en los más jóvenes o los pacientes de reciente diagnóstico y en quienes padecen de enfermedad coronaria, es necesario llevar la presión por debajo de 140/90 mmHg para evitar las complicaciones de la misma. ⁽⁴⁴⁾

Sobre la importancia de conocer sobre los factores de riesgo, y el impacto de los cambios del estilo de vida en el control de la enfermedad, solo un 44% conocía satisfactoriamente sobre los principales que afectan a la población, cifras que se lograron elevar posterior a la intervención logrando que un 86% tenían adecuado conocimiento, entre los principales problemas encontramos que le concedía más importancia a la práctica de tabaquismo, al control del peso, y a la no ingerir grasas saturadas. Por otro lado, se le concedía menos importancia a la ingestión de refrescos gaseados y a dedicar horas del día a la recreación, pero todos estos indicadores se modificaron después de la intervención y fueron incorporados por el 86% de los pacientes estudiados.

Al indagar sobre las complicaciones de la enfermedad hipertensiva, pudimos ver que antes de la intervención solo un 58% reconocía adecuadamente las mismas, principalmente insuficiencia cardiaca y la insuficiencia renal, cifras que se elevaron significativamente después de la intervención. Para la trombosis cerebral y el infarto cardíaco no fue significativo porque gran parte de los pacientes hipertensos conocen de estas complicaciones.

Al analizar la influencia de los hábitos tóxicos y los hábitos alimentarios inadecuados los pacientes conocen en gran parte sobre los mismo, lo cual influye que a pesar de tener conocimiento no realizan adecuadamente una alimentación balanceada por déficit de tiempo o recursos

Numerosos son los factores de índole social, económico, cultural y ambiental asociados al control de la HTA, y así podemos señalar que en numerosos estudios consultados se demuestra que se encuentran presentes como factores asociados al no control de la hipertensión: la poca o ninguna actividad física, la obesidad y/o el aumento por encima de los valores aceptables del índice de masa corporal (IMC), los patrones alimentarios inadecuados como son el consumo excesivo de grasas, o de grasas saturadas, de la dieta no baja o con exceso de sal, del bajo consumo de frutas y vegetales, y otros aspectos conductuales relacionados con los hábitos tóxicos como son el tabaquismo y el alcoholismo. ⁽⁴⁵⁾

Estos resultados se asemejan al estudio realizado por Cuzco Tello LV, en su propuesta de estrategia de intervención educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes, Ecuador, 2017 ⁽⁴³⁾, donde con relación al nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en los adultos jóvenes no hipertensos el 92,8% no identificaron los factores de riesgo de la hipertensión arterial, el 91,0% desconoce la importancia del control de los factores de riesgo, el 86,8% no conocen las complicaciones de la hipertensión arterial, el 80,8% desconoce los hábitos alimentarios relacionados con la hipertensión arterial, mientras que el 82,0% conocen la influencia de los hábitos tóxicos relacionados con la hipertensión arterial. Mientras que difiere con un estudio realizado en Ecuador en el año 2015 por Merino C. donde el nivel de conocimiento asociado a los factores de riesgo para hipertensión arterial es alto, con un 64,8%. ⁽³²⁾

Según Favier L, Lescaille E, Fernández M, et al; en un estudio de acciones educativas sobre hipertensión arterial en adultos mayores, 2015. ⁽⁴⁶⁾ Antes de la intervención el 63.63% de adultos mayores no conocían los riesgos de la HTA. El 72.72 % desconocía los síntomas principales de la HTA y el 68.18% no conocía las diversas complicaciones de HTA. Posterior a la intervención, se determinó que el 90.9% conocían cuáles eran los factores de riesgo principales que pueden descompensar la presión arterial, y podían

identificar los síntomas fundamentales de la enfermedad. Además, el 95.45% lograron conocer las complicaciones de la HTA.

En un estudio por Sierra Pérez, M., Martínez Aballe, O., & Carmenate Rodríguez, R, en el 2018 ⁽⁴⁷⁾ determinaron que antes de la intervención educativa, la mayoría de los pacientes tenían como factores de riesgos el no control del peso, la poca actividad física y consumo excesivo de sal, lográndose disminuir el número de pacientes con estos riesgos, posterior a la intervención educativa. Antes de la intervención educativa existían un 32.4% de pacientes con nivel adecuado de conocimientos acerca de la Hipertensión Arterial y un 35.2% sobre los factores de riesgo, después de la intervención el número de pacientes con nivel adecuado de conocimientos fue de 92.4% y 100% respectivamente.

