



**POLICLÍNICO DE LAJAS “ENRIQUE BARNET”. CIENFUEGOS**

**Programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos, del consultorio  
17. Lajas 2019**

Tesis para optar por el título de especialista en Medicina General Integral.

**AUTORA:** Dra. Sady Díaz Fleites\*

\*Residente de 3er año de Medicina General Integral.

**TUTOR:** Dr. Lisandro Hernández Madrazo.\*

\* Especialista Primer Grado en Medicina General Integral.

\* Especialista Primer Grado en Medicina Interna.

\* Master en Urgencias Clínicas.

**ASESORA:** Lic. Dayami Matheu Jiménez. \*

\* Licenciada en Psicología de la Salud.

\* Profesora asistente.

**Cienfuegos, 2021**



**POLICLÍNICO DE LAJAS “ENRIQUE BARNET”. CIENFUEGOS**

**Programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos, del consultorio  
17. Lajas 2019**

Tesis para optar por el título de especialista en Medicina General Integral.

**AUTORA:** Dra. Sady Díaz Fleites\*

\*Residente de 3er año de Medicina General Integral.

**TUTOR:** Dr. Lisandro Hernández Madrazo.\*

\* Especialista Primer Grado en Medicina General Integral.

\* Especialista Primer Grado en Medicina Interna.

\* Master en Urgencias Clínicas.

**ASESORA:** Lic. Dayami Matheu Jiménez. \*

\* Licenciada en Psicología de la Salud.

\* Profesora asistente.

**Cienfuegos, 2021**

## *Pensamiento*

*Hay que recordar que el éxito de los resultados está  
en lograr un paciente satisfecho.*

*Anónimo*

## *Agradecimientos.*

*A mi tutor por ser mi guía.*

*A mis profesores por brindarme el conocimiento.*

*A todas las personas que de una forma u otra me ofrecieron  
su ayuda en la realización de este trabajo.*

*A todos, gracias.*

## *Dedicatoria*

*A mis profesoras de Psicología por el tiempo dedicado a pesar del trabajo.*

*A mis padres: Mirelys y Eduardo por su gran amor, motivación y apoyo sin límites en cada etapa de mi vida.*

*A mi amiga Beatriz por su ayuda incondicional en las noches de desvelo.*

## Resumen

Las estrategias para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión han tenido gran evolución. Estudios han demostrado que las acciones de tipo comunitario son intervenciones altamente costo-efectivas y de gran impacto.

**Problema de investigación.** ¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimientos acerca de la hipertensión para modificar las acciones de autocuidado en adultos mayores? **Objetivo general.** Implementar el programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos pertenecientes al consultorio 17 del municipio Lajas. **Métodos.** Se realizó un estudio de intervención cuasi-experimental, durante octubre 2019 a junio 2021 en el consultorio 17 del municipio Lajas, Cienfuegos. **Universo.** Estuvo compuesto por 205 pacientes adultos mayores hipertensos pertenecientes al consultorio 17. **Muestra.** Conformada por 74 pacientes de ambos sexos con hipertensión arterial no controlada. **Métodos empíricos.** Análisis de documentos, cuestionario, medición de la presión arterial. Programa de autoayuda. **Métodos estadísticos.** Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.0 y el estadígrafo  $X^2$  con nivel de significación del 95%. **Resultados.** Se identificaron 74 pacientes con hipertensión no controlada, predominio del sexo masculino, en edades entre 60-69 años, el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial, factores de riesgo, síntomas de descompensación, complicaciones, medidas de control y autocuidado fue bajo antes de implementar el programa, posterior a su aplicación se elevó el nivel de conocimiento sobre estos aspectos. **Conclusiones.** El programa facilitó que los adultos mayores aumentaran los conocimientos acerca de su enfermedad y las prácticas de autocuidado.

# Índice

|                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción .....                                                                                        | 1  |
| Justificación .....                                                                                       | 4  |
| Marco teórico .....                                                                                       | 6  |
| Causas modificables. ....                                                                                 | 12 |
| Objetivos.....                                                                                            | 23 |
| Objetivo general: .....                                                                                   | 23 |
| Objetivos específicos:.....                                                                               | 23 |
| Diseño metodológico .....                                                                                 | 24 |
| Criterios de inclusión .....                                                                              | 24 |
| Criterios de salida.....                                                                                  | 24 |
| Métodos del nivel empírico .....                                                                          | 24 |
| Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión en adultos<br>mayores hipertensos ..... | 25 |
| Métodos estadísticos y de análisis de la información. ....                                                | 36 |
| Consideraciones éticas.....                                                                               | 37 |
| Análisis y discusión de los resultados .....                                                              | 38 |
| Conclusiones .....                                                                                        | 58 |
| Recomendaciones.....                                                                                      | 59 |
| Referencias bibliográficas.....                                                                           | 60 |
| Anexos .....                                                                                              | 70 |
| Anexo 1 .....                                                                                             | 70 |
| Anexo. 2 .....                                                                                            | 71 |
| Anexo 3 .....                                                                                             | 72 |
| Anexo 4 .....                                                                                             | 76 |

## Introducción

El envejecimiento es un proceso dinámico, continuo, considerado como un fenómeno universal y natural. Una manifestación presente en todas las etapas del desarrollo humano. El envejecimiento poblacional por su parte, ha sido definido como la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada. Es un acontecimiento importante que está teniendo lugar en el mundo actual. <sup>1</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) traza perspectivas futuras respecto a la población mundial con más de 60 años de edad, prevé que esta se duplique para el 2050, pasando de aproximadamente el 11% al 22%, que representará más de la quinta parte de la población global. Según datos ofrecidos por las Naciones Unidas, se espera que el número de personas ancianas aumente de 605 millones a 2 mil millones en ese periodo, de ellas, 190 millones vivirán en América Latina y el Caribe. <sup>2</sup>

Entre los principales retos que enfrenta actualmente la salud cubana, se encuentra el envejecimiento poblacional; la esperanza de vida al nacer es de 76,5 para los hombres y 80,45 para las mujeres, Cuba exhibe uno de los índices de envejecimientos mayores de América Latina y el Caribe. El país ha transitado desde un 12.9% de envejecimiento en el año 2000 hasta un 20.4 % en el 2019, lo que trae consigo un incremento de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, Alzheimer, procesos osteodegenerativos, discapacidad, entre otros, con una mayor demanda de atención por su carácter de enfermedades crónicas, requiriendo de una atención permanente cada vez más compleja y costosa. <sup>3</sup>

Esta distribución constituye un reflejo del proceso de envejecimiento que atraviesa el país del cual no escapa la provincia de Cienfuegos tomando en cuenta los datos ofrecidos por la Oficina Nacional de Estadísticas e Información, la provincia, supera la media nacional de indicadores de longevidad y la esperanza de vida es más elevada que la media nacional (de 80,17 años para el sexo femenino y 76,56 para el masculino), el 20,03 % de su población es mayor de 60 años. <sup>4</sup>

Según los datos obtenidos en el anuario de población, de la Oficina Nacional de Estadística en el 2019 existe una población total de 22165 habitantes de ellos 5031 con 60 años y más, representando el 22.7 % de la población. Dentro de ellos 2476 son masculinos y 2555 femeninos.

El aumento de la esperanza de vida está contribuyendo a que éste incremento de adultos mayores se produzca con mayor rapidez, lo que conlleva al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión. La cual tiene enormes consecuencias personales, sociales y económicas.

La hipertensión arterial es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos adultos en las poblaciones en todas partes del mundo, constituye un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro vascular e insuficiencia renal y puede también producir afectaciones en circulación vascular periférica y de la retina. Su prevalencia se encuentra en constante ascenso y puede derivar en graves complicaciones, especialmente en los sujetos con mal control de las cifras de presión arterial.<sup>5</sup>

En el planeta la padecen más de 1 500 millones de personas, tanto en países desarrollados como subdesarrollados<sup>5</sup>. La prevalencia mundial actual, según diferentes estudios regionales, es de 30% de la población total, pero en las personas mayores de 60 años, su prevalencia asciende al 50%.

Se estima que mundialmente 691 millones de personas padecen de Hipertensión arterial. Representaron el 60% de todas las defunciones y el 47% de las causas de morbilidad en todo el mundo; de los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, se estima en 7,1 millones el número de muertes mundiales debidas a la hipertensión arterial, cifra que representa el 13% de la mortalidad total.

Afecta entre el 20-40% de la población adulta en la región de las Américas, lo cual significa que alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta. En Cuba, de acuerdo con la más reciente edición del Anuario Estadístico de Salud <sup>3</sup>, la prevalencia de hipertensión asciende a 225.2 por cada 1000 habitantes. En el sexo masculino es de 206.8 y en el femenino de 243.4 por cada 1000 habitantes. La prevalencia en personas en edades comprendidas entre 60 y 64 años es de 737.4 por cada 1000 habitantes, masculinos 734.8 y femeninos 739.7.

En la provincia Cienfuegos existe una prevalencia de 234.8 personas hipertensas, en el municipio Lajas en el año 2019 existe una prevalencia de 245.5 hipertensos por cada 1000 habitantes.

La HTA por ser una enfermedad crónica que evoluciona en forma silente durante muchos años, no resulta fácil establecer el número de persona que se convierte en hipertenso cada año, por lo cual la incidencia de la HTA es difícil de precisar.<sup>6</sup>

Se ha demostrado que si todos los médicos midieran la presión arterial de manera sistemática a todos los pacientes que acudan a la consulta pudieran detectar a más del 85% de los hipertensos de la población en corto plazo. Esta enfermedad a pesar de ser una entidad de fácil diagnóstico, aún persisten lagunas en la detección y control de la misma.<sup>7</sup>

A nivel internacional se han realizado múltiples investigaciones relacionadas con la hipertensión arterial. Uno de los trabajos epidemiológicos de mayor relevancia en el estudio de la hipertensión arterial como factor de riesgo fue el “Estudio de Framningham” (1948), practicado a lo largo de 20 años en más de 5000 personas de Massachussets, hombres y mujeres de 30 a 62 años. Este estudio evidenció que la hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante en la morbilidad y mortalidad cardiovascular y este riesgo aumenta en proporción a la presión sanguínea. También demostró el papel de la hipertensión arterial como frecuente y activo precursor del infarto cerebral y como coadyuvante de los accidentes cerebrovasculares en general.<sup>8</sup>

La frecuencia de hipertensión se vincula con la edad, la obesidad y el género, siendo el segundo motivo de consulta en el primer nivel de atención. Sólo 19,4% de los usuarios hipertensos con tratamiento se encuentra bajo control, es decir, con cifras de presión arterial menores de 140/90 mmHg.<sup>9, 10</sup>

El sobrepeso y la obesidad son factores predisponentes para el desarrollo de esta enfermedad La hipertensión arterial es considerada un predictor de morbi-mortalidad para enfermedades cardiovasculares, entre las que se destacan la enfermedad cerebrovascular, el infarto del miocardio, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal. Destacando que la modificación de los factores de riesgo y el estilo de vida, disminuye su incidencia y favorece el control. Uno de los problemas registrados en personas con enfermedades como la hipertensión es la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, la importancia de este problema está dada por las repercusiones que tiene desde el punto de vista clínico, económico y

psicosocial; además de su efecto en la calidad de la atención, la relación médico-paciente, entre otros.<sup>11, 12,13</sup>

Según investigaciones recientes del Instituto Nacional de Higiene en Cuba, la prevalencia de la HTA en la población urbana alcanzó el 33,3% y la rural el 15%. Alrededor de 2 millones de cubanos son hipertensos. Después de los 50 años, aproximadamente el 50 % la padece. Los datos epidemiológicos evidencian que antes de los 40 años la hipertensión es más frecuente en los hombres que en las mujeres y viceversa después de los 40 años.<sup>14</sup> Indican además un sub-registro de la HTA a nivel nacional de acuerdo con la tasa de prevalencia en pacientes dispensarizados.

Los datos preliminares de la última encuesta de factores de riesgo en Cienfuegos, realizada entre 2009 y 2010, revelan que la hipertensión ha seguido aumentando y llega al 35, 5 %, que la diabetes también siguió creciendo (6,8 %), que el sobrepeso y la obesidad se duplicaron y ahora afectan al 18,8 % de la población adulta.<sup>15</sup>

Las estrategias para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles han tenido una gran evolución y hoy se conocen acciones efectivas para su control. A la par del desarrollo de nuevas tecnologías para su tratamiento y diagnóstico temprano, diversos trabajos han demostrado que las acciones de tipo comunitario y, particularmente, la ejecución de políticas saludables son intervenciones altamente costo-efectivas y de gran impacto. Las intervenciones de base comunitaria han demostrado que tienen efecto sobre la prevención de enfermedades no transmisibles, ya que actúan en el nivel individual, grupal y ambiente social que determinan los comportamientos.<sup>16</sup>

## **Justificación**

En el Análisis de la Situación de Salud del año 2019, del consultorio 17, con una población integrada por un total de 1283 personas, de los cuales 267 habitantes son adultos mayores, de ellos 137 son del sexo femenino, y 130 del masculino., se identificó que la comunidad presenta una población envejecida, debido a que las personas mayores de 60 años constituyen el 20.8% de la población.

La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y sus consecuencias dotándolos de un arma de inestimable valor en su control poblacional.

Por lo antes expuesto se plantea como **problema de investigación**. ¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimientos acerca de la hipertensión para modificar las acciones de autocuidado en adultos mayores?

## Marco teórico

La HTA, se define por la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad: presión arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mm Hg y/o presión arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mm Hg. Sin embargo, en el adulto mayor, algunos autores sugieren cifras de PAS  $\geq 160$  mm Hg y PAD  $\geq 90$  mm Hg para hipertensión sisto-diastólica <sup>17</sup>. En el caso de la hipertensión sistólica aislada, se refieren cifras de PAS  $\geq 140$  mm Hg con PAD menor de 90 mm Hg. Una PAS = 140-160 mm Hg se considera presión arterial sistólica limítrofe y probablemente requiere tratamiento en los menores de 85 años. La HTA se clasifica, según la Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, 2008.<sup>18, 19</sup>

La presión arterial (PA) es el resultado de la interacción entre la fuerza que ejerce la sangre impulsada por el ventrículo izquierdo sobre las paredes arteriales y la resistencia que éstas ofrecen. Al ser cíclica cuenta con una fase máxima o presión arterial sistólica (PAS) y una fase mínima o presión arterial diastólica (PAD). La diferencia obtenida cuando a los valores de la PAS se le restan los valores alcanzados en la PAD es a lo que se denomina presión del pulso (PP). <sup>15</sup>

El punto de presión máxima o presión sistólica está determinado principalmente por el volumen sistólico del ventrículo izquierdo, por la velocidad de expulsión de la sangre y por la distensibilidad de las paredes de la aorta, mientras que el nivel mínimo de presión o presión diastólica está en función del nivel alcanzado durante la sístole, la velocidad del flujo sanguíneo a través de las resistencias periféricas y por la duración de la fase diastólica.

Para el conocimiento de la fisiología hemodinámica de la presión arterial es necesario establecer una separación entre los factores determinantes de la presión arterial y los mecanismos reguladores de la misma.