En relación a la intervención educativa y los resultados evaluados, se observa que los resultados logrados en los estudios analizados permitieron mejorar directa e indirectamente la presión arterial en la población adulta media intervenida. Similar resultado el encontrado por Khorsandi M, Fekrizadeh Z, Roozbahani N, quienes señalan que la educación basada en el modelo de creencias de salud aumenta el rendimiento y mejora las creencias de salud con respecto a la hipertensión en la población adulta mayor con hipertensión. Por lo tanto, recomiendan considerar el Modelo de Creencias de Salud para mejorar los comportamientos de autocuidado en los adultos mayores ⁽⁴⁸⁾. Asimismo, Ordoñez C, Aguilar J, Ortiz Y, demuestran que la intervención educativa influye en el nivel cognitivo y la conducta terapéutica en los pacientes hipertensos, asimismo, tuvo un efecto positivo sobre las precauciones sugeridas en cuanto a la conducta terapéutica y el nivel cognitivo sobre la presión sistólica y diastólica ⁽⁴⁹⁾. Resultados que coinciden con lo señalado por Sierra M, Martínez O, Carmenate R, quienes en su estudio demuestran que la aplicación de la intervención educativa, el nivel de conocimientos se elevó en todos los aspectos y se logró que la mayoría de los pacientes hicieran práctica de tratamiento combinado ⁽⁴⁷⁾. García R, Rodríguez A, Díaz A, et al. En el estudio realizado demuestran que la estrategia educativa que aborda técnicas conductivo conductuales que involucre al paciente, comunidad y personal de salud es efectiva en la mejora del autocuidado y el control de los valores de la presión arterial en pacientes hipertensos ⁽⁵⁰⁾. Resultado que guarda relación con lo reportado por García R, Acosta C, León Y, et al., quienes

encontraron beneficios posteriores a la intervención educativa, reflejados en la disminución de la tensión arterial, reducción de la sintomatología ansiosa y el enojo y un incremento respecto a la percepción que tienen los adultos sobre la calidad de vida ⁽⁵¹⁾.

La promoción de salud ha recibido gran atención, sobre todo, a partir de la década de los 70, no solo por el sector de la salud, sino también por quienes se ocupan de las políticas sociales y de salud. La educación para la salud es un componente fundamental de la promoción de salud, pues permite la transmisión de conocimientos y de información necesaria para la participación social y el desarrollo de habilidades personales y cambios en los estilos de vida.

Al finalizar el programa educativo los pacientes aprendieron que, aun en ausencia de síntomas como suele ocurrir frecuentemente, deben chequearse la tensión arterial para un mejor manejo de su enfermedad.

Conclusiones

- Una vez culminado el estudio resulto que el mayor por ciento de la muestra estuvo representado por el sexo femenino y los grupos etáreos mas representados fueron los de 50 a 59 años de edad, con un nivel educacional universitario.
- El mayor por ciento de estos pacientes tenía 10 años o más de evolución de la enfermedad, los factores de riesgos más encontrados fue el hábito de fumar seguido de la diabetes mellitus y la dislipidemia.
- En su gran mayoría mostraron un bajo nivel de conocimiento antes de la intervención, dentro de los temas que menos conocen estuvo el diagnóstico adecuado de la enfermedad, la no identificación y control de factores de riesgo, los hábitos alimentarios adecuados, y complicaciones de la enfermedad.

Recomendaciones

Aplicar la estrategia de intervención con el objetivo de educar a la población sobre la importancia del conocimiento de los factores de riesgo de hipertensión arterial para reducir la incidencia y prevalencia de esta enfermedad y sus complicaciones, lograr cambios positivos en los estilos de vida y elevar el nivel de salud de la población.

Referencias bibliográficas:

1. National Heart Lung and Blood Institute. "Factores de riesgo para la presión arterial alta". Autor. 2015
2. Montes de Oca Rodríguez SM, Viquillón Gómez R. Intervención Educativa para el control de la hipertensión arterial. Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García" [revista en Internet]. 2017 [citado 2020 Jun 30]; 4(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/177>
3. Chambergo Michilot D, Runzer Colmenares F M. Nueva clasificación de hipertensión arterial: ¿aporta a la reducción de la mortalidad por infarto agudo al miocardio? Rev cub de cardiología y cirugía cardiovasc [Internet]. 2018 [citado 1 Julio 2020]; 24(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/780/html> 120
4. GEOSALUD. "Factores de riesgo de la hipertensión arterial Otros términos: tensión arterial alta, presión arterial alta". [Online]; 2006 [cited 2016 oct 12. Available from: <http://www.geosalud.com/hipertension/hipertension-arterial-factores-riesgo.html>
5. Ramos M V. Hipertensión arterial: Novedades de las guías 2018. Rev Urug Cardiol [Internet]. 2019 [citado 1 Julio 2020]; 34: [aprox. 53-60 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v34n1/1688-0420-ruc-34-01-131.pdf>
6. Benancio Cervantes Y M. Intervención educativa en el conocimiento sobre factores de riesgo modificables en los familiares del paciente cardiovascular en el Instituto Nacional Cardiovascular, Octubre -Diciembre, 2017. [Tesis]. Lima-Perú: Universidad peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/898/intervencion_benanciocervantes_yaisenia.pdf?sequence=3&isallowed=y

7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2020 [Internet]. La Habana: MINSAP. 2021 Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
<https://temas.sld.cu/estadisticassalud/> 0
8. Ali Pérez N A, Reyes Ali J F, Ramos Labrada N, Herrada C M, García Álvarez R. Principales factores de riesgo de la hipertensión arterial en trabajadores del Banco de Sangre Provincial "Renato Guitart Rosell". MEDISAN [Internet]. 2018 Abr [citado 2020 Jul 01]; 22(4): 347-354. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000400003&lng=es.
9. Herrera Giró M, Acosta González M, Dueñas Herrera A, Armas Rojas N, De La Noval García R, Castellanos Almeida J. Prevalencia de la Hipertensión Arterial en trabajadores de una institución de salud. Rev Cuban Cardiol [Internet]. 2017 [citado 2020 Jul 1]; 23(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/697>
10. Hernández Vázquez LM, Pérez Martínez VT, de la Vega Pažitková T, Alfonso Montero OA, Quijano Jorge E. "Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años del consultorio médico 3 del Policlínico Docente "Ana Betancourt"." Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Ene 12]; 30(1):59-70. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100006&lng=es
11. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. "Hipertensión. Estilo de vida saludable". Bibliomed [Internet]. 2016 Nov [citado 2017 Ene 20]; 23(11): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/11/bibliomed-noviembre-2016.pdf>
12. Janampa Auccasi F. "Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Nacional Arzobispo

Loayza, 2012” [tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013 [citado 2017 Ene 20]. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3227/3/Janampa_Auccasi_Florabel_2013.pdf

13. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/intervencion-educativa-pacientes-hipertensos/>

14. Lejos García M L, Maco Pinto J M. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos [Tesis]. LIMA -PERÚ: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: http://190.116.48.43/bitstream/handle/upch/1007/Nivel_AlejosGarcia_Mireylle.pdf?sequence=3&isAllowed=y

15. Espinosa Brito A D. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Rev Finlay [Internet]. 2018 [citado 1 Julio 2020]; 8(1): [aprox. 66-74 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf08108.pdf>

16. Gómez Cuéllar CG, Orozco Coneo BM, Suárez Camargo MA, Rivera Cuellar A, Castro Betancourth D. Conocimientos, actitudes y prácticas del paciente hipertenso. RFS [Internet]. 8 de enero de 2015 [citado 31 de julio de 2020]; 7(1): 32-8. Disponible en: <https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/177>

17. Silva Jara J V. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre la actividad física en adultos con hipertensión arterial. Santa Anita, Riobamba, enero a junio 2016 [tesis]. Riobamba -ecuador: escuela superior politécnica de Chimborazo; 2016. Disponible en: <http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/6005/1/10t00171.pdf>

18. Linares Cánovas LP. Enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor. Rev Univ Méd Pinareña [Internet]. 2018 [citado Julio 2020]; 14(3): [aprox. 195-196

- p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2018/ump183a.pdf>
- 19.** Giunta G, De Abreu M, Peralta S. Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. Rev Arg de Cardiología [Internet]. 2018 [citado 1 Julio 2020]; 86(2): [aprox. 1-54 p.]. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/08/consenso-argentino-de-hipertension-arterial-2018.pdf>
- 20.** Álvarez Sintés R. "Medicina General Integral". 3ª ed. Vol. IV. La Habana, Editorial Ciencias Médicas. 2014.
- 21.** Estela Fernández M, Molina Cuevas V, Cavazos Milanés ME, Larrañaga Goycochea B. "Hipertensión Arterial: Guía para pacientes". 2ª ed. México, Av. Benjamín Franklin 132 Col. Escandón. 2011.
- 22.** Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2019 [citado 2 Julio 2020]; 72(2): [aprox. 1-78 p.]. Disponible en: <http://samin.es/wp-content/uploads/2019/03/Gui%CC%81as-Europeas-HTA-2018.pdf>
- 23.** Sabio R, Valdez PI, Abuabara Turbay Y, Andrade Belgeri RE, et al. Recomendaciones latinoamericanas para el manejo de la hipertensión arterial en adultos (RELAHTA 2). Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int. [Internet]. Marzo 2019 [citado 1 Julio 2020]; 6(1): [aprox. 86-123 p.]. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v6n1/2312-3893-spmi-6-01-86.pdf>
- 24.** González-Rodríguez R. Factores de riesgo de hipertensión arterial en adolescentes. Revista Finlay [revista en Internet]. 2016 [citado 2019 Mar 11]; 6 (4): [aprox 2 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/449>
- 25.** "Enfermería basada en evidencia. Educación para la salud" (Internet) Octubre 21, 2014 (citado 2016 Oct) Disponible en: http://www.index-f.com/blog_oebe/?page_id=100