En los primeros se incluyen el gasto cardíaco y las resistencias periféricas y son los que, por así decirlo, constituyen la base de la existencia de una presión normal, y como tales pueden llegar a ser mecanismos reguladores en algún momento, o al menos pueden intervenir de forma más o menos directa en su regulación.

También intervienen en su determinación y mantenimiento una serie de factores secundarios importantísimos como la volemia total, la función renal, la frecuencia

cardiaca y el control vasomotor, que por interacciones entre ellos o en forma aislada podrían en algún momento alterar la presión arterial y también, conociendo su manejo, colaborar en su recuperación.

Por su parte, los mecanismos reguladores son aquellos que mantienen la presión arterial sistémica en sus niveles normales, respondiendo ante cualquier cambio que se produzca en dicha presión. Dentro de ellos, existen mecanismos de regulación inmediata o de corto plazo como el sistema de baro receptores y el sistema de quimiorreceptores. De igual manera, se distinguen tres mecanismos hormonales básicos en la regulación tardía de la presión arterial: Noradrenalina - Adrenalina, Renina Angiotensina, y Vasopresina. <sup>15</sup>

La presión arterial al igual que ocurre con la frecuencia cardiaca, es una variable que fluctúa a lo largo de 24 horas tanto en sujetos hipertensos como normotensos, habiéndose denominado a este fenómeno Ritmo Nictameral. Este patrón rítmico, de la PA durante las 24 horas es más dependiente del ritmo actividad- reposo, y más específicamente de la actividad- sueño, que de una ritmicidad endógena propiamente dicha. La PA y la FC siguen un patrón sincrónico con el sueño- vigilia, produciéndose una reducción paralela de ambos durante el sueño y un incremento matutino. <sup>15</sup>

Los componentes de la variabilidad de la presión arterial pueden ser cíclicos y no cíclicos. Los no cíclicos representan las respuestas del organismo ante estímulos externos recurrentes como el ejercicio físico, la postura y las emociones. La magnitud de los cambios que éstos producen en la presión arterial es paralela a la intensidad de dichos estímulos y a la eficacia de los mecanismos homeostáticos para prevenir y oponerse a dichos cambios.

Por su parte, los componentes cíclicos también pueden ser variables y se corresponden con períodos anuales, estacionales, mensuales y diarios. Por ejemplo, además de la variabilidad circadiana de la PA en períodos de sueño - vigilia, se describe la variabilidad estacional de la PA, siendo los valores de PA más bajos en los meses de calor que en los meses fríos.

La importancia clínica de la variabilidad de la PA en los hipertensos es un tema aún en discusión científica. No obstante, hay suficiente consenso en afirmar que el control tensional en estas horas críticas parece aconsejable. <sup>15</sup>

El Comité de expertos de la OMS define la Hipertensión arterial como una elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, la diastólica, o de ambas en las arterias. <sup>(4)</sup>. Sin embargo, no existe una clara distinción entre los valores de la normotensión y de la hipertensión, en tanto la misma se realiza atendiendo a estudios epidemiológicos en los que se ha demostrado una distribución superponible a la distribución normal, a partir de los cuales se establecen los valores de la PA que implican riesgos de morbilidad y mortalidad.

Las clasificaciones aceptadas son las preconizadas por el Joint National Committee VII y la de la Organización Mundial de la Salud (OMS/SH). Ambas son similares, pero esta última mantiene el concepto clásico de HTA ligera, moderada, severa que define niveles progresivamente más elevados de PA, pero no la gravedad del cuadro clínico.<sup>20</sup>

Según el Programa Nacional de Hipertensión en Cuba <sup>21</sup>, la definición habitual se basa en las cifras de tensión arterial considerando un individuo, de 18 o más años de edad, con hipertensión arterial cuando se realizan dos o más mediciones en días diferentes y se detectan cifras de tensión arterial sistólica (PAS) mayor o igual que 140 mmHg y/o cifras de tensión arterial diastólica (PAD) mayor o igual que 90 mmHg. En los niños se define el percentil para edad, sexo, peso y talla.

A partir de esta definición, del tratamiento y evolución de los individuos con hipertensión arterial se establecen varios conceptos importantes:

Prehipertensión: tensión arterial sistólica de 120-139 mmHg y tensión arterial diastólica de 80-89 mmHg. Este criterio, aunque no es aceptado por todo el gremio médico, es útil en alertar a estos sujetos con relación a su estilo de vida.

Hipertensión de bata blanca: cuando la tensión arterial es elevada en la consulta del médico y no durante la medición por familiares u otras personas.

Seudohipertensión: es una falsa elevación de las cifras de la tensión arterial por aumento de la rigidez de las arterias.<sup>22</sup>

Hipertensión maligna: cifras de tensión arterial generalmente muy elevada, superior a los 200/140 mmHg, con edema de la papila en el fondo de ojo, que es un elemento definitorio, acompañado de hemorragia y exudados.

Hipertensión sistólica aislada: es más frecuente en personas de más de 65 años de edad. Se considera cuando la tensión arterial sistólica es igual o mayor que 140 mmHg y la tensión arterial diastólica es menor que 90 mmHg.

Hipertensión resistente o refractaria: no se alcanzan cifras de tensión arterial inferiores a 140/90 mmHg con un régimen terapéutico con tres medicamentos a dosis máximas y una de las cuales es un diurético.<sup>22</sup>

Hipertensión enmascarada: las cifras de tensión arterial en la consulta médica son inferiores a 140/90 mmHg, pero durante el monitoreo ambulatorio se hayan por encima de 135/85 mmHg. La no detección de estos sujetos conlleva a daño en órgano diana, mayor frecuencia de eventos cardiovasculares. Se ha observado en individuos jóvenes, del sexo masculino, con aumento de la actividad física y estrés emocional, así como con hábitos tóxicos de fumar e ingestión de bebidas alcohólicas.

Características clínicas de la hipertensión en edad avanzada.

El grupo poblacional de 60 años o más se caracteriza por su aumento progresivo y por una prevalencia elevada de HTA. Por ello, en este grupo, la valoración de la presión arterial (PA) es muy importante, ampliamente aplicable y necesaria para un adecuado control de la HTA. Además, es destacable que la hipertensión sistólica aislada es la que aparece con mayor frecuencia en este grupo poblacional<sup>6</sup>. En este contexto, el aumento de la presión arterial sistólica se asocia con resultados adversos, incluyendo ataque cerebrovascular, enfermedad cardiovascular y muerte. En este grupo de pacientes la hipertensión puede atribuirse a numerosos cambios estructurales y funcionales, como por ejemplo, la vasculatura que se desarrolla con el aumento de la edad.<sup>23</sup>

La hipertensión arterial es un trastorno dependiente de la edad, por tanto, se debería disponer de recomendaciones específicas para su tratamiento en los pacientes de edad avanzada. Las modificaciones de estilo de vida y el uso de productos naturales y terapias hormonales, son útiles para las etapas iniciales y sirven para apoyar el tratamiento farmacológico, pero se requiere evidencia con ensayos clínicos en esta población. En general, los agentes antihipertensivos pueden reducir la presión arterial en las personas de edad avanzada, por tanto, la terapia debe basarse en sus posibles efectos secundarios e interacciones medicamentosas.<sup>24</sup>

En pacientes de edad avanzada, el deterioro de la función de los vasos sanguíneos puede conducir al padecimiento de la ECV. Los mecanismos subyacentes al endotelio, al músculo liso vascular y la disfunción de la matriz extracelular, relacionados con la edad, son causados por el estrés oxidativo, la reducción del óxido nítrico o su aumentada eliminación, el desequilibrio de la relación vasoconstrictor/vasodilatador, el grado bajo del ambiente pro-inflamatorio, la angiogénesis alterada y la senescencia celular endotelial. En resumen, el proceso de envejecimiento en el músculo liso vascular se caracteriza por el potencial de replicación alterada, el cambio en el fenotipo celular y la capacidad de respuesta a los mediadores de la contracción y la relajación, y por último, por los cambios en las funciones de señalización intracelular<sup>9</sup>. A continuación se describirán las principales características clínicas que se presentan en mayor proporción en los pacientes de edad avanzada.

#### Hipertensión arterial sistólica.

Es un importante problema de salud en los pacientes de edad avanzada. Se caracteriza por presión arterial sistólica  $\geq 140$  mm Hg, presión arterial diastólica  $< 90$  mm Hg y, en consecuencia, presión de pulso por encima de los 50 mm Hg. Este problema de salud afecta a más del 50% de los pacientes mayores de 60 años<sup>10</sup>, y es una causa importante de ataque cerebrovascular, así como de enfermedad cardiovascular y renal. La presión de pulso elevada es una consecuencia y un indicador de las arterias rígidas en los pacientes con hipertensión arterial sistólica, y se ha demostrado que es un predictor de la disminución de la función endotelial, apoplejía, enfermedad cardiovascular y mortalidad.<sup>25</sup>

La rigidez arterial aumentada es el fenotipo vascular de la hipertensión sistólica, especialmente de las grandes arterias. Este es un fenómeno propio en la edad avanzada y se debe principalmente a la fractura de las laminillas de elastina en la pared de la aorta, de manera que, los tramos de la pared tienen mayor distensión de las fibras de colágeno, lo que causa mayor rigidez. La presión arterial sistólica elevada, en comparación con la diastólica, se asocia más con la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

El tratamiento de la hipertensión sistólica en edad avanzada, debe basarse principalmente en medidas no farmacológicas, y sólo en los casos en que estas

medidas no funcionen, se recurrirá al tratamiento farmacológico. La hipertensión sistólica es difícil de tratar, posiblemente, debido a que el problema de fondo son los cambios estructurales en las arterias de conducción. Por ello, más del 60% de los pacientes con hipertensión sistólica tienen mal control de la presión arterial y no cumplen con el objetivo clínico de 140/90mm Hg o presión de pulso de 50mm Hg. La reducción de la presión arterial se puede lograr con medidas comportamentales y de estilo de vida, como el yoga y la meditación, y se cree que la respiración lenta controlada, puede ser el factor común responsable de la mejoría <sup>26</sup>

El riesgo asociado a la HTA depende no solamente de las cifras de PA, sino también de la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular asociados y/o de las lesiones de órganos diana. Cuando la hipertensión coexiste con otros factores de riesgo (tabaco, hipercolesterolemia, obesidad, diabetes) los eventuales efectos negativos se multiplican. Lo cual ha sido demostrado en múltiples investigaciones. <sup>22</sup>

Los factores de riesgo son rasgos, características o ciertas condiciones biológicas, psicológicas y sociales que se asocian con un incremento de la susceptibilidad para desarrollar determinadas enfermedades. En el caso de los trastornos hipertensivos múltiples son los factores de riesgo y diversas sus clasificaciones, destacándose dentro de ellos algunos considerados no modificables (edad, sexo, el color de la piel, los antecedentes familiares de enfermedad hipertensiva, entre otros) y otros que pueden ser modificables a los cuales se hace referencia a continuación. <sup>27-31</sup>

Causas no modificables.

Factores genéticos: la predisposición a desarrollar hipertensión arterial está vinculada a que un familiar de primer grado tenga esta patología. Aunque se desconoce el mecanismo exacto, la evidencia científica ha demostrado que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

Sexo: los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto se debe a que la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas que la protegen mientras está en la edad fértil (los estrógenos) y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Sin embargo, las mujeres jóvenes que toman píldoras anticonceptivas tienen más riesgo de desarrollar una patología cardíaca.<sup>27-32</sup>

Edad y raza: la edad es otro factor que influye sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad.<sup>27-32</sup>

Causas modificables.

Sobrepeso y obesidad: los individuos con sobrepeso están más expuestos a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de la hipertensión arterial entre los obesos, independientemente de la edad, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal.<sup>27-32</sup>

No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma la causa de la hipertensión, o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. También es cierto, que la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones.

A pesar de que se ha estimado que la obesidad como factor de riesgo independiente solo explica el 5% de la varianza total de la hipertensión, la reducción del peso está siempre recomendada para todos los pacientes obesos que sufren hipertensión. El sobrepeso es junto con la edad, el principal indicador de riesgo de la presión arterial de una población.<sup>27-32</sup>

Los indicadores antropométricos y fisiológicos de la salud, menciona el índice de masa corporal, el porcentaje de grasa, la presión arterial y la capacidad aeróbica son factores son predictores importantes de la salud física de las personas, por lo que su alteración puede generar hipertensión arterial, obesidad y diversos tipos de cardiopatías.

Por tal razón, la detección temprana de indicadores antropométricos y fisiológicos no saludables servirá para implementar intervenciones basadas en ejercicio físico y educación nutricional. Por tal razón, la detección temprana de indicadores

antropométricos y fisiológicos no saludables servirá para implementar intervenciones basadas en ejercicio físico y educación nutricional. <sup>27-32</sup>

Índices de masa corporal (IMC) con valores superiores a 24,9 Kg/m<sup>2</sup> son considerados no saludables, así mismo para la circunferencia de cintura los valores considerados como límite entre lo saludable y no saludable corresponden a 102 cm para hombres y 88 cm para mujeres. <sup>27-32</sup>

Dieta rica en grasas: los alimentos de origen animal, aportan grandes cantidades de colesterol, que es transportado en la sangre, y se acumula en las células del organismo. El hígado produce todo el colesterol que el organismo necesita, para formar las membranas celulares y producir ciertas hormonas, sin embargo, al consumir en grandes cantidades, grasa de origen animal como carne, huevos y productos lácteos, el organismo obtiene lípidos adicionales que son perjudiciales y deben ser eliminados de la dieta de los pacientes con riesgo de HTA, por las consecuencias nocivas sobre todo al aparato cardiovascular. <sup>27-32</sup>

Consumo de sal: este es uno de los posibles desencadenantes o mediadores en la fisiopatología de la HTA, siendo un tema muy controvertido en la actualidad. El mayor soporte de que el sodio podría ser un factor importante en el desarrollo de la HTA lo constituyen las observaciones de Page, según las cuales existen tribus primitivas donde la HTA es virtualmente inexistente, y donde la PA no se incrementa con la edad. La ausencia de HTA en estas poblaciones ha sido atribuida a la pobreza de sodio en la dieta. En culturas donde se consumen grandes cantidades de sal, la prevalencia de la HTA es alta y se incrementa con la edad, fenómeno éste que no se observa frecuentemente en aquellas culturas que utilizan dietas pobres en sodio. <sup>27-32</sup>

No obstante, estos datos sobre los estudios epidemiológicos interculturales han sido muy criticados porque existen otros factores diferentes entre las culturas que podrían influenciar en la PA, como la ingesta de potasio, los niveles de actividad física y de estrés, entre otros. (Recientemente el estudio Intersalt, demostró una relación débil pero significativa entre la ingesta de sodio y la PA, sobre todo con la PAS y el incremento de presión que se produce con la edad. Aun cuando hay evidencias de la posible relación sal- hipertensión, es conocido que solo algunos individuos responden con descenso de PA frente a la restricción salina, lo que podría sugerir una

susceptibilidad individual a la sal. Esta hipótesis ha dado como resultado la distinción entre individuos “sal- sensibles” y “sal- resistentes.”