- 26.** Pérez Pupo RD, Rodríguez Lazo M; Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela; CCM de Holguín; 2015; 19(3):406-417
- 27.** Bravo Sotolongo, M. Beltrán Cardo, AR. Intervención educativa a los pacientes con nivel de conocimiento inadecuado sobre hipertensión arterial. Rev Cub Tecnología de la salud, 9 (1), 2018.
- 28.** De la Serna, F. Insuficiencia cardíaca crónica. Ed Federación Argentina de Cardiología. 2da Ed; Buenos Aires: 2013. Actualización electrónica en septiembre de 2007. [Consultado 16-4-15]: Disponible en: <http://www.fac.org.ar/1/publicacione/libros/inscard.php>
- 29.** Mac Mahon S. Blood pressure and the risk of cardiovascular disease. N Engl J Med. 2010; 342:50-1p155-161.
- 30.** N.J. García-Castañeda et al, Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. Rev Colomb Cardiol. 2016; 23(6): 528---534. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.02.002>
- 31.** Achiong Estupiñán F, González Hernández Y, Vega Rico O, Guillot Alzubiaga O, Rodríguez Salvá A, Díaz Piñera A, Londoño Agudelo E. Intervención educativa sobre conocimientos de hipertensión arterial. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio Cárdenas, 2015. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Jul-Ago [citado: fecha de acceso]; 40(4). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2452/3983>
- 32.** Merino Guerrero CD, Nivel de conocimiento y factores de riesgo sobre Hipertensión Arterial, además de su relación con el riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos vs población de pacientes no hipertensos, atendidos en el Centro de

Salud Tipo C San Lorenzo-Esmeraldas durante el período Septiembre-Noviembre 2014. Pontifica Univ Católica de Quito, Ecuador. Abril 2015. Tesis Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8877>

- 33.** Rodríguez-ABT, JC et al. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. Rev fac med [online] 2017, 65(1) pag 55-60.
- 34.** Díaz Díaz O, Orlandi González N, Álvarez Seijas E, Castelo Elias-Calles L, Conesa González AI, Faget Cepeo OL. Manual para el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético a nivel primario de salud [Internet] La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016 [citado 14 Mar 2017] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/manual_diag_ttmo_paciente_diabetico/autores_coautor.es.pdf.
- 35.** Fernández MA, Álvarez Santana R, Vázquez Vigoa A, Méndez Rosabal A, Vázquez Cruz A. La hipertensión arterial como causa de enfermedad renal crónica mediante estudios de protocolos de necropsia. Hospital Hermanos Almejeiras; 2012. [Consultado 16-4-15]: Disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol12109/act05112.htm>
- 36.** Stringer S, Sharma P, Dutton M, Jesky M, Ng K, Kaur O et al. The natural history of and risk factors for progressive Chronic Kidney Disease (CKD): the Renal Impairment in Secondary care (RIISC) study; rationale and protocol. BMC Nephrology [Serial on the Internet] 2013 [cited 2015 Jan 26]: [about 9 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2369/14/95>
- 37.** Marin R, Gorostidi M, Diez Ojeda B. Nefroangioesclerosis. La cenicienta de la enfermedad renal crónica [revisado marzo 2015]. Madrid. España: Nefrología (Madr.) v.30 n.3 Madrid 2010; pag3-5. Disponible en <http://scielos.scriptsci.cu>

- 38.**Fadragas Fernández, AL; et al, Intervención sobre hipertensión arterial en un consultorio médico; Rev Cubana Med Gen Integr v.20 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 2014.
- 39.**Ramírez Vázquez H. Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial; incidencia de Enfermedad Renal Crónica [Revisado marzo 2015] Disponible en <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2014/03/14/alerta-ops-sobre-incremento-de-casos-de-enfermedad-renal-cronica/>
- 40.**Silva Ferrera J, Rizo Rodríguez R, Castañeda Márquez V, Hing León JR. Prevalencia y causas de la insuficiencia renal crónica en 2 áreas de salud de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2008 [citado 5 Feb 2013]; 12(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san01208.pdf
- 41.**Hipertensión arterial y su comportamiento epidemiológico en la población rural de Cumbe, Revista Latinoamericana de Hipertensión. Vol. 12 - Nº 5, 2017: disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170254309002>
- 42.**García Milian AJ, Creus García ED; La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento; Rev Cubana Med Gen Integral; 32(3); Ciudad de la Habana; jul-sep. 2016.
- 43.**Cuzco Tello LV; Propuesta de estrategia de intervención educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio médico 11. Centro de Salud Pascuales. 2015 – 2016; Guayaquil-Ecuador, ene. 2017.
- 44.**Stambouliau D; Hipertensión arterial: la importancia de su control para no complicar la salud. 9 ene 2020. Disponible en <https://www.infobae.com/salud/2020/01/09/hipertension-arterial-la-importancia-de-su-control-para-no-complicar-la-salud/>

- 45.**Duardo Tamayo Y, Mojena Fernández O, Peña Valdés A. Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en el CMF La Caridad. Jobabo. Rev Car de Cienc Soc [Internet]. 2019 [citado 1 Junio 2021]; Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/riesgo-hipertension-arterial.html>
- 46.**Favier L, Lescaille E, Fernández M, Brooks E, Caras L. Acciones educativas sobre hipertensión arterial en adultos mayores. Rev Inf Cie. [internet]. 2015 [acceso el 9 de febrero del 2019]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/259/1066>
- 47.**Sierra Pérez, M., Martínez Aballe, O., & Carmenate Rodríguez, R. Intervención educativa en adultos mayores sobre la hipertensión arterial y sus factores de riesgo. Opuntia Brava, 2018. 10(4), 291-301. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.35195/ob.v10i4.638>
- 48.**Khorsandi M, Fekrizadeh Z, Roozbahani N. Investigation of the effect of education based on the health belief model on the adoption of hypertensioncontrolling behaviors in the elderly. Clin Interv Aging. 2017 Jan 27; 12: 233-240.
- 49.**Ordoñez-Criollo, C., Aguilar-Chavez, J., & Ortiz-Montalvo, Y. Intervención de enfermería en la conducta terapéutica y el conocimiento en pacientes con hipertensión arterial. CASUS. Revista De Investigación Y Casos En Salud, 2018. 3(1), 19-25. Disponible en: <https://doi.org/10.35626/casus.1.2018.68>
- 50.**García R, Rodríguez A, Díaz A, et al. Intervención cognitivo-conductual en ancianos hipertensos. Rev Fin. [internet]. 2016 [acceso el 18 de marzo del 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342016000100006

- 51.** García R, Acosta C, León Y, et al. Efectos de una intervención multidisciplinaria en pacientes con hipertensión arterial primaria. Revista Psicología y Salud, [internet]. 2018 [acceso el 18 de marzo del 2019] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323817013_Efectos_de_una_intervencion_multidisciplinaria_en_pacientes_con_hipertension_arterial_primaria

Anexos:

Anexo #1: Aval del Director de la institución o unidad ejecutora principal.

El que suscribe: _____

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo que nuestra institución participe en el
proyecto _____ de _____ investigación _____ titulado:

_____ en su
condición de institución ejecutora.

Conocemos que se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del centro, ASS y cuadro clínico de la provincia que tiene como principales resultados científicos, económicos y/o sociales a obtener:

Científicos:

Social:

Económico:

Nuestro consentimiento de permitir y apoyar el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y está sustentado en el propósito de contribuir a

Para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con el jefe del proyecto a los _____ días del mes de _____ del 20____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo #2: Carta de consentimiento informado

Estimado paciente, usted ha sido seleccionado para participar en la investigación titulada: **Intervención Educativa sobre Hipertensión Arterial en el adulto medio del consultorio médico No 1, área III, Municipio Cienfuegos**, durante la misma será entrevistado por la Dra. Yetmary Torres López, quien es la autora del trabajo investigativo.

Durante la entrevista se le aplicarán varias preguntas con el objetivo de conocer los factores de riesgo y complicaciones asociadas a la hipertensión arterial. Los datos aportados se deben ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio. Esta investigación nos ayudará a constituir un medio para determinar los factores de riesgo y complicaciones asociadas del paciente, también servirá para elevar los conocimientos de los mismos y modificar aquellos que incrementan el riesgo de morir. Tenga la certeza de que no se someterá a riesgo alguno y que podrá abandonar la misma sin necesidad de explicar las causas que lo llevaron a tal determinación y sin afectar la relación médico-paciente.

Le informamos que todos los datos obtenidos se deben ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio y solo serán utilizados con fines científicos. Se mantendrá la confidencialidad de sus datos personales, a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación.

Si está de acuerdo en participar como paciente en este estudio, debe colocar a continuación su nombre y apellidos seguidos de su firma.

Nombre y apellidos del paciente: _____

Firma: _____

Nombre y apellidos del Investigador: Dra. Yetmary Torres López.

Firma: _____

Nombre y apellidos del tutor: Dra. Yusimí Alejo Padrón.

Firma: _____



Anexo #3: Entrevista semi-estructurada.



I- Datos personales:

1.-Nombre y Apellidos: _____

2.-Edad: _____ **3.-Sexo:** F____ M____

4.-Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Preuniversitario _____
Media superior _____ Universitario _____

II- Datos de la enfermedad:

1.- Peso _____ (Kg). **2.- Talla** _____ (cm)

3.- IMC: Inferior a 18,5____ e/ 18.5 - 24.9____ e/ 25.0 – 29.9____ Igual o superior a 30.0____

4.- Años con HTA diagnosticada: Más de 10 años _____
Menos de 10 años _____

5.- Antecedentes: Padece de:

Diabetes Mellitus____ Dislipidemias _____ Otras _____

6- Hábitos Tóxicos:

Consumos de alcohol: Si____ No _____

Consumos de Cigarro: Si____ No _____

Encuesta realizada por: _____

Fecha ____/____/____

Anexo #4: Encuesta de Conocimientos para el paciente hipertenso. ⁽³⁷⁾

Nombre y Apellidos: _____

1. ¿A partir de qué cifras considera Ud. que es hipertenso? (marque una sola)

a. Mayor de 120/80 _____ c. Mayor de 140/90 _____

b. Mayor de 160/100 _____ d. Mayor de 170/110 _____

2. ¿Considera la presión arterial elevada solo si sube la máxima (sistólica)?

Sí _____ No _____ No sabe _____

3. ¿Por qué considera importante el control de la hipertensión?

a. Impide complicaciones como el daño cerebral o renal _____

b. Impide complicaciones gastroduodenales _____

c. Impide alteraciones del fondo del ojo que alteran la visión _____

4. ¿Considera usted que la hipertensión arterial es un proceso propio del envejecimiento?

Sí _____ No _____

5. ¿Qué importancia le confiere al control de otros factores que tienen relación con la hipertensión arterial?