Cafeína: la ingestión ocasional de cafeína, ya sea mediante el consumo de café o de otras bebidas y alimentos (té, mate, refresco de cola, chocolates) provoca claros efectos cardiovasculares y neuroendocrinos.

Tabaco: las implicaciones de la nicotina en la hipertensión están menos documentadas que en el caso de la cafeína. El consumo mantenido de tabaco no se asocia a una prevalencia superior de la hipertensión, aunque el hipertenso fumador tiene más probabilidad de desarrollar hipertensión vasculorrenal. No obstante, se sabe que la inhalación habitual de nicotina, probablemente mediante su acción sobre los terminales adrenérgicos, acelera el ritmo cardíaco, eleva los índices de PAS y PAD y provoca vasoconstricción.<sup>27-32</sup>

El consumo exagerado de bebidas alcohólicas, es un factor de riesgo para la hipertensión arterial, aunque los estudios no relacionan la cantidad con la frecuencia de bebida

La actividad física: se asocia con una disminución de la mortalidad cardiovascular. El estilo de vida sedentario es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad coronaria. Se recomiendan la actividad física y el ejercicio aeróbico como herramientas importantes para la prevención primaria y secundaria. La actividad física también tiene un efecto positivo en muchos de los factores de riesgo establecidos, porque previene o retrasa el desarrollo de hipertensión y reduce la presión arterial en pacientes hipertensos, aumenta las concentraciones de CHDL, ayuda a controlar el peso y reduce el riesgo de diabetes mellitus.

Endocrinológicas: Las causas endocrinas representan entre el 1 y el 2 por ciento. En éstas se incluyen desequilibrios hormonales exógenos y endógenos. Las causas exógenas incluyen la administración de corticoides.

Aproximadamente el 5% de las mujeres que toman anticonceptivos orales puede desarrollar hipertensión. Los factores de riesgo para la hipertensión asociada con el consumo de anticonceptivos orales incluyen la enfermedad renal leve y la obesidad.

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden tener efectos adversos sobre la tensión arterial. Estos fármacos bloquean tanto la ciclooxigenasa-1 (COX-1)

como las enzimas COX-2. La inhibición de la COX-2 puede inhibir su efecto natriurético que, a su vez, aumenta la retención de sodio. Los antiinflamatorios no esteroideos también inhiben los efectos vasodilatadores de las prostaglandinas y la producción de factores vasoconstrictores, es decir, la endotelina-1. Estos efectos pueden contribuir a la inducción de la hipertensión en un paciente con hipertensión controlada o normotenso. <sup>427-32</sup>

Factores de riesgo psicosocial: estos han sido reconocidos más recientemente. Constituyen aquellas características, procesos o estados de la personalidad y/o de su contexto social, que incrementan el riesgo de padecer hipertensión arterial. Dentro de los más estudiados se destacan el estrés y las emociones negativas.

Tratamiento para pacientes con hipertensión arterial.

Modificar estilos de vida:

Reducción del peso corporal. El exceso de grasa en el tronco y el abdomen está relacionado con el incremento de la tensión arterial y es, además, un factor de riesgo en la enfermedad aterosclerótica. Es útil calcular el índice de masa corporal (peso en kilogramos dividido por la talla en metros al cuadrado). Debe mantenerse en la categoría de normopeso (18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>).<sup>21</sup>

La circunferencia abdominal de 88 cm o más en la mujer y de 102 cm en el hombre también se correlaciona con hipertensión arterial. En los países asiáticos estos valores son inferiores. El índice cintura-cadera indica obesidad en hombres, cuando es mayor que 1 o igual, y 0,85 en mujeres.

Disminución del consumo de sodio y grasa, e incrementar el de potasio: el consumo de sodio diario equivale a menos de 6 g, lo cual se logra al disminuir alimentos en conservas, precocidos salados, derivados lácteos, galletas, rositas de maíz, salsas y sopas en conserva y eliminando la sal de la mesa. Una dieta más estricta de 2 g de NaCl se obtiene suprimiendo, además, la sal del cocinado, lo cual generalmente no es necesario. <sup>21</sup>

Eliminar las grasas saturadas al no consumir grasa de origen animal principalmente. Preferir los aceites vegetales.

Indicar alimentos abundantes en potasio: verduras, frutas, jugos de frutas y ensaladas o mediante suplementos. Se debe ingerir más de 80 mEq/día (3-4 g/día) de potasio.

Reducción del consumo de alcohol: en individuos que consumen alcohol debe eliminarse si es necesario, limitarse a menos de 1 onza de etanol (20 mL). El equivalente diario puede ser 12 onzas (350 mL) de cerveza o 5 onzas (150 mL) de vino o 1 ½ onzas (45 mL) de ron. Tener presente que en las mujeres y en personas de bajo peso, el consumo debe limitarse a menos de 15 mL por día, pues son más susceptibles al daño.

Eliminar la adicción al tabaco.<sup>21</sup>

Realizar ejercicios físicos programados: se recomiendan los aeróbicos (correr, montar bicicletas, trotes y natación), de actividad física moderada, al menos 5 días a la semana por 30 min. Puede también indicarse la caminata rápida 100 m (una cuadra), 80 pasos/min, durante 40-50 min. Es importante medir el pulso arterial antes y al finalizar el ejercicio, y mantener entre 60-70 % de la frecuencia cardíaca máxima (220 – edad).

Otras medidas no farmacológicas incluyen terapias de relajación muscular progresiva, yoga; biofeedback, hipnosis, y recientemente la bioneuroemoción.

Si no se logra disminuir las cifras de tensión arterial a valores inferiores a 140/90 mmHg, se inicia tratamiento farmacológico, según criterios de tratamiento individualizado. En individuos de 60 años o más, el objetivo es alcanzar cifras de tensión arterial sistólica menor que 150 mmHg y tensión arterial diastólica menor que 90 mmHg.

Si la respuesta no es adecuada debe:

Aumentar la dosis de los fármacos empleados.

Añadir otro fármaco de clase diferente.

Sustituirlo por otro fármaco.

Si la respuesta no es adecuada se debe añadir un segundo o tercer fármaco y reevaluar al paciente. Valorar no adherencia al tratamiento.

No se deben realizar cambios intempestivos de medicamento o modificar un esquema terapéutico sin valorar su efecto durante 15 días por lo menos (teniendo en cuenta las características farmacológicas de los medicamentos). En algunos casos es recomendable esperar varias semanas antes de introducir cambios (por ejemplo, diuréticos).

Algoritmo de tratamiento del paciente hipertenso, según riesgo de acuerdo a la Guía Cubana.

Riesgo bajo:

Cambio de estilo de vida.

Si no se controla en 3 meses: diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o  $\beta$ -bloqueadores.

Si no se controla aumentar dosis.

Si no se controla cambiar a otro medicamento.

Riesgo medio:

Cambio de estilo de vida más diuréticos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina o  $\beta$ -bloqueadores una o dos drogas iniciando con dosis bajas.

Si no se controla, aumentar la dosis.

Si no se controla, cambiar de medicamentos.

Riesgo alto:

Cambio de estilo de vida más diuréticos,  $\beta$ -bloqueadores, anticálcicos (tres drogas una de estas un diurético).

Si no se controla, aumentar dosis.

Si no se controla, cambiar de medicamentos.

En todos los casos si después de cambiar medicamentos no se controla, consultar con el especialista.

Tratamiento farmacológico para pacientes con hipertensión arterial

La selección del medicamento para iniciar el tratamiento debe tener en cuenta los factores siguientes:

No existe un fármaco ideal de uso generalizado, por lo que la terapéutica debe ser individualizada, teniendo en cuenta los efectos beneficiosos o perjudiciales y las enfermedades concomitantes.

Una dosis excesiva de cualquier fármaco aumenta la probabilidad de efectos indeseables.

El costo del tratamiento.

En los pacientes con grados I y II se debe hacer con monoterapia y mantener la dosis por varias semanas antes de decidir incrementarla o buscar una combinación.

Los pacientes en grado III generalmente requieren más de un fármaco. En ese caso será necesario utilizar una segunda o tercera droga, disminuir los intervalos entre las dosis, cambiar de medicamentos o incrementar las dosis (véase pautas para el seguimiento, según las tensiones registradas).

La hipertensión arterial sistólica aislada es frecuente en ancianos. Cuando la tensión arterial sistólica es consistentemente mayor que 160 mmHg después de tratamiento no farmacológico, está indicado comenzar el tratamiento medicamentoso.

El seguimiento del paciente se debe realizar cada 15 días hasta alcanzar el objetivo terapéutico de control de la hipertensión arterial. Después debe ser consultado cada 3 meses, y una vez al año se realizan exámenes complementarios.<sup>21</sup>

La población de la tercera edad está en crecimiento, y la hipertensión arterial primaria es la forma habitual en personas de 60 años en adelante, aunque siempre hay que descartar las causas secundarias. Se considera que la tensión arterial sistólica es un mejor indicador de riesgo que la tensión arterial diastólica. Los estudios poblacionales han demostrado que la hipertensión arterial sistólica aislada se correlaciona con mayor edad y la causa principal es la aterosclerosis. La tensión del pulso (tensión arterial sistólica menos tensión arterial diastólica) continúa como indicador de disminución de la compliance en grandes arterias, y es un mejor marcador de riesgo aumentado que cualquiera de las dos presiones por separado.

Los ancianos presentan con frecuencia hipotensión ortostática, por lo que en ellos la tensión arterial debe ser medida en varias posiciones corporales: acostados, sentados y de pie.<sup>21</sup>

Está demostrado que el tratamiento reduce los riesgos en los ancianos. Este se debe iniciar por cambios en el estilo de vida (no farmacológico), ya que en estos pacientes se puede obtener una buena respuesta con ligeras reducciones en la ingestión de sodio y con la disminución del peso corporal.

En estos sujetos también está disminuido el flujo sanguíneo renal, la volemia, la actividad de renina plasmática y la excreción de prostaglandinas. Este fenómeno hemodinámico típico del anciano sugiere una terapéutica individualizada.

Dorothea E Orem<sup>33</sup> presenta su teoría general de la pérdida del autocuidado como una hipótesis compuesta por tres elementos relacionados entre sí:

Teoría de autocuidado.

Teoría de la pérdida del autocuidado.

Teoría de los sistemas de enfermería.

Teoría de autocuidado. Muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, prevé las bases para la recolección de datos.

La teoría de la pérdida del autocuidado. Postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades, y limitaciones del cuidado del individuo puede ser calculadas a fin de proporcionar esa atención, de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente.

La teoría de los sistemas de enfermería, proporciona el contexto dentro del cual la enfermera(o) se relaciona con el individuo, lo precisa, prescribe, diseña, y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de las pérdidas de autocuidado.<sup>13, 14</sup>

En este marco se retoma la aplicación del modelo de atención de enfermería de la teoría de Dorothea E. Orem, centrado en el autocuidado, porque permite abordar al paciente con diabetes mellitus tipo II, al proporcionarles las acciones necesarias para hacerlos partícipes del propio cuidado y responsabilizarse de su tratamiento.

En esta teoría el paciente es el protagonista en la toma de decisiones en la salud y en el desarrollo de sus capacidades de autocuidado, pero para ello se deben realizar acciones y secuencias de acciones aprendidas, dirigidas hacia sí mismos o hacia características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos, identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente, o interfieren la regulación continuada de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, al auto mantenimiento y a la salud y bienestar personal, ya que como personas maduras y en proceso de maduración, requieren aprender sobre el cuidado propio, y estos requerimientos pueden ir cambiando o modificándose a lo largo del tiempo, en función de sus propia demanda de autocuidado.

El autocuidado también tiene elementos culturales que varían con los individuos y los grandes grupos sociales, además es una acción intencionada y dirigida, e implica el uso de recursos materiales y el gasto de energía. Igualmente, el autocuidado está entendido

como una función reguladora humana, ejecutada deliberadamente con cierto grado de complejidad y efectividad.

Dorothea E Orem <sup>33</sup> contempla el concepto de auto, como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales) y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que las personas inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Esta teoría articula un campo de conocimiento que guía las acciones de enfermería, en aras de satisfacer las demandas y promoción del ejercicio de autocuidado entre otras. Una persona para cuidar de sí misma es capaz de realizar las siguientes actividades: apoyar los procesos vitales y del funcionamiento normal, mantener el crecimiento, maduración y desarrollo normal prevenir o controlar los procesos de enfermedad o lesión, prevenir incapacidad (o su compensación) y promover el bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionalmente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón de comprender su estado de salud, y sus conocimientos en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. El autocuidado está influenciado por los factores básicos condicionantes (FBC) los cuales son factores internos y externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado o afectan al tipo y cantidad de autocuidado requeridos son:

Edad.

Sexo.

Estado de desarrollo.

Estado de salud.

Orientación sociocultural.

Factores del sistema de cuidado de salud, por ejemplo: diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.

Factores del sistema familiar.

Patrón de vida. (Incluye las actividades en las que se ocupa regularmente).

Factores ambientales.

Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Los requisitos de autocuidado son un componente principal del modelo y constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

Dorothea E Orem ha identificado o descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado que son los requisitos del autocuidado universal.

Así mismo, los requisitos del autocuidado universal representan las clases de relaciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantiene la estructura y funcionamiento y que a su vez apoyan el desarrollo y maduración del individuo. Cuando estos requisitos se proporcionan de manera efectiva el autocuidado refuerza la salud positiva y el bienestar de la persona son:

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de los excrementos.

Mantenimiento y equilibrio del reposo.

Mantenimiento y equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.

Promoción del funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal (normalidad).

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales para la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento del individuo. La finalidad de la atención en autocuidado es fomentar y promover la salud, prevenir las enfermedades, recuperar o rehabilitar la salud integral. A través del autocuidado se influye positivamente en el nivel de salud al lograr que los propios adultos mayores, familia y comunidad mejoren sus conocimientos y destrezas para cuidar su propia salud, fomentar su capacidad de decidirse a buscar ayuda profesional cuando sea necesario.<sup>34-36</sup>

Es una teoría interesante para llevarla a la vida cotidiana y para evaluar su aplicación en la práctica comunitaria.

El autocuidado en el adulto mayor con hipertensión es de vital importancia para llevar una vida saludable. Se deben tener en cuenta elementos como: la dieta, la realización de ejercicios físicos, el mantenimiento y equilibrio entre el reposo y la actividad, evitar el estrés, para que de esta manera se puedan reducir las complicaciones de esta entidad.

34-36

## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

Implementar un programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos pertenecientes al consultorio 17 del municipio Lajas, en el periodo de octubre de 2019 a junio de 2021.

### **Objetivos específicos:**

- Caracterizar los pacientes estudiados según variables socio-demográficas y clínicas.
- Determinar el nivel de conocimientos de los pacientes adultos mayores hipertensos, antes y después de la implementación del programa.
- Identificar modificaciones en las acciones de autocuidado después de la aplicación del programa.