	Ninguna	Poca	Regular	Mucha
a. Colesterol elevado	_____	_____	_____	_____
b. Obesidad	_____	_____	_____	_____
c. Estrés	_____	_____	_____	_____
d. Sedentarismo	_____	_____	_____	_____
e. Ansiedad	_____	_____	_____	_____

6. ¿Por qué sabe que tiene la tensión arterial elevada?

a. Por el control sistemático del médico _____

- b. Porque presenta cefalea _____
- c. Por el zumbido de oídos _____
- d. Por el dolor abdominal _____
- e. Acude al médico por otra causa y le toma la tensión arterial _____
- f. Dolor en las caderas _____
- g. Otra causa _____

7. ¿Cuándo usted toma los medicamentos?

- a. Sistemáticamente _____
- b. Cuando la presión arterial es alta _____

8. En su opinión, señale cuáles son las complicaciones de la hipertensión arterial

- a. Trombosis cerebral (derrame cerebral) _____
- b. Infarto cardíaco _____
- c. Insuficiencia cardíaca _____
- d. Insuficiencia renal _____
- e. Cálculo de la vesícula _____
- f. No sabe _____

9. ¿Conoce usted si estos medicamentos elevan la tensión arterial?

	Sí	No	No sabe
a. Cortideltón o prednisona	_____	_____	_____
b. Tabletas anticonceptivas	_____	_____	_____
c. Salicilato de sodio	_____	_____	_____
d. Indometacina	_____	_____	_____
e. Aspirina	_____	_____	_____

f.Efedrina (nasal o jarabe) _____

10. Diga si considera útil en la ayuda al control de la hipertensión arterial los siguientes aspectos:

	Sí	No	No sabe
a. Práctica habitual de ejercicios físicos	_____	_____	_____
b. Disminución en la ingestión de sal	_____	_____	_____
c. No ingerir cerveza o alcohol	_____	_____	_____
d. No ingerir refresco gaseado	_____	_____	_____
e. No fumar	_____	_____	_____
f. Mantenerse normopeso	_____	_____	_____
g. No ingerir grasas saturadas	_____	_____	_____

Anexo #5: Programa de Intervención.

Título del Programa:

“Controlando tu Presión Proteges tu Corazón”

Objetivo General

Modificar los conocimientos sobre los Factores de Riesgos y complicaciones asociadas a la Hipertensión Arterial en el adulto medio.

Objetivos Específicos

4. Definir situación actual de la HTA, concepto, grupos de riesgos, clasificación actual, complicaciones más frecuentes.
5. Lograr la comprensión acerca de la repercusión de los factores de Riesgos sobre la HTA.
6. Contribuir al autocuidado que deben tener los pacientes hipertensos y a modificar estilos de vida.

Propósito fundamental: Modificar los conocimientos de los pacientes sobre la HTA, con el objetivo de cambiar estilos de vida y un mejor control de la enfermedad crónica.

Tiempo de duración del programa: 15 semanas.

Tiempo de duración de las sesiones: 60 minutos.

Lugar para la realización de las actividades educativas: El local donde se desarrolle el programa debe contar con condiciones de amplitud requerida, y contar con los recursos necesarios (proyectores, videos, computador), así como con toda la información en soporte electrónico sobre las temáticas a impartir. Las actividades podrán realizarse en aulas.

Responsable de las actividades: EBS (médico y enfermera de la familia), educadora para la salud, rehabilitador y psicóloga del área.

Recursos materiales: Videos, plegables educativos, diapositivas, material educativo impreso.

Grupo de destino: Pacientes hipertensos adultos medios.

DESARROLLO POR SESIONES DE TRABAJO

PRIMERA SESIÓN

Actividad educativa No 1.

Título: “Conociéndonos”.

Tema 1: Introducción al programa educativo “Controlando tu presión proteges tu corazón”.
Aplicación de la encuesta poblacional y de conocimientos.

Objetivos:

- 5- Crear un ambiente de desinhibición y confianza que permita la interrelación entre los participantes.
- 6- Reflexionar sobre las expectativas del grupo.
- 7- Explorar los conocimientos sobre la enfermedad.
- 8- Presentación de la actividad y de los objetivos y la metodología a seguir.

Procedimiento:

Introducción de la actividad: Presentación del tema, del objetivo que se persigue, así como de los contenidos a tratar.

Desarrollo de la actividad:

Se abordará sobre la importancia del programa y el comportamiento de calidad de vida y se vigilará el desarrollo afectivo de sus participantes, de modo que pueda facilitar en estos la toma de decisiones personales, y al mismo tiempo se apoyará sus motivaciones, todo lo cual fomentará su desarrollo personal.

Se les explicará que en cada encuentro existirá el buzón de incógnitas, y que en este se deben depositar todas las inquietudes o novedades encontradas sobre los temas a tratar, el cual se abrirá en la última sesión para, de forma colectiva, dar respuesta a las interrogantes y compartir nuevos criterios.

Responsable de la actividad: EBS (médico y enfermera de la familia).

Técnica: Técnica de presentación participativa.

Materiales: Plegables, pizarrón.

Tiempo: 60 minutos

Evaluación:

¿Se sintieron bien en este encuentro? ¿Creen que será fructífero para su aprendizaje?

¿Qué esperas de ti mismo y de los demás?

Se invita a regresar al próximo encuentro.

SEGUNDA SESIÓN

Actividad educativa No 2.

Título: “Aprendiendo sobre la “Hipertensión Arterial”

Tema 2: La HTA. ¿Factor de riesgo o enfermedad? Concepto, clasificación, síntomas, epidemiología actual.

Objetivos:

General:

Proporcionar a los pacientes hipertensos sobre la panorámica actual de la epidemiología de su enfermedad.

Específicos:

- 5- Propiciar un ambiente adecuado para la mejor comunicación de todas las partes implicadas.
- 6- Mostrar la situación mundial y local de la HTA.
- 7- Explicar los grupos más vulnerables de adquirir la enfermedad.
- 8- Informar acerca de la clasificación y síntomas principales de la HTA.

Procedimiento: Actividad educativa teórica.

Introducción de la actividad: Presentación del tema, del objetivo que se persigue, así como de los contenidos a tratar.

Desarrollo de la actividad:

En este tema se les impartirán a los participantes conocimientos generales actualizados sobre la HTA. Se les explicará a quienes afecta más la enfermedad y por qué, las tasas de incidencia mundial, en Cuba y en Cienfuegos.

Evaluación:

Al finalizar el tema se realizará una evaluación integradora de forma amena, se colocarán dos papelógrafos o cartulinas y los participantes escribirán una columna con escala de valores en relación con los grupos más vulnerables.

Responsable de la actividad: EBS (médico y enfermera de la familia).

Técnica: Expositiva (plegables), grupo focal.

Medios de enseñanza: Pizarrón, soporte digital.

Método de enseñanza: Lectura eficiente y lluvia de ideas.

Tiempo: 60 minutos.

TERCERA SESIÓN

Actividad educativa No 3.

Título: “¿Cuáles son los riesgos y las complicaciones?”

Tema 3: Factores de riesgo para padecer HTA. Como se puede evitar. Complicaciones más frecuentes de la enfermedad.

Objetivo: Capacitar a los pacientes acerca de las principales riesgos y complicaciones de la enfermedad, así como medidas de prevención de los mismos modificando estilos de vida.

Procedimientos: Actividad educativa teórico-práctica.

Introducción de la actividad: Presentación del tema, del objetivo que se persigue, así como de los contenidos a tratar.

Desarrollo de la actividad: La actividad, propiamente dicha, consta de 2 momentos:

Parte teórica: El facilitador expondrá a los pacientes los conocimientos sobre los factores de riesgo y sus complicaciones. Además, se expondrán medidas de prevención de los mismos modificando estilos de vida no saludables. Para ello utilizará el método expositivo y se auxiliará de láminas relativas al contenido.

Ejecutor: el Facilitador.

Parte Práctica: Los participantes, a partir de los conocimientos recibidos identificarán las principales complicaciones de su enfermedad.

Ejecutores: pacientes

Se formarán 3 equipos.

3- Trabajo por equipos: Determinarán los principales riesgos y complicaciones.

4- Análisis del trabajo por equipos: Cada equipo presentará los riesgos y complicaciones, se realizará la técnica participativa de lluvia de ideas para darle solución al objetivo propuesto.

Evaluación:

Al finalizar el tema se realizará una evaluación integradora y se expondrá un breve resumen en correspondencia con lo debatido e incitará a los participantes a expresar sus criterios. Se realizará la convocatoria para la próxima sesión.

Responsable de la actividad: Educadora para la salud y tutor de la investigación.

Técnicas de presentación: Expositiva - participativa.

Medios de enseñanza: Láminas.

Método de enseñanza: Debate, técnica de solución de problemas.

Tiempo: 60 minutos.

CUARTA SESIÓN**Actividad educativa No 4.**

Título: “¿Cómo me cuido?”

Tema 4: Importancia de un estilo y modo de vida saludable.

Objetivos:

3. Explicar las diferentes formas de ejercicios físicos.
4. Importancia de la disminución del sedentarismo, consumo de bebidas alcohólica, tabaquismo y dieta no saludable.

Procedimiento: Actividad educativa teórico-práctica.

Introducción de la actividad: Presentación del tema, del objetivo que se persigue, así como de los contenidos a tratar.

Desarrollo de la actividad: La actividad propiamente dicha consta de 2 momentos:

Parte teórica: El facilitador expondrá a los pacientes los conocimientos relacionados sobre los principales factores de riesgos parcialmente modificables y los no modificables, e importancia de la disminución del consumo de bebidas alcohólica, tabaquismo, práctica sistemática de ejercicios y dieta saludable, para ello utilizará el método expositivo y se auxiliará de las láminas relativas al contenido.

Ejecutor: el Facilitador.

Parte Práctica: Los participantes se reunirán en equipos para practicar los ejercicios físicos a realizar.

Ejecutores: Pacientes hipertensos.