## **Diseño metodológico**

Se realizó un estudio de intervención, pre-experimental, en el período de octubre de 2019 a julio del 2021 en el consultorio 17 del municipio Lajas, provincia Cienfuegos. La investigación se desarrolló en dos etapas: la primera dedicada a caracterizar los pacientes adultos mayores, hipertensos, la segunda a implementar el programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos no controlados e identificar las modificaciones en las acciones de autocuidado de los pacientes participantes en el programa posterior a su implementación.

**El universo** estuvo compuesto por los 205 pacientes adultos mayores hipertensos pertenecientes al consultorio 17 del municipio de Lajas, provincia Cienfuegos.

**Muestra.** Se utilizó un muestreo intencional, por criterio del investigador, la muestra estuvo conformada por los 74 pacientes de ambos sexos con hipertensión arterial, no controlada (Aquellos que en todas las tomas de presión arterial durante un año (4 como mínimo) han tenido cifras superiores a 140/90 mm/Hg), que cumplieron con los criterios de inclusión identificados. Para ello se contó con el consentimiento de la Dirección municipal de Salud del municipio Lajas, y el consentimiento informado de cada uno de los sujetos de la investigación. (Anexo 1y 2).

### **Criterios de inclusión**

Adultos mayores de 60 años de ambos sexos, hipertensos, no controlados, pertenecientes al consultorio 17 del municipio de Lajas, provincia Cienfuegos, sin deterioro cognitivo y con validismo. Que dieron su consentimiento para formar parte de la investigación.

### **Criterios de salida**

-Negación de las pacientes a continuar el estudio, cambio de residencia a otra provincia o municipio o de consultorio, por fallecimiento de los mismos.

### **Métodos del nivel empírico**

**El análisis de documentos:** se revisaron las historias clínicas individuales con la intención de obtener los datos generales y clínicos de interés para la investigación, como edad, sexo, nivel de escolaridad, color de la piel y el tipo de hipertensión, la historia evolutiva de la enfermedad y el nivel de control de la misma, tipo de

hipertensión arterial según grado, tipo de tratamiento, y adherencia terapéutica. Se exploraron además las historias de salud familiares para identificar la población adulta mayor del consultorio con diagnóstico de hipertensión, los grupos de dispensarización, se revisaron los exámenes periódicos de salud de los adultos mayores del consultorio para identificar los que presentaban deterioro cognitivo, y el Análisis de la Situación de Salud del consultorio 17.

### **Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión en adultos mayores hipertensos**

Objetivo. Se aplicó anterior y posterior a la implementación del programa con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos acerca de las características de la HTA, de los principales síntomas de descompensación de la enfermedad, conocimientos de los factores de riesgo que provocan crisis de hipertensión, conocimientos de las medidas para controlar la enfermedad, conocimientos de las complicaciones atribuibles a la hipertensión arterial.

Se realizó una tercera aplicación (específicamente de la pregunta 4 del cuestionario) al año de concluida la participación de los integrantes para identificar las modificaciones en las acciones de autocuidado de los pacientes adultos mayores hipertensos no controlados, después de la aplicación del programa

El mismo fue diseñado y validado en la investigación “Programa de autoayuda dirigido a pacientes adultos mayores hipertensos. Lajas, 2014”, realizada por la especialista en Medicina General Integral, Dra. Geisy Peña Feliciano. Por criterios de especialistas y fue implementado y validado en la práctica en la tesis para obtener el título de especialista en Medicina General Integral de la Dra. Yamile Martínez Sánchez en el 2019.

Para su realización se consumió el tiempo que necesitaron, las condiciones de iluminación y ventilación fueron adecuadas, se utilizaron preguntas cerradas y abiertas, se aplicaron de manera individual y personalmente. Anexo 3.

El cuestionario constó de 5 preguntas:

Pregunta 1. Valor de 8 puntos, para el que identificó la respuesta correcta, que engloban conocimientos acerca de las características de la HTA.

Pregunta 2. Valor de 8 puntos, para el que identificó la respuesta correcta, que engloban conocimientos de los principales síntomas de descompensación de la enfermedad.

Pregunta 3. Valor de 8 puntos, para el que identificó la respuesta correcta, que engloban conocimiento de los factores de riesgo que provocan crisis de hipertensión.

Pregunta 4. Valor de 8 puntos, para el que identificó la respuesta correcta, que engloban conocimiento sobre las medidas para controlar la enfermedad.

Pregunta 5. Valor de 8 puntos, para el que identificó la respuesta correcta, que engloban conocimiento de las complicaciones atribuibles a la hipertensión arterial.

Para evaluar el nivel de conocimientos de los adultos mayores acerca de la hipertensión arterial se confeccionó una escala, donde cada bloque tuvo un puntaje máximo de 8 puntos y contempló las categorías de alto, medio, bajo

La evaluación individual por preguntas se efectuó de la siguiente forma:

| <b>Nivel de conocimiento</b> | <b>Puntuación</b> |
|------------------------------|-------------------|
| Alto                         | 8 puntos          |
| Medio                        | 6 puntos          |
| Bajo                         | 4 puntos          |

**Medición de la presión arterial.** Se utilizó con el objetivo de identificar el control de la hipertensión que presentan los adultos mayores hipertensos. La medición de la presión arterial cumplió requisitos importantes para hacerlo con exactitud, puesto que a punto de partida de esta fueron precisadas las conductas apropiadas que individualmente se tomaron:

- Los pacientes descansaron 5 minutos antes de tomarle la presión arterial.
- No fumaron ni ingirieron cafeína por lo menos 30 minutos antes de tomar la presión arterial.
- Se realizó en posición sentada y con el brazo apoyado. En casos especiales se tomó en posición supina.
- El manguito de goma del esfigmomanómetro cubrió por lo menos dos tercios de la circunferencia del brazo, el cual estuvo desnudo.
- Se insufló el manguito, se palpó la arteria radial y se siguió insuflando hasta 20 mm Hg o 30 mm Hg por encima de la desaparición del pulso.

- Se colocó el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral en la fosa ante cubital y se desinfló el manguito, descendiendo la columna de mercurio o la aguja lentamente, a una velocidad aproximada de 2-3 mm/Hg por segundos.
- El primer sonido (Korotkoff I) se consideró la PA sistólica y la PA diastólica la desaparición del mismo (Korotkoff V). Es importante señalar que la lectura de las cifras fue fijada en los 2 mm/Hg o divisiones más próximos a la aparición o desaparición de los ruidos.

Se efectuaron dos lecturas separadas por 2 minutos como mínimo. Si la diferencia de las mismas difiere en 5 mm/Hg se efectuó una tercera medición y se promediaron las mismas. Se verificó en el brazo contralateral y se tomó en cuenta la lectura más elevada.<sup>21</sup>

A cada uno de los pacientes adultos mayores hipertensos, no controlados se le confeccionó un diario donde anotaron el registro de las cifras de la presión arterial obtenidas en las diferentes mediciones hechas durante el transcurso de un año. La primera cifra de presión arterial que se tomó como punto de partida para evaluar el control de la enfermedad fue la realizada en la sesión inicial del programa, a partir de este momento se le tomó la presión arterial a cada uno de los pacientes mensualmente durante un año. Se consideró paciente no controlado: aquel que en todas las tomas de presión arterial durante un año (4 como mínimo) tuvo cifras superiores a 140/90 mm/Hg

**Tabla. 1. Operacionalización de las variables sociodemográficas.**

| <b>Variables</b> | <b>Tipo</b>                    | <b>Definición conceptual</b>                | <b>Indicadores</b>                     | <b>Escala</b>                                |
|------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Edad</b>      | Cuantitativa continua          | Representa la edad biológica en años.       | Porcentaje de adultos mayores por edad | 60 – 70a<br>71– 80a<br>81-90 a<br>91 – y más |
| <b>Sexo</b>      | Cualitativa nominal dicotómica | Representa el sexo biológico de los adultos | Porcentaje de adultos mayores por sexo | Masculino<br><br>Femenino                    |
| <b>Nivel de</b>  | Cualitativa                    | Se establece                                | Porcentaje de                          | Sin instrucción                              |

|                         |                     |                                                                               |                                                    |                                                                              |
|-------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>escolaridad</b>      | ordinal             | tomando como referencia la clasificación internacional estándar de educación. | adultos mayores por nivel de escolaridad           | Primaria<br>Secundaria<br>Preuniversitario<br>o<br>Técnico<br>Universitario. |
| <b>Color de la piel</b> | Cualitativa nominal | Clasificación según color de la piel                                          | Porcentaje de adultos mayores por color de la piel | -Negra<br>-Mestiza<br>-Blanca                                                |

**Tabla. 2. Operacionalización de las variables clínicas.**

| <b>Variables</b>                                 | <b>Tipo</b>                    | <b>Definición conceptual</b>                                                                                                                                                                                                                    | <b>Indicador</b>                                                   | <b>Escala</b>                                           |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de hipertensión arterial según grado</b> | Cualitativa nominal dicotómica | Hipertensión arterial I cuando la cifra de presión arterial sistólica 120-139 mm/Hg diastólica 90 - 99 mm/Hg<br>Hipertensión arterial II cuando la cifra de presión arterial sistólica 160 o más mm/Hg diastólica 100 o más mm/Hg <sup>21</sup> | Porcentaje de adultos mayores según grado de hipertensión arterial | Hipertensión arterial I<br><br>Hipertensión arterial II |

|                                                  |                                |                                                                                                                                                                                     |                                                                           |                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de hipertensión arterial (etiología)</b> | Cualitativa nominal dicotómica | Esencial o primaria en aquellos casos en que la etiología es desconocida secundaria cuando los factores etiológicos son conocidos y se relacionan con otra enfermedad <sup>21</sup> | Porcentaje de adultos mayores según etiología de la hipertensión arterial | Esencial o primaria<br><br>Secundaria                                                                                                |
| <b>Tiempo de evolución de la enfermedad</b>      | Cuantitativa continua          | Años transcurridos con el diagnóstico de la enfermedad                                                                                                                              | Porcentaje de adultos mayores según tiempo de evolución de la enfermedad  | < 1 año<br>1-5 año<br>6-10 año<br>> 10 años                                                                                          |
| <b>Tipo de tratamiento</b>                       | Cualitativa nominal continua   | Conducta terapéutica asumida para controlar la hipertensión arterial <sup>21</sup>                                                                                                  | Porcentaje de adultos mayores según tipo de tratamiento                   | Farmacológico<br>IECA<br>Betabloqueadores<br>Anticálcicos<br>Diuréticos<br>No farmacológico<br>Dieta<br>Práctica de ejercicio físico |
| <b>Adherencia terapéutica.</b>                   | Cualitativa nominal dicotómica | Postura del paciente ante el tratamiento y la puesta en práctica de las                                                                                                             | Porcentaje de adultos mayores según nivel de adherencia terapéutica       | Si<br>No                                                                                                                             |

|                                 |                                |                                                                                                                                                 |                                                              |                             |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|                                 |                                | recomendaciones terapéuticas                                                                                                                    |                                                              |                             |
| <b>Control de la enfermedad</b> | Cualitativa nominal dicotómica | Paciente controlada: aquel que en todas las tomas de presión arterial durante un año (4 como mínimo) ha tenido cifras inferiores a 140/90 mm/Hg | Porcentaje de adultos mayores según control de la enfermedad | Controlada<br>No controlada |

**Tabla. 3. Operacionalización de la variable conocimientos acerca de la hipertensión arterial.**

| <b>Variable</b>                                                                  | <b>Tipo</b>           | <b>Definición conceptual</b>                                                   | <b>Indicadores</b>                                                                        | <b>Escala</b>                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Conocimientos acerca de las características de la HTA</b>                     | Cuantitativa continua | Conocimientos que poseen los pacientes acerca de las características de la HTA | Porcentaje de adultos mayores según conocimientos acerca de las características de la HTA | Alto 8 puntos<br>Medio 6 puntos<br>Bajo 4 puntos |
| <b>Conocimientos de principales síntomas de descompensación de la enfermedad</b> | Cuantitativa continua | Conocimientos de los principales síntomas de descompensación de la             | Porcentaje de adultos mayores según conocimientos de principales síntomas de              | Alto 8 puntos<br>Medio 6 puntos<br>Bajo 4 puntos |

|                                                                                    |                       |                                                                                                             |                                                                                                                |                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                                                                                    |                       | enfermedad                                                                                                  | descompensación de la enfermedad                                                                               |                                                  |
| <b>Conocimientos de los factores de riesgo que provocan crisis de hipertensión</b> | Cuantitativa continua | Conocimientos que poseen los pacientes acerca de los factores de riesgo que provocan crisis de hipertensión | Porcentaje de adultos mayores según los factores de riesgo que provocan crisis de hipertensión                 | Alto 8 puntos<br>Medio 6 puntos<br>Bajo 4 puntos |
| <b>Conocimientos de las medidas para controlar la enfermedad</b>                   | Cuantitativa continua | Conocimientos que poseen los pacientes acerca de las medidas para controlar la enfermedad                   | Porcentaje de adultos mayores según las medidas para controlar la enfermedad conocimientos que poseen          | Alto 8 puntos<br>Medio 6 puntos<br>Bajo 4 puntos |
| <b>Conocimientos de las complicaciones atribuibles a la hipertensión arterial</b>  | Cuantitativa continua | Conocimientos que poseen los pacientes acerca de las complicaciones atribuibles a la hipertensión arterial  | Porcentaje de adultos mayores según conocimientos de las complicaciones atribuibles a la hipertensión arterial | Alto 8 puntos<br>Medio 6 puntos<br>Bajo 4 puntos |

**Tabla. 4. Operacionalización de la variable acciones de autocuidado de los pacientes adultos mayores hipertensos no controlados.**

| <b>Variable</b>                                                                            | <b>Tipo</b>                        | <b>Definición conceptual</b>                                                                       | <b>Indicadores</b>                                                                                                      | <b>Escala</b>                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Acciones de autocuidado de los pacientes adultos mayores hipertensos no controlados</b> | Cualitativa<br>nominal<br>continua | Función reguladora humana, ejecutada deliberadamente con cierto grado de complejidad y efectividad | Porcentaje de adultos mayores según acciones de autocuidado de los pacientes adultos mayores hipertensos no controlados | Comer bajo de sal<br>Poco consumo de grasas<br>Bajar de peso<br>Llevar bien el tratamiento<br>Hacerse los análisis cuando correspondan<br>Tomarse la presión frecuentemente<br>Evitar el estrés |

#### **Programa. Anexo 4**

Título: “Conociendo sobre hipertensión”

Objetivo general: crear estilos de afrontamiento a la hipertensión arterial en los adultos mayores desde el autocuidado.

Objetivos específicos:

- Crear un ambiente agradable en los participantes para facilitar que los miembros del grupo se conozcan entre sí, así como la reflexión y participación grupal.
- Elevar el nivel de conocimiento que poseen los adultos mayores acerca de: la hipertensión arterial.
- Potenciar el reconocimiento adecuado de las principales consecuencias de la enfermedad.

- Propiciar la reflexión y el debate entre los participantes acerca de la hipertensión y los principales factores de riesgos que pueden provocarle las crisis hipertensivas.
- Propiciar la reflexión sobre la importancia de cumplir con el tratamiento, acudir al médico y la toma de la tensión arterial para el control de la enfermedad.
- Debatir acerca de los riesgos de la automedicación para la salud de los adultos mayores.
- Elevar el conocimiento que portan los adultos mayores acerca de las acciones de autocuidado para modificar factores y conductas de riesgos que contribuyen a que la hipertensión no esté controlada.
- Analizar críticamente y debatir acerca de las características del sueño de los adultos mayores.
- Desarrollar recursos personales en las gerontes que le permitan la solución de conflictos.
- Propiciar un espacio de participación conjunta entre los adultos mayores y sus familias, para sensibilizar a los familiares de los mismos, sobre lo importante que es su apoyo para afrontar la hipertensión.
- Ofrecer elementos que faciliten la creación de habilidades sociales, para afrontar situaciones problemáticas, desarrollando recursos personales que le permitan la solución de conflictos.
- Sistematizar los conocimientos adquiridos durante la aplicación del programa de autoayuda.
- Evaluar las transformaciones ocurridas a nivel individual y grupal, después de la aplicación del programa.

El programa de autoayuda se aplicó durante nueve semanas, con dos frecuencias semanales, con un tiempo de duración cada una de ellas de, una hora. Funcionó en el consultorio 17 del municipio de Lajas, provincia Cienfuegos.

Participaron 74 pacientes adultos mayores hipertensos no controlados, pertenecientes al consultorio 17 del municipio de Lajas. Se implementó en cuatro grupos constituidos por 16 participantes, fueron grupos cerrados, porque no admitió nuevos miembros, una vez comenzado su funcionamiento, para poder lograr los objetivos propuestos en cada sesión.

En la implementación del programa de autoayuda, se utilizaron los recursos humanos del área de salud, entrenados para la realización de las diferentes actividades propuestas como el médico de la familia del consultorio 17 del municipio Lajas, la enfermera, la psicóloga, especialista en medicina interna, la trabajadora social, todos miembros del grupo básico de trabajo de este consultorio, participaron además, el profesor de cultura física, que atiende el círculo de abuelos, la geriatra, la nutrióloga y la fisiatra del área de salud.

Las vías de acceso al programa, fueron el médico de la familia del consultorio 17 del municipio Lajas, la enfermera, la psicóloga, especialista en medicina interna, la trabajadora social, todos miembros del grupo básico de trabajo de este consultorio.

Los temas tratados fueron: Tema 1: “Conociéndonos”. Tema 2. “Conociendo sobre hipertensión”. Tema 3: “Qué debo saber” Tema 4: “Lo que no puedo olvidar” Tema 5: “El cuidado de su salud”. Tema 6: “Cómo duermo”. Tema 7: “Ante la tristeza ¿Qué hacer?”. Tema 8: “Compartiendo juntos”. Tema 9: “Crear habilidades sociales.” Tema 10: “Evaluación y cierre”.

Durante la primera semana se logró crear un ambiente agradable en los participantes para facilitar que se conocieran entre sí. Se realizó el diagnóstico de la problemática a tratar, anterior a la participación de los adultos mayores, en el programa de autoayuda para identificar los conocimientos acerca de la hipertensión arterial que poseían.

Durante las diferentes sesiones del programa se enfatizó en la reflexión de los adultos mayores acerca de: la hipertensión arterial y de los principales síntomas que las alertan acerca de que su presión arterial está elevada y el reconocimiento adecuado de las principales consecuencias de la enfermedad, complicaciones, los principales factores de riesgos que pueden provocarle las crisis hipertensivas. Para ello se realizaron actividades donde se utilizaron técnicas afectivo-participativas, de educación para la salud.<sup>56</sup>

Las cifras de la presión arterial obtenidas en las diferentes mediciones permitieron tanto a las pacientes como al médico evaluar la frecuencia de las mediciones de la presión arterial que las pacientes realizaron y posibilitó valorar el grado de control de la enfermedad, lo cual favoreció a la adherencia terapéutica.

Se introdujo además la práctica de ejercicios físicos. Se les explicó a los pacientes la importancia del ejercicio físico para compensar la presión arterial y se les entrenó en la realización de ejercicios de respiración y ejercicios de relajación las acciones anteriores se realizaron con la cooperación del profesor de cultura física y la psicóloga.

Se realizó la presentación del folleto “Hipertensión”, el cual se debatió con las ancianas, para la realización del debate se contó con la presencia de la geriatra y el especialista de Medicina Interna del Grupo Básico de Trabajo. La actividad fue dirigida por el médico de familia. Se emplearon los siguientes recursos y técnicas para la realización de las actividades presentación y debate del video educativo “Hipertensito”.

Para lograr un adecuado conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad, fue necesario tener en cuenta la información básica que debían conocer los pacientes hipertensos. Resulta necesario precisar que más que la mera transmisión de conocimientos sobre la enfermedad, se perseguía educar a los pacientes para un afrontamiento efectivo a la enfermedad hipertensiva, para ello se consiguió que la información fuera integrada y asimilada, de manera tal que propició cambios en sus actitudes, conductas y hábitos de vida que garantizaran una adecuada adherencia terapéutica.

Es importante señalar que las pacientes que participaron en la aplicación del programa presentaban una representación social de la enfermedad en la cual se han incorporado determinadas creencias erróneas acerca de la hipertensión arterial las cuales fueron tomadas como punto de partida, pues lo ya conocido fue utilizado como un instrumento para ir identificando elementos facilitadores o posibles obstáculos a nivel cognoscitivo y experiencial.

Para propiciar la reflexión sobre la importancia de cumplir con el tratamiento, acudir al médico y la toma de la tensión arterial para el control de la enfermedad y los riesgos de la automedicación para la salud de los adultos mayores. Se utilizaron técnicas de educación para la salud, técnicas de autocuidado, de afrontamiento, estrategias multimodales, técnicas de discusión grupal con énfasis en la consideración de las particularidades de los sujetos, la responsabilidad de cada una de ellos con su salud.

En estas actividades se explicó el carácter crónico de la hipertensión arterial, insistiendo en que si bien no es una enfermedad curable si es controlable. En este momento, se hizo hincapié en la responsabilidad de las pacientes en el control de su enfermedad.

Se informó a los pacientes que el tratamiento va a continuar durante varios años; pero que será revisado a intervalos regulares o modificado según el grado de control de la enfermedad. La afirmación de que el tratamiento es para toda la vida puede resultar desalentadora para muchas pacientes, que podrían abandonarlo.

Se fomentó una adecuada percepción del riesgo, informando a los pacientes sobre los riesgos asociados a la enfermedad en caso de no lograr su control; pero evitando caer en posiciones alarmistas y amenazantes que pueden generar falta de credibilidad, temor a la enfermedad, depresión, etc.

Se adiestraron en técnicas de autocuidado de la presión arterial con la cooperación de la enfermera de la familia. Se entrenaron a los ancianos a partir de técnicas de autoayuda para afrontar los estados emocionales negativos. Se le brindaron orientaciones que pueden adoptar como recursos personales para combatirlos.

Se realizó el diagnóstico de la problemática a tratar, posterior a la participación de los adultos mayores en el programa de autoayuda a través de una segunda aplicación del cuestionario, con el objetivo de identificar si se modificaron los conocimientos acerca de la hipertensión arterial y si se apropiaron de las técnicas de autocuidado, que permitan el control de su presión arterial, las participantes fueron reevaluadas por el médico de familia.

### **Métodos estadísticos y de análisis de la información.**

Se trianguló la información con el objetivo de analizar los datos de la investigación. Constituyó la recogida de datos desde distintos ángulos para compararlos y contrastarlos entre sí, control cruzado entre diferentes fuentes de datos: personas, instrumentos, documentos. Se usó el método de triangulación de fuentes o recogida de información de diversas procedencias.

Se confeccionó una base de datos empleando el paquete de programas SPSS versión 19.0 para Windows que permitió el procesamiento, análisis estadístico y la confección de las tablas de resultados, los que se mostraron en tablas de frecuencia y de relación de variables expresados en números y porcentajes, aplicándose Chi cuadrado. Se aplicó

el estadígrafo McNemar con valor de prueba  $p = 0.5$ . El procedimiento estadístico se realizó con un nivel de significación del 95%.

**Consideraciones éticas.**

La investigación se realizó con el consentimiento de todas las personas implicadas en ella, explicándoles que los datos brindados por ellas sólo se utilizaron con fines investigativos, solicitando su colaboración voluntaria. Además, se contó con la aprobación de la Dirección municipal de salud. (Anexos 1y 2)

## Análisis y discusión de los resultados

**Tabla 1. Distribución de los pacientes adultos mayores hipertensos del consultorio 17 según edad y sexo. Lajas 2019-2021**

| Edad                  | M<br>n=106 | %    | F<br>n=99 | %    | T<br>n=205 | %    |
|-----------------------|------------|------|-----------|------|------------|------|
| 60 – 69 <sup>a</sup>  | 41         | 38.6 | 39        | 39.3 | 80         | 39.1 |
| 70– 79 <sup>a</sup>   | 38         | 35.8 | 32        | 32.3 | 70         | 34.2 |
| 80-89 <sup>a</sup>    | 22         | 20.7 | 24        | 24.2 | 46         | 22.4 |
| 90 <sup>a</sup> y más | 5          | 4.7  | 4         | 4    | 9          | 4.3  |
| Total                 | 106        | 51.7 | 99        | 48.3 | 205        | 100  |

**Fuente. Historia de salud familiar**

La tabla 1 muestra que la distribución de los pacientes adultos mayores hipertensos según edad y sexo del consultorio 17 quedó conformada por los 205 adultos mayores, de ellos el 51.7 % pertenecen al sexo masculino y el 48.3% al femenino. Predominó la edad de 60-69 años en un 39.1%, se encontró un 22.4 % de octogenarios, con similar proporción en ambos sexos. Los resultados obtenidos se corresponden con la esperanza de vida de la población cubana y de la provincia de Cienfuegos cuya esperanza de vida es más elevada que la media nacional, de 80.17 años para el sexo femenino y 76.56 para el masculino.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Bell Planche<sup>37</sup> donde se observa que la mayoría de los pacientes hipertensos según edad y sexo se ubican entre 60 y 69 años de edad en ambos sexos, predominando el sexo masculino con 56.8 % de los pacientes estudiados.

Similares fueron los resultados del análisis estadístico realizado por Hernández Guerra y colaboradores<sup>38</sup>, donde se puede apreciar que en cuanto al sexo, predominaron los hombres representados por el 92.42 % del total, mientras que las mujeres representaron solo un 7.57 %. Hubo un predominio de edad entre 60 y 70 años representado por un 43.94 % del total, seguido por el grupo de edad de 71 años y más representados por un 36.36 %.

González Rodríguez<sup>39</sup> en cambio encontró un predominio de ancianos con edades comprendidas entre 80 y 89 años que representaron el 56.1 % de la población adulta

mayor hipertensa estudiada. Los demás grupos con mayor cantidad de adultos mayores incluyen los de 70 a 79 años para un 21.9 % y los de 60 a 69 años solo representaron 15 % del total, no existiendo diferencias en cuanto al sexo, coincidiendo estos resultados con diversos estudios realizados.

**Tabla 2. Distribución de los pacientes adultos mayores del consultorio 17 según nivel de escolaridad. Lajas 2019-2021**

| <b>Nivel de escolaridad</b> | <b>M<br/>n=106</b> | <b>%</b> | <b>F<br/>n=99</b> | <b>%</b> | <b>T<br/>n=205</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------|--------------------|----------|-------------------|----------|--------------------|----------|
| <b>Sin instrucción</b>      | 2                  | 1.8      | 1                 | 1        | 3                  | 1.4      |
| <b>Primaria</b>             | 56                 | 52.8     | 26                | 26.2     | 82                 | 40       |
| <b>Secundaria</b>           | 21                 | 19.8     | 31                | 31.3     | 52                 | 25.3     |
| <b>Preuniversitario</b>     | 12                 | 11.3     | 24                | 24.2     | 36                 | 17.5     |
| <b>Técnico</b>              | 11                 | 10.3     | 12                | 12.1     | 23                 | 11.2     |
| <b>Universitario</b>        | 4                  | 3.7      | 5                 | 5        | 9                  | 4.2      |

**Fuente. Historia de salud familiar**

En la tabla 2 se aprecia que el nivel de escolaridad predominante fue la primaria en el 40 % de los adultos mayores. El nivel de secundaria representó el con 25.3 % y el preuniversitario fue de un 17.5 % respectivamente. Lo antes expuesto traduce que existe un bajo nivel escolar ya que la mayoría se dedica a labores agrícolas lo que se corresponde con el dato obtenido.

Resultados homólogos obtuvo Loredó Figueroa et al<sup>40</sup> en su investigación sobre el nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor, donde el 32.8% de los participantes tenían la primaria incompleta y el 23.3% la habían completado.

Sin embargo, Duaro, Fernández y Peña<sup>41</sup> al estudiar la hipertensión arterial obtuvieron resultados diferentes en relación al nivel de escolaridad, donde predominó la secundaria básica terminada, con un total de 49 pacientes, lo que representó el 56.8%. De igual manera, se apreciaron diferencias en el estudio realizado por Arredondo, Martínez, González y Trench<sup>42</sup> donde los resultados obtenidos en la muestra acorde al nivel educacional, arrojaron un predominio del nivel medio educacional acorde al nivel promedio de la población cubana, a diferencia de otros estudios donde predominan los iletrados y nivel primario de salud.

El nivel de escolaridad resulta importante pues mientras más bajo es el nivel cultural de los pacientes menor es la probabilidad de acatar las observaciones e indicaciones médicas con respecto a su enfermedad, incidiendo de forma negativa en los resultados de la labor del equipo básico de salud.

Este hallazgo respecto al bajo nivel de escolaridad puede relacionarse con la etapa que vivieron estas generaciones, con menores oportunidades que en épocas posteriores, lo se convierte en una limitación significativa para el entendimiento y la comprensión de la educación, el seguimiento de recomendaciones y la toma de decisiones.

**Tabla 3. Distribución de los pacientes adultos mayores del consultorio 17 según color de la piel. Lajas 2019-2021**

| Color de la piel | Mn=106 | %    | Fn=99 | %    | Tn=205 | %    |
|------------------|--------|------|-------|------|--------|------|
| Negra            | 61     | 57.5 | 58    | 58.5 | 119    | 58.1 |
| Mestiza          | 23     | 21.6 | 12    | 12.1 | 35     | 17.1 |
| Blanca           | 22     | 20.7 | 29    | 29.2 | 51     | 24.8 |

**Fuente. Historia clínica individual**

En la tabla 3 muestra la distribución de pacientes adultos mayores según el color de la piel donde se observa un predominio de los adultos mayores hipertensos pertenecientes a la raza negra en el 58.1 % y pertenecen a la raza blanca el 24.8 %, siendo la raza una variable clínica a tener en cuenta en la evolución y tratamiento de la hipertensión.

En este sentido Díaz Cabezas<sup>43</sup> plantea que los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca, además de tener un peor pronóstico. Resultados similares obtuvieron Sierra, Martínez y Carmenate<sup>44</sup> en su estudio sobre hipertensión arterial y sus factores de riesgo, en relación a la distribución de los pacientes hipertensos por grupos de edades y color de la piel, observándose que predominó los adultos mayores de raza negra con un 55.29% frente a los pacientes de piel blanca representados por el 44.70 %,

Resultados diferentes hallaron Hernández Guerra y colaboradores<sup>38</sup> respecto al color de la piel, el mayor porcentaje estuvo dado por los sujetos de color de piel blanca con un 53,03 %, lo cual no coincide con la investigación realizada ya que existe un predominio de la raza negra en esta población.

**Tabla 4. Distribución de los pacientes adultos mayores del consultorio 17 por tipo de hipertensión arterial según grado de hipertensión arterial. Lajas 2019-2021**

| Tipo de hipertensión arterial según grado | M<br>n=106 | %    | F<br>n=99 | %    | T<br>n=205 | %    |
|-------------------------------------------|------------|------|-----------|------|------------|------|
| Hipertensión arterial I                   | 35         | 33   | 31        | 31.3 | 66         | 32.1 |
| Hipertensión arterial II                  | 71         | 66.9 | 68        | 68.6 | 139        | 67.8 |

**Fuente. Historias clínicas individuales e historia de salud familiar**

La tabla 4 muestra los resultados de la revisión de las historias clínicas individuales de los adultos mayores hipertensos estudiados, que en cuanto a las características clínicas relacionadas con la propia enfermedad, hubo un predominio de un 67.8 % de pacientes con hipertensión arterial tipo II, con un comportamiento similar en ambos sexos.

Resultados similares encontraron Alejos García y Maco Pinto<sup>45</sup> en su estudio sobre el nivel de conocimientos de hipertensión arterial en pacientes hipertensos, con respecto al total de pacientes hipertensos en la mayoría se registró valores de presión arterial que corresponden al estadio II según la última actualización de la AHA/ACC, es decir, valores superiores a 140/90 mmHg.

Resultados diferentes se encuentran en los estudios realizados por Bravo Averruz JC y Aguilar Arriola EJ<sup>46</sup> en su investigación sobre el manejo en Atención Primaria de Salud del paciente hipertenso, en lo que respecta al grado de Hipertensión Arterial la distribución de porcentajes fue la siguiente: el 42.0% corresponde a pacientes que padecen grado I de Hipertensión Arterial seguido de 36.0% para pacientes con grado II, el 5.0% restante de los pacientes sufrían de pre-hipertensión, no se registró ningún paciente con Presión Arterial Optima. Y se mostraron valores de un promedio de 140/90mmHg el cual representa la media. Para la moda el valor que más se repite es de 150/90mmHg por último el valor central de todos los datos corresponde a 150/90mmHg.

**Tabla 5. Distribución de los pacientes adultos mayores del consultorio 17 por tipo de hipertensión arterial (etiología). Lajas 2019-2021**

| Tipo de hipertensión arterial (etiología) | M<br>n=106 | %    | F<br>n=99 | %    | T<br>n=205 | %    |
|-------------------------------------------|------------|------|-----------|------|------------|------|
| Esencial o primaria                       | 82         | 77.3 | 78        | 78.7 | 160        | 78.1 |

|                   |    |      |    |      |    |      |
|-------------------|----|------|----|------|----|------|
| <b>Secundaria</b> | 24 | 22.6 | 21 | 21.2 | 45 | 21.9 |
|-------------------|----|------|----|------|----|------|

**Fuente. Historias clínicas individuales e Historia de salud familiar**

En la tabla 5 se aprecia que los adultos mayores hipertensos estudiados, en cuanto al tipo de hipertensión arterial según la etiología de la enfermedad, hubo un predominio en un 84.4 % de pacientes con hipertensión arterial esencial o primaria, en ambos sexos, solo 45 adultos mayores presentaron hipertensión arterial secundaria para un 21.9 %. Estos resultados son semejantes a los de Pérez Pupo y Rodríguez Lazo<sup>47</sup> donde 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 una factor desfavorable para el cumplimiento del tratamiento en estos pacientes.

Por su parte González Popa et al<sup>48</sup> realizaron una caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores, en cuyos resultados se refleja que en los 126 pacientes evaluados predominó la HTASA con 78 gerontes para un 62 %, mientras que con HTASD se encontraron solamente 48 adultos mayores lo que representó el 38 % del total de pacientes, predominando en ambos grupos los pacientes comprendidos entre 65-69 años para un 36 %, siguen en orden decreciente los pacientes comprendidos entre 70-74 años para un 26 %.

**Tabla 6. Distribución de los pacientes adultos mayores del consultorio 17 según tiempo de evolución de la enfermedad. Lajas 2019-2021**

| <b>Tiempo de evolución de la enfermedad</b> | <b>M<br/>n=106</b> | <b>%</b> | <b>F<br/>n=99</b> | <b>%</b> | <b>T<br/>n=205</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------------------|--------------------|----------|-------------------|----------|--------------------|----------|
| <b>&lt; 1 año</b>                           | 9                  | 8.5      | 6                 | 6.1      | 15                 | 7.3      |
| <b>1-5 año</b>                              | 10                 | 9.5      | 12                | 12.1     | 22                 | 10.7     |
| <b>6-10 año</b>                             | 36                 | 33.9     | 34                | 34.3     | 70                 | 34.2     |
| <b>&gt; 10 años</b>                         | 51                 | 48.1     | 47                | 47.5     | 98                 | 47.8     |

**Fuente. Historias clínicas individuales**

En la tabla 6 se observa que el tiempo de evolución de la hipertensión arterial en los adultos mayores estudiados, donde se observa que un 47.8 % la padece desde hace

más de 10 años, un 34.2 % entre seis a diez años y el 18 % presenta hipertensión desde hace menos de cinco años.

Pomares Avalos, Vázquez Núñez y Ruíz Domínguez<sup>49</sup> en una investigación con pacientes hipertensos en el Área II de la provincia de Cienfuegos, encontró resultados homólogos en tanto hubo un predominio de los pacientes que sobrellevan la enfermedad por más de 10 años. Es necesario señalar que a medida que este padecimiento se prolonga en el tiempo, la persona se hace más consciente del riesgo que acarrea, lo que trae consigo una implicación emocional y por tanto pasa a formar parte de los motivos de más alta jerarquía, y a partir de este momento los recursos personológicos se ponen en función de la enfermedad, lo que se traduce en un aprendizaje por parte del paciente de identificar sus síntomas para poder controlarla.

Minier Pouyou, Besse Díaz, Ríos Vega, Díaz Galván y Martínez Cantillo<sup>50</sup> al estudiar las particularidades clínicas, epidemiológicas y terapéuticas en pacientes hipertensos, coinciden con la presente investigación respecto al tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes encuestados siendo el período más significativo el de 10 a 14 años para ambos sexos, con el 54,9 % de las mujeres y el 43,9 % de los hombres.

**Tabla 7. Distribución de los pacientes adultos mayores del consultorio 17 según tipo de tratamiento. Lajas 2019-2021**

| <b>Tipo de tratamiento</b>                                         | <b>M<br/>n=106</b> | <b>%</b> | <b>F<br/>n=99</b> | <b>%</b> | <b>T<br/>n=205</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|-------------------|----------|--------------------|----------|
| <b>Farmacológico</b>                                               | 106                | 100      | 99                | 100      | 205                | 100      |
| <b>(IECA) Inhibidores de la enzimaconvertidora de angiotensina</b> | 73                 | 68.8     | 43                | 43.4     | 116                | 56.5     |
| <b>Betabloqueadores</b>                                            | 24                 | 22.6     | 14                | 14.1     | 38                 | 18.5     |
| <b>Anticalcicos</b>                                                | 23                 | 21.6     | 21                | 21.2     | 44                 | 21.4     |
| <b>Diuréticos</b>                                                  | 58                 | 54.7     | 33                | 33.3     | 91                 | 44.3     |
| <b>No farmacológico</b>                                            |                    |          |                   |          |                    |          |
| <b>Dieta</b>                                                       | 3                  | 2.8      | 5                 | 5        | 8                  | 3.9      |
| <b>Práctica de ejercicio físico</b>                                | 9                  | 8.4      | 12                | 12.1     | 21                 | 10.2     |
| <b>Adherencia terapéutica</b>                                      |                    |          |                   |          |                    |          |
| <b>Si</b>                                                          | 95                 | 89.6     | 87                | 87.8     | 182                | 88.7     |

|    |    |      |    |      |    |      |
|----|----|------|----|------|----|------|
| No | 11 | 10.3 | 12 | 12.1 | 23 | 11.2 |
|----|----|------|----|------|----|------|

#### **Fuente. Historias clínicas individuales**

En la tabla 7 se aprecia la distribución de los pacientes adultos mayores según tipo de tratamiento. El 100% tienen tratamiento farmacológico, el 38.8 % de los pacientes utiliza politerapia como tratamiento farmacológico. El análisis de la utilización de fármacos mostró que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) prevaleció en el 56.5 %, especialmente el enalapril y los diuréticos, preferentemente la hidroclorotiazida, fueron los fármacos más utilizados, ya sea como monoterapia o en combinaciones. Desde el punto de vista del tratamiento el 14.1 % utiliza tratamiento no farmacológico. El 24% de los pacientes no cumplen con el tratamiento indicado por su médico correctamente, solo el 76 % reconoce que se toma adecuadamente el tratamiento, un 18 % "toma las pastillas solo cuando tienen la presión alta", un 20% suspendió el tratamiento por no presentar síntomas, un 15 % refiere que "se les olvida el tratamiento" y un 19% "que a veces no había los medicamentos en la farmacia".

Similares resultados se obtuvieron en la investigación realizada por Díaz Piñera y otros<sup>51</sup> donde los medicamentos más utilizados para el control de la hipertensión fueron el Captopril en el 35,5 %, Clortalidona en el 34,1 %, Enalapril en el 26,0 % Hidroclorotiacida en el 22,4 %, Atenolol en el 14,2 % y Amlodipino en el 10,6 %. Se reportaron personas que ingerían entre uno y siete medicamentos.

Del mismo modo aconteció en el estudio realizado por López Vázquez<sup>52</sup> donde se observa que entre los medicamentos antihipertensivos más utilizados por los pacientes se encontraron el Enalapril para un 88,1 %, Amlodipino para un 88,9 % y Atenolol en el 92,3 % de los gerontes quienes alcanzaron la mayor adherencia terapéutica. En el cumplimiento de la terapéutica según el sexo se encontró que 92 pacientes del sexo femenino presentaban adherencia al tratamiento, lo que constituye 61.7 % del total de la muestra.

En este sentido, Pérez Pupo y Rodríguez Lazo<sup>47</sup> refieren que se conoce por cumplimiento y observación del tratamiento: el nivel de concordancia entre lo que el médico le ha prescrito el paciente y lo que este verdaderamente hace, la adherencia lleva implícita una connotación positiva como acto voluntario. Estos autores reportan que entre el 30 y 50 % de los pacientes no llevan el tratamiento correctamente y que

para considerar una buena adherencia al tratamiento es necesario que el fármaco hipotensor o las orientaciones facultativas se cumplan en un 75 %.

Aunque durante el tiempo de implementación de esta investigación se sumaron otras causas que condujeron a una variación en el cambio del tratamiento de los pacientes como fue la escases de medicamentos por la situación económica, el bloqueo impuesto a nuestro país y el avance de la pandemia por COVID 19, que recrudeció dichas situaciones, provocando ausencia de fármacos por largos periodos de tiempo como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y otros cuya comercialización desapareció de la red de farmacias, como la clortalidona, que conllevó al cambio e incremento de tratamientos, tanto por indicación médica como por voluntad propia de los pacientes según sus posibilidades, que provocó un incremento del descontrol de la tensión arterial que fue restableciéndose posteriormente con la estabilidad de la disponibilidad de los fármacos en la red de farmacia.

**Tabla 8. Distribución de los pacientes adultos mayores del consultorio 17 según control de la enfermedad. Lajas 2019-2021**

| <b>Control de la enfermedad</b> | <b>M<br/>n=106</b> | <b>%</b> | <b>F<br/>n=99</b> | <b>%</b> | <b>T<br/>n=205</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------|--------------------|----------|-------------------|----------|--------------------|----------|
| <b>Controlada</b>               | 51                 | 48.1     | 47                | 47.4     | 98                 | 47.8     |
| <b>No controlada</b>            | 55                 | 51.8     | 52                | 52.5     | 107                | 52.2     |

**Fuente. Historia clínica individual**

En la tabla 8 se aprecia la distribución de los pacientes adultos mayores, el 47.8 % presenta hipertensión controlada, mientras que 107 pacientes para un 52.2 % presentaron hipertensión no controlada. De los cuales 74 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión en el programa de autoayuda.

Los resultados alcanzados coinciden con los del estudio sobre el control de hipertensos realizado por Fernández y Alvizuri<sup>53</sup>, quienes plantean dentro de las causas que provocan las crisis de los pacientes: el tratamiento no farmacológico (cambios de estilos de vida) con gran frecuencia (más del 60 %) el incumplimiento por parte de los pacientes del tratamiento farmacológico. Hallazgos similares se plantean en la investigación sobre adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón realizada por Díaz, Herrera y Matéu<sup>54</sup> quienes

teniendo en cuenta los valores medidos de presión arterial en los pacientes estudiados, encontraron que el 62 % de ellos resultó controlado.

Resultados análogos mostró Achiong Estopiñán<sup>15</sup> en un estudio para identificar los factores asociados al control de la hipertensión arterial (HTA) en el municipio Cárdenas, ya que en el análisis correspondiente al tratamiento no farmacológico, se encontró que la dieta excesiva de sal, de grasa, el consumo insuficiente de frutas y vegetales y el fumar constituyeron factores asociados al no control de la hipertensión arterial.

No se coincide con los resultados alcanzados por Díaz Piñera et al<sup>51</sup> dado que en este estudio se encontró que más del 58 % de los pacientes estudiados tenían su tensión arterial controlada. Sin embargo, se hallaron en ellos elementos que favorecen el mal control de la tensión arterial, de los cuales algunos son derivados directos de un inadecuado seguimiento, de la no adherencia al tratamiento y otros responden a factores genéticos, socioeconómicos y de comportamiento individual. Entre las principales causas de no adherencia estos autores encontraron: el haber olvidado tomar los medicamentos, falta de tiempo, efectos indeseables, no seguimiento por el médico y razones económicas. En el estudio había pacientes donde coexistía más de una razón para no cumplir diariamente el tratamiento.

A este mal control de las cifras de tensión arterial también se añade la situación política económica y social en la que está sumergido nuestro país por las afectaciones sufridas con la pandemia del COVID 19 y el recrudecimiento del bloqueo que ha provocado dificultades con la disponibilidad de los medicamentos en las redes de farmacias de todo el país.

**Tabla 9. Distribución de los pacientes adultos mayores hipertensos no controlados pertenecientes al consultorio 17 del municipio de Lajas según nivel de conocimientos acerca de las características de la HTA, antes y después de la implementación del programa. Lajas 2019-2021**

| <b>Conocimientos acerca de las características de la HTA</b> | <b># que poseen conocimientos antes de la aplicación del programa n= 74</b> | <b>%</b> | <b># que poseen conocimientos después de la aplicación del programa n= 74</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                                                              |                                                                             |          |                                                                               |          |

|              |    |      |    |      |
|--------------|----|------|----|------|
| <b>Alto</b>  | 13 | 17.5 | 56 | 75.6 |
| <b>Medio</b> | 37 | 50   | 13 | 17.5 |
| <b>Bajo</b>  | 24 | 32.4 | 5  | 6.7  |

**Fuente. Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión en adultos mayores hipertensos.**

La tabla 9 muestra los resultados obtenidos en el diagnóstico sobre el nivel de conocimientos acerca de las características de la hipertensión antes de implementar el programa de los pacientes con diagnóstico de hipertensión no controlada que cumplieron con los criterios de inclusión para formar parte del programa donde un 50 % tienen un nivel medio de conocimientos y un 32.4 % presenta bajo nivel de conocimientos acerca de las características de la HTA, fundamentalmente en cuanto al tipo y nivel de hipertensión arterial que padecen, al indagar sobre el tipo de hipertensión arterial, el 48 % refirió tener “hipertensión emotiva”, pues por lo general esta se eleva cuando están nerviosos o estresados. Estas referencias indican dificultades en el conocimiento de su enfermedad, no obstante constituyen un indicador de que hay un reconocimiento en estos pacientes del papel que tienen los factores psicológicos en la hipertensión arterial.

El 48 % de los pacientes valoran que la enfermedad es curable, un 30% que no es preocupante y solo un 22 % la reconoce como una enfermedad crónica que hay que cuidar, lo que indica una inadecuada percepción de riesgo. De manera general alrededor de un 44 % de las pacientes no conocen los principales síntomas por los que identifican que su presión arterial está elevada.

Posterior a la implementación del programa se logró un aumento significativo del nivel de conocimiento acerca de las características de la hipertensión en el 75.6 % de los adultos mayores hipertensos, al compararlos con los del diagnóstico, mostraron una asociación significativa entre la presencia de conocimientos acerca de la hipertensión de los adultos mayores y su participación en el programa. Se demostró que los adultos mayores adquirieron conocimientos que les permiten conocer su enfermedad, fundamentalmente en cuanto al tipo y nivel de hipertensión arterial que padecen. Al indagar sobre el tipo de hipertensión arterial el 75.6 % refirió correctamente el tipo de hipertensión que padece. El 79 % la acepta como una enfermedad crónica que hay que

cuidar, lo que indica un aumento de la percepción de riesgo. Un 78 % de las pacientes identifican los principales síntomas que manifiestan cuando su presión arterial está elevada existiendo una alta significación.

Los resultados coinciden con Duardo, Fernández y Peña<sup>41</sup> en su intervención educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en el CMF La Caridad, donde al inicio de la intervención el 57% de los pacientes, demostraron conocimiento no adecuados en relación al tema. Sin embargo, al finalizar la intervención, se les aplicó nuevamente la encuesta, lográndose que el 91.9 % de la muestra alcanzara conocimiento adecuado sobre el tema en cuestión.

Pérez Pupo<sup>47</sup> obtuvo hallazgos semejantes en relación a los conocimientos que poseen los pacientes sobre las generalidades de la HTA, se observó conocimientos adecuados en un gran número de hipertensos (81), el 55,47 % de los encuestados conoce qué es la hipertensión arterial, sin embargo el 51,36 % poseen conocimientos en la categoría de regular sobre la evolución crónica de la enfermedad.

Se concuerda con los resultados obtenidos por Otaño Álvarez<sup>55</sup> en su intervención para prevenir enfermedades cerebrovasculares en adultos mayores vinculados a una casa de abuelos. Este autor identificó que los usuarios modificaron la información sobre los valores de presión arterial elevada y sus complicaciones en el 80% de los casos posterior a la intervención educativa, asimismo, se logró un aumento significativo del nivel de conocimiento en relación a los factores de riesgo modificables en un 92%.

García, Díaz y Gil<sup>56</sup> en su intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos, encontraron resultados homólogos, pues al inicio de su investigación el nivel de conocimientos era regular en el 49,1% de los pacientes y mal en el 43,3 %, mientras que después de implementada la intervención antes mencionada se lograron revertir estos resultados, observándose que el 89.1% alcanzó la calificación de bien en la evaluación cualitativa. Inicialmente fueron identificados errores conceptuales y desconocimiento en varios aspectos. Para el segundo corte todos estos aspectos fueron mejorados, más del 80% de los adultos mayores respondió correctamente. En cuanto al conocimiento del tratamiento no farmacológico se apreció que antes de aplicada la estrategia el mismo era poco conocido, es decir, menos de la

mitad del grupo (40 %) conocía sobre el tema, hecho que se modificó de forma significativa después y se logró que el 96,3 % conociera a que se refiere este término. Los datos expuestos corroboran la hipótesis de que la intervención educativa definitivamente constituye una herramienta fundamental en el tratamiento de la hipertensión arterial.

**Tabla 10. Distribución de los pacientes adultos mayores hipertensos no controlados pertenecientes al consultorio 17 del municipio de Lajas según nivel de conocimientos de principales síntomas de descompensación de la enfermedad, antes y después de la implementación del programa. Lajas 2019-2021**

| <b>Conocimientos de los principales síntomas de descompensación de la enfermedad</b> | <b># que poseen conocimientos antes de la aplicación del programa n= 74</b> | <b>%</b> | <b># que poseen conocimientos después de la aplicación del programa n= 74</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Alto</b>                                                                          | 17                                                                          | 22.9     | 55                                                                            | 74.3     |
| <b>Medio</b>                                                                         | 25                                                                          | 33.7     | 11                                                                            | 14.8     |
| <b>Bajo</b>                                                                          | 32                                                                          | 43.2     | 8                                                                             | 10.8     |
| <b>Conocimientos de las complicaciones atribuibles a la hipertensión arterial</b>    |                                                                             |          |                                                                               |          |
| <b>Alto</b>                                                                          | 9                                                                           | 12.1     | 51                                                                            | 68.9     |
| <b>Medio</b>                                                                         | 21                                                                          | 28.3     | 15                                                                            | 20.2     |
| <b>Bajo</b>                                                                          | 44                                                                          | 59.4     | 8                                                                             | 10.8     |

**Fuente. Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión en adultos mayores hipertensos**

En la tabla 10 se pueden apreciar los resultados obtenidos en el diagnóstico sobre el nivel de conocimientos acerca de los principales síntomas de descompensación de la enfermedad, en los pacientes estudiados el 43.2 % no supieron responder y el 33.7 % presentó un nivel de conocimiento medio, luego de la intervención educativa el 74.3 % alcanzó un nivel de conocimiento alto en el reconocimiento de los síntomas lo que demuestra que aún se debe seguir trabajando a pesar de la notable mejoría en este parámetro tan importante. En cuanto al conocimientos de las complicaciones atribuibles

a la hipertensión arterial antes de la aplicación del programa, se puede apreciar que existía un conocimiento bajo en la población estudiada sobre el hecho de que la hipertensión arterial causa complicaciones letales, en el 59,4 %, solo un 12.9 % tenía conocimientos acerca de estas complicaciones. Luego de la aplicación del programa el nivel de conocimientos sobre las complicaciones atribuibles a la hipertensión se elevó en un 68.9 %, solo el 10.8 % de los participantes mantuvo un nivel de conocimientos bajo.

Resultados similares se obtuvieron en la tesis de grado sobre automanejo del adulto mayor con hipertensión arterial de la peruana Norma Anselmo Casós<sup>57</sup>, donde se obtuvo en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad una calificación general de regular en el 45 %, deficiente en el 43 % y adecuado en solo el 12 % de los encuestados y en la dimensión conocimiento de signos y síntomas de descompensación la calificación fue de regular en el 69 %, deficiente en el 21 % y adecuado en el 10.

En cuanto a las complicaciones atribuibles a la hipertensión, Suárez y Ortiz<sup>58</sup> reportaron resultados homólogos en su estudio sobre conocimiento de los factores de riesgo modificables de enfermedades cardiovasculares en pacientes hipertensos, donde la mayoría de los encuestados (52.90 %) no conoció sobre los factores de riesgo de complicaciones cardiovasculares, desconociendo que la propia hipertensión además de la mala alimentación, la diabetes, el tabaquismo, el sedentarismo y el estrés entre otros factores, puede desencadenar el padecimiento de enfermedades cardiovasculares en pacientes hipertensos.

En este sentido, Carnero y Vallenas<sup>59</sup> realizaron un estudio del nivel de conocimiento de los adultos mayores hipertensos sobre complicaciones cardiovasculares, donde se reportó que el nivel de conocimiento en el 51,27 % de los usuarios fue de nivel medio, 27,85% de nivel bajo y un 20,89% tuvieron nivel de conocimiento general alto. La mayor parte de los encuestados (52%) tuvo un nivel bajo de conocimiento acerca de las medidas preventivas de complicaciones cardiovasculares de la hipertensión arterial.

**Tabla 11. Distribución de los pacientes adultos mayores hipertensos no controlados pertenecientes al consultorio 17 del municipio de Lajas, según nivel de conocimientos de los factores de riesgo que provocan crisis de hipertensión, antes y después de la implementación del programa. Lajas 2019-2021**

| <b>Conocimientos de los factores de riesgo que provocan crisis de hipertensión</b> | <b># que poseen conocimientos antes de la aplicación del programa n= 74</b> | <b>%</b> | <b>#que poseen conocimientos después de la aplicación del programa n= 74</b> | <b>%</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Alto</b>                                                                        | 9                                                                           | 12.1     | 53                                                                           | 71.6     |
| <b>Medio</b>                                                                       | 21                                                                          | 28.3     | 15                                                                           | 20.2     |
| <b>Bajo</b>                                                                        | 44                                                                          | 59.4     | 6                                                                            | 8.1      |

**Fuente. Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión en adultos mayores hipertensos**

En la tabla 11 se muestra un nivel bajo de conocimientos de los factores de riesgo que provocan crisis de hipertensión en el 59.4 % de los adultos mayores antes de la implementación del programa, mientras que se observó un incremento de su nivel de conocimientos posterior a implementar el programa. Estos resultados demuestran que existe una relación altamente significativa entre los resultados alcanzados antes del programa y los obtenidos posterior a su implementación, lo cual se aprecia en que el 71.6 % de los adultos mayores señalaron los factores de riesgo para presentar hipertensión arterial.

Es importante enfatizar que el 88 % señaló después de implementado el programa como los factores que provocan las crisis de hipertensión: la ingestión de sal, grasa, pan y café o té, y reconocen la ingestión de alcohol y el hábito de fumar como un factor de riesgo para ser hipertenso. El 75 % señaló otros factores como: no chequearse la presión regularmente, no asistir al médico e ingerir incorrectamente el tratamiento, un 73 % plantea la sobrecarga doméstica como factores de riesgo, el 82% reconoce abandonar el tratamiento, el 77 % señaló el exceso de peso, y la ingestión de medicamentos que eleven la presión arterial, como factores desencadenantes. El 40%

le atribuye las crisis a problemas emocionales y a las causas que los provocan, un 30 % menos que antes de implementar el programa.

Según estudios realizados por González Popa<sup>48</sup> en cuanto a conocimiento sobre factores de riesgo el 52 % identificó al sedentarismo, la obesidad, y el colesterol alto como factores de riesgo para padecer de hipertensión arterial sin embargo solo un 26.5% consideró que el exceso de peso es un factor de riesgo, lo cual se corresponde con los resultados obtenidos en el estudio.

Por su parte Álvarez Ramos<sup>60</sup> encontró que el nivel de conocimiento de los adultos mayores del Centro de Atención “Tayta Wasi” en Lima-Perú sobre el tipo de alimentación para la prevención de la crisis de hipertensión arterial fue alto en el 53.3 % de los gerontes, un nivel de conocimiento medio en el 40 % y un nivel de conocimiento bajo en el 6.6 % de los investigados. Estos resultados difieren a los hallados en la presente investigación.

**Tabla 12. Distribución de los pacientes adultos mayores hipertensos no controlados pertenecientes al consultorio 17 del municipio de Lajas, según nivel de conocimientos de las medidas para controlar la enfermedad, antes y después de la implementación del programa. Lajas 2019-2021**

| Conocimientos de las medidas para controlar la enfermedad | # que poseen conocimientos antes de la aplicación del programa n= 74 | %    | #que poseen conocimientos después de la aplicación del programa n= 74 | %    |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Alto</b>                                               | 19                                                                   | 25.6 | 59                                                                    | 79.7 |
| <b>Medio</b>                                              | 32                                                                   | 43.2 | 11                                                                    | 14.8 |
| <b>Bajo</b>                                               | 23                                                                   | 31   | 4                                                                     | 5.4  |

**Fuente. Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión en adultos mayores hipertensos**

La tabla 12 muestra que el nivel de conocimientos acerca de las medidas para controlar la enfermedad osciló entre medio en el 43.2 % y bajo en el 31 %, después de la participación en el programa el 79.7 % adquirió un nivel de conocimiento alto de las medidas para controlar la enfermedad.

Coincide con los resultados encontrados por González Popa<sup>48</sup> donde se observa que el 54.78 % de los encuestados conocían sobre las maneras de control de la hipertensión, un 43 % identificó que la dieta, el ejercicio y la disminución del consumo de grasa son importantes para controlar la hipertensión, siendo la práctica de ejercicios físicos la actividad más reconocida para el control de la hipertensión arterial por los encuestados. González Popa<sup>48</sup> plantea además la existencia de numerosos estudios clínicos y epidemiológicos que han demostrado que el ejercicio físico regularmente practicado como una actividad pequeña de 30 minutos al día, mejora el perfil aterogénico de las dislipidemias y baja el riesgo de padecer de hipertensión arterial, tiene un efecto favorable sobre el peso corporal y la función endotelial.

Para la implementación del programa de autoayuda fue necesario propiciar un espacio de participación conjunta entre los adultos mayores y sus familias, con el fin de sensibilizarlas sobre la importancia de su apoyo a los participantes, en el afrontamiento de la hipertensión, especialmente el control de la enfermedad.

Existió resistencia al inicio del programa por parte de los adultos mayores en relación a la práctica de ejercicios físicos, lo cual fue resuelto en la medida que avanzó su aplicación logrando mayor incorporación de los adultos mayores al círculo de abuelo del consultorio.

Por las limitaciones económicas de más de la mitad de los adultos mayores que restringen su acceso a alimentos más saludables como frutas y vegetales, así como por la escasez de estos en el mercado, a pesar de elevar los conocimientos en ellos acerca de la importancia de una dieta saludable para el control de la hipertensión arterial, resultó difícil modificar este indicador, para ello se tomó como alternativa introducir en el programa orientaciones de cómo preparar a partir de los alimentos que poseen, recetas de platos más saludables.

El registro de las cifras de la presión arterial obtenidas en las diferentes mediciones anotados en un carné o en un modelo de registro anexado a la historia clínica ambulatoria de los pacientes hipertensos participantes en el programa, permitió identificar al médico una estabilidad en las cifras de presión arterial, presentándose en más del 87 % de los gerontes cifras inferiores a 140/ 90 mm Hg, posterior a la tercera semana de trabajo.

**Tabla 13. Distribución de los pacientes adultos mayores hipertensos no controlados pertenecientes al consultorio 17 del municipio de Lajas, según acciones de autocuidado antes y al año de la implementación del programa. Lajas 2019-2021**

| <b>Acciones de autocuidado de los pacientes adultos mayores hipertensos no controlados</b> | <b># de pacientes hipertensos no controlados que realizan acciones de autocuidado antes de la aplicación del programa n= 74</b> | <b>%</b> | <b># de pacientes hipertensos no controlados que realizan acciones de autocuidado al año de la aplicación del programa n= 74</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Comer bajo de sal</b>                                                                   | 16                                                                                                                              | 21.6     | 56                                                                                                                               | 75.6     |
| <b>Poco consumo de grasas</b>                                                              | 22                                                                                                                              | 29.7     | 44                                                                                                                               | 59.4     |
| <b>Práctica de ejercicio físicos</b>                                                       | 14                                                                                                                              | 18.9     | 33                                                                                                                               | 44.5     |
| <b>Llevar bien el tratamiento</b>                                                          | 26                                                                                                                              | 35.1     | 59                                                                                                                               | 79.7     |
| <b>Hacerse los análisis cuando correspondan</b>                                            | 13                                                                                                                              | 17.5     | 61                                                                                                                               | 82.4     |
| <b>Tomarse la presión frecuentemente</b>                                                   | 42                                                                                                                              | 56.7     | 58                                                                                                                               | 78.3     |
| <b>Evitar el estrés</b>                                                                    | 3                                                                                                                               | 4        | 25                                                                                                                               | 33.7     |

**Fuente. Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión en adultos mayores hipertensos**

En la tabla 13 se pueden observar las acciones de autocuidado realizadas por los adultos mayores para compensar la presión arterial, solo el 21.6 % comían bajo de sal, solo el 29.7 % de ellos consumían pocas grasas y son muy pocos los que practicaban ejercicios físicos. Llevaba bien el tratamiento el 35.1 % y únicamente el 17.5 % se realizaban los complementarios cuando le correspondían. La acción de autocuidado

que más realizaban fue tomarse la presión frecuentemente en el 56.7 %. Luego de un año de implementado el programa el 75.6 % comenzó a comer bajo de sal, el 59.4 % disminuyó el consumo de grasas y comenzaron a practicar ejercicios físicos un 44.5 %. Se observó además un incremento en la adherencia al tratamiento en tanto un 79.7 % de los participantes en el estudio comenzó a realizar bien el tratamiento y el 82.4 % comenzó a realizarse los complementarios en el tiempo correspondiente, se modificaron en el 92 % algunas conductas de riesgos como: tomar medicamentos que elevan la presión arterial, no acudir con la frecuencia requerida a interconsultas con el médico y baja adherencia terapéutica.

En este sentido, Díaz e Infante<sup>61</sup> realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y la práctica de autocuidado en adultos mayores del Programa Adulto Mayor en el Centro de Salud Ciudad de Dios, Trujillo-Perú. Entre los resultados más significativos se refleja que el 61,0% de los adultos mayores tienen prácticas de autocuidado adecuados, el 39,0% tienen un nivel de conocimiento alto y el 22,0% conocimiento medio. Así mismo se mostró que el 39,0% de adultos mayores tienen prácticas inadecuadas de autocuidado, el 9,8% tienen un nivel de conocimiento alto, el 19,4% nivel de conocimiento medio y el 9,8% nivel de conocimiento bajo. Por lo cual, se evidencia que el valor de significancia es de 0,001, y se concluye que existe una relación significativa entre prácticas de autocuidado y el nivel de conocimiento.

Se encontró coincidencia con los resultados de Guado Fabián<sup>62</sup> en su estudio sobre la asociación entre conocimiento y autocuidado en pacientes hipertensos, donde se observa que el mayor porcentaje 58.2% del total de pacientes adultos mayores hipertensos poseen un nivel de autocuidado medio. Los pacientes en las encuestas afirmaron entre las acciones de autocuidado que realizan: la disminución del consumo de sal un 58% y grasas el 62%, un 58.7% aprendieron a balancear los alimentos, el 53.2% dan un mejor manejo al estrés, un 40.3% disminuyó el sedentarismo y en menor proporción con un 3,6% abandonaron el hábito de fumar.

Baca Narváez<sup>63</sup> en su intervención educativa acerca de los conocimientos y prácticas de autocuidado a pacientes con hipertensión arterial, identifica entre las prácticas de autocuidado que realizan los pacientes con hipertensión arterial: reducir la ingesta de

alcohol o cigarrillos, asistir a sus controles, tomar siempre sus medicamentos prescritos, tienen conocimiento de la actividad física y su importancia para disminuir niveles altos de la presión arterial, sin embargo pocos lo practican. La intervención educativa que se realizó fue calificada como de mucha importancia por los pacientes, quienes refirieron lo beneficioso que es para su salud tener conocimiento de su enfermedad y ponerlo en práctica, modificando el estilo de vida anterior como medida preventiva para la aparición de complicaciones.

**Tabla 14. Distribución de los pacientes adultos mayores del consultorio 17 según control de la enfermedad antes y al año de la participación en el programa. Lajas 2019-2021**

| <b>Control de la enfermedad</b> | <b>Antes de la aplicación del programa n= 74</b> | <b>%</b> | <b>Al año de la participación en el programa n= 74</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------|--------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------|----------|
| <b>Controlada</b>               | 0                                                | 0        | 65                                                     | 87.8     |
| <b>No controlada</b>            | 74                                               | 100      | 9                                                      | 12.2     |

**Fuente. Medición de la presión arterial. Historia clínica individual**

En la tabla 14 se observa el control de la presión arterial de los pacientes antes de la aplicación del programa y un año después de la primera medición de la presión arterial durante su participación en este, se constató una estabilidad en las cifras de presión arterial en el 87 % de ellos, con cifras inferiores a 140/ 90 mm Hg. Solo un 13% presentó cifras superiores a 140/ 90 mm Hg, en más de cuatro ocasiones, por lo que se consideró no controlado.

Resultados semejantes obtuvo Achiong Estopiñán<sup>15</sup> quien encontró dentro de sus resultados después de implementada la intervención integral educativa en hipertensión arterial, que los hipertensos controlados y la adherencia al tratamiento aumentaron, con diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,05$ . No hubo diferencias entre los cinco medicamentos más utilizados. En la post-intervención, presentaron asociación estadística significativa con hipertensos controlados: adherencia al tratamiento, dieta baja en sal y grasa, consumo de frutas y vegetales, y no fumar. Las medias de presión

diastólica, sistólica y las complicaciones disminuyeron, con diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,05$ .

Hallazgos semejantes exhibieron Mendoza López, Mendoza Sierra y Díaz Alonso<sup>64</sup> en su intervención educativa en pacientes hipertensos en el municipio 10 de Octubre, con el objetivo de modificar su nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y el control de la enfermedad. Entre los resultados más significativos se determinó el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial antes de implementada la intervención el que fue bajo y los temas preocupantes fueron: dieta, ejercicio físico, tratamiento, control y complicaciones de la hipertensión. Se diseñó y aplicó la intervención educativa logrando concientizar a los pacientes a mejorar la dieta, a practicar ejercicios físicos y sobre todo a mantener adherencia al tratamiento, evitando las complicaciones de la enfermedad, de esta manera se obtuvo un porcentaje muy elevado (80%) de control de la hipertensión en los pacientes participantes, elevándose notablemente su nivel de conocimientos sobre la patología.

## **Conclusiones**

En este estudio los adultos mayores hipertensos del consultorio 17 del municipio de Lajas, en el periodo 2019-2021, se encontraban predominantemente en el rango de edad de 60-69 años, con prevalencia del sexo masculino, nivel de escolaridad primaria, color de la piel negra, predominio de pacientes con hipertensión arterial tipo II, el tiempo de padecer la enfermedad fue mayor de diez años, más de la mitad no había logrado controlar su enfermedad y presentaban poca adherencia terapéutica. Antes de la implementación del programa de autoayuda los adultos mayores hipertensos, presentaban un bajo nivel de conocimientos de su enfermedad, síntomas de descompensación, principales factores de riesgos, complicaciones, medidas de control y acciones de autocuidado, asumiendo conductas de riesgos que contribuyen a que la hipertensión no esté controlada. Durante la aplicación del programa de autoayuda dirigido a los adultos mayores hipertensos, se enfatizó en la reflexión acerca de la hipertensión arterial y de los principales síntomas, en el reconocimiento adecuado de las consecuencias de la enfermedad, sus complicaciones, los principales factores de riesgos que pueden provocarle las crisis hipertensivas, las medidas de control de la hipertensión y en técnicas de autocuidado. Los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimientos acerca de la hipertensión posterior a implementar el programa, demostraron que el programa facilitó que los adultos mayores aumentaran los conocimientos acerca de su enfermedad y las prácticas de autocuidado.

## **Recomendaciones**

- La existencia de un programa de autoayuda dirigido a los pacientes adultos mayores hipertensos resulta de gran valor práctico asistencial, por lo que recomendamos valorar la necesidad de implementar el programa aplicado en otros contextos.
- El conocimiento y prácticas de autocuidado de la hipertensión arterial es un importante problema de salud que requiere para su adecuado enfrentamiento de mayor integración multidisciplinaria, multisectorial y familiar.
- Divulgar los resultados de la investigación entre los profesionales de la salud para desde el punto de vista comunitario, fortalecer la labor de prevención de las consecuencias de la hipertensión arterial.

## Referencias bibliográficas

1. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública [revista en internet]. 2015 [citado 7 de marzo 2019]; 17(5-6): 353-361. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892005000500007](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500007)
2. Organización Mundial de la Salud. Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud [documento en línea]. 2015 [citado 19 de marzo 2019]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2796%3Acrecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3Acrecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=en)
3. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. 45 ed. [En línea]. La Habana: Ciencias Médicas, 2019. [citado 19 de marzo 2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electrónico-Español-2018-ed-2019-compressed.pdf>
4. Oficina Nacional de Estadística e Información. El Envejecimiento de la Población. Cuba y sus territorios. Centro de estudios de Población y Desarrollo. [En línea]. La Habana, Marzo de 2018. [citado 19 de marzo 2019]. Disponible en <http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/envejecimiento2017.pdf>
5. Aguilera Velasco M. Intervención socioeducativa para la preparación de la jubilación en los adultos mayores. Rev. colomb salud ocupac [En línea]. 2015 [citado 19 de marzo 2019]; 3(1): 3-4. Disponible en: <http://revistasoj.s.unilibrecali.edu.co/index.php/rcso/article/view/79>
6. Vera Romero Óscar Eduardo, Failoc Rojas Virgilio Efraín, Vera Romero Franklin Miguel. Rol y condiciones estratégicas del médico dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional. Med. segur. trab. [Periódico na Internet]. 2015 Mar [citado 2019 Feb 05]; 61(238): 34-44. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465546X2015000100004&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2015000100004&lng=pt).

7. Giraldo Trujillo José C, Martínez José W, Granada Echeverry Patricia. Aplicación de la escala de Framingham en la detección de riesgo cardiovascular en empleados universitarios. Rev. Salud pública [periódico na Internet]. 2016 Ago [citado 2019 Feb 26]; 13(4): 633-643. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642011000400008&lng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000400008&lng=pt)
8. Da Silva Barreto M. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en la Internet]. 2015 [citado 2019 Mar 08]; 22(3):491-8. Disponible en:  
[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
9. Trindade Radovanovic C. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 jul.-ago [citado 2019 Feb 22]; 22(4):547-53. Disponible en:  
[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
10. Martínez MJA, Gutiérrez GT, Peñarrieta CMI, Flores BF, León HRC, Piñones MMS. La edad y sexo como factores condicionantes de control de enfermedad crónica en el primer nivel de atención: estudio retrospectivo. Cuid salud [Internet]. jul-dic 2015 [citado 2019 Feb 22]; 2(2):213-219. Disponible en:  
<http://www.eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/download/48/41>
11. Arias Morales Asdrúbal, García Hernández Ricardo, Oliva Pérez Maritza. Riesgo cardiovascular global en pacientes ancianos hipertensos. Rev cubana med [Internet]. 2015 Jun [citado 2019 Jun 03]; 53(2): 178-188. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232014000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000200007&lng=es).
12. Ruiz Mori Enrique, Ruiz M Hernán, Guevara Gonzales Leslye, Ortecho Arias Héctor, Salazar Rojas Ronald, Torres Mallma Cristina et al. Factores de riesgo cardiovascular en mayores de 80 años. Horiz. Med. [Internet]. 2015 Jul [citado 2019 Jun 03]; 15(3): 26-33. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2015000300005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000300005&lng=es).

13. Cruz Betancourt Anna, Martínez García Elizabeth, Lara Delgado Heber, Vargas Ramírez Liudmila, Pérez Pérez Abel. Morbilidad y mortalidad en adultos mayores, relacionada con las crisis hipertensivas. ccm [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Jun 03]; 19(4): 656-667. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812015000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000400006&lng=es)
14. Brevis Urrutia Ivonne, Valenzuela Suazo Sandra, Sáez Carrillo Katia. Educational effectiveness of nursing intervention on the modification of risk factors coronary. Cienc. enferm. [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Jun 03]; 20(3): 43-57. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300005>
15. Achiong Estupiñán F, Morales Rigau J, Acebo Figueroa F, González Hernández Y, Abreu Leon E, Vega Rico O. Intervención integral educativa en hipertensión arterial. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio de Cárdenas, 2015. Rev Méd Electrón [Internet]. 2015 Marz-Abr [citado: fecha de acceso]; 36(2). Disponible en:  
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol2%202014/tema06.htm>
16. Bonet GM, Varona PP, Chang LR, García LR, Suárez MR, Arcia MO et al. III Nacional de Factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014
17. Abbian F. et al. Guías 2013 para la monitorización de la presión arterial ambulatoria. Clin Invest Arterioscl. 2013; 25(2): 74-82
18. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman CW, Dennison-Himmelfarb C, Handler J et al. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA [Internet]. 2014 [citado 2018 Jun 03]; 311(5), 507-520. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.284427>
19. Herrera AD, de Armas Rojas N, González MD, de la Noval García R. Prehipertensión Arterial. Prevalencia y evolución en población cubana de 35 años y más. Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc. 2014; 19(3-4):142–6.
20. Vicente Peña E. Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento. Capítulo 8. Hipertensión arterial. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.

21. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión arterial. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
22. Oviedo RG, Niño O, Bellomío C, González RD, Guerra M. Entrenamiento, presión arterial y lípidos en adultos con prehipertensión. Retos. 2015; 27: 67-72
23. Salazar Cáceres Pedro Martín, Rotta Rotta Aida, Otiniano Costa Fanny. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet]. 2016 Ene [citado 2019 Jul 11]; 27(1): 60-66. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2