Evaluación:

Materiales didácticos: Casos problemas.

Se presentarán 2 situaciones problemáticas donde se presenten las formas de prevención de la enfermedad y una práctica saludable de ejercicios físicos, las cuales se repartirán por los equipos. Luego del análisis en el equipo, ellos determinarán a un integrante que será quien expondrá los criterios aunados del equipo.

Responsable de la actividad: Rehabilitador, dietista y médico de la familia.

Técnica: Expositiva – participativa. Lluvia de Ideas. Entrenamiento asertivo.

Materiales didácticos: Imágenes, láminas.

Tiempo: 60 minutos

QUINTA SESIÓN

Actividad educativa No 5.

Título: “Un balance de vida”

Tema: Integración de los temas tratados y aplicación del cuestionario final.

Objetivos:

- 3- Valorar los conocimientos y criterios de las pacientes participantes sobre los temas discutidos.
- 4- Evaluar la efectividad del programa aplicando la encuesta de conocimiento para pacientes hipertensos.

Procedimientos: Actividad educativa teórico-práctica.

Se propiciará un ambiente adecuado para diálogos, debates y discusiones en grupo, sobre los temas desarrollados en los encuentros anteriores. Se promueve una lluvia de ideas sobre los temas tratados durante el desarrollo del programa educativo.

Proponemos abrir el buzón de incógnitas inaugurado en el primer encuentro, se comparten noticias novedosas sobre el tema, resultado de estudios en otras provincias o países, revisiones o búsquedas de Internet, se evacuarán las dudas que persistan y se comprobará si se han cumplido las expectativas iniciales.

Técnica: Expositiva – participativa, técnica de relajación, grupo focal.

Evaluación: Se realizará en 2 etapas.

En el primer momento se desarrollará la técnica “El Cuerpo” que se empleará para evaluar los niveles de satisfacción grupal. Para ello se dividirá el grupo en 2 equipos, se repartirán hojas impresas que mostrarán la silueta de un cuerpo humano donde las participantes escribirán lo siguiente:

- **A nivel de los oídos:** Lo que escuchó de algún participante que no olvidará nunca.
- **A nivel de las manos:** Alguna cosa que hizo durante el transcurso de las actividades y que quisiera volver a hacer.
- **A nivel de los pies:** Una cosa que pondrá en marcha a partir de este momento.
- **A nivel de la cabeza:** Dos ideas principales que le han quedado.
- **A nivel de los ojos:** Dos cosas que vio y que le han impresionado mucho.
- **A nivel del corazón:** Algo que le causó mucha alegría.

Cuando terminen las que lo desean compartirán con el grupo sus reflexiones.

El segundo momento se aplicará el cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos adquiridos durante el programa.

Finalmente se colocan tres sillas en el centro del círculo donde estarán situados todos los integrantes del grupo, cada silla tiene una indicación con un cartel:

¿Cómo llegué?

¿Cómo me sentí?

¿Cómo me voy?

Los participantes escogidos al azar, cada uno en su turno, ocuparán una silla, y una vez sentados expresarán sus criterios al respecto. Siempre se debe comenzar por la silla según el orden de preguntas antes mencionado.

Responsable de la actividad: Médico de la familia y psicóloga del área.

Materiales: Hojas impresas

Tiempo: 60 minutos

Anexo #6: Criterios de Moriyama

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. Validación del contenido y apariencia del constructo. Evaluación por especialistas

A los _____ Ciudad Tena, Napo

Respetado/a juez: Usted ha sido seleccionado/a para evaluar el siguiente constructo/instrumento:

La evaluación del constructo/instrumento es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente, aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradeciéndole su valiosa colaboración.

Nombre y apellidos del juez:

Formación académica:

Especialista:

Área de experiencia profesional:

Tiempo de experiencia: años Cargo actual: Institución:

Objetivo de la investigación:

Objetivo de la prueba/juicio: Validación del constructo de apariencia y contenido a través de las técnicas cuantitativa y cualitativa: Cuantitativo: Criterios de Moriyama, aplicados por los especialistas. Cualitativo: los especialistas emitirán sus observaciones para su respectiva corrección o ajuste del constructo antes de aplicarlo.

CRITERIOS DE MORIYAMA

Ítems Comprensible Sensible a variaciones Razonable

Componentes claramente definidos

Datos factibles de obtener

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.

Evaluar en cada pregunta los cinco criterios de Moriyama aportándoles los siguientes valores: Mucho:3, Suficiente:2, Poco:1 Nada:0.

1. Comprensible: Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.

2. Sensible a variaciones en el fenómeno: Si usted considera que puede Discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.

3. Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.

4. Componentes claramente definidos: o sea, si el ítem tiene una definición clara.

5. Si deriva de datos factibles de obtener: Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger. Observaciones:

Evaluaran la sencillez y amenidad del formato:

Evaluaran el interés, la brevedad y la claridad de las preguntas:

Si el enunciado es correcto y comprensible

Si las preguntas tienen la extensión adecuada

Si es correcta la categorización de las respuestas

Si existen resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas

Si el ordenamiento interno es lógico

El tiempo empleado en el llenado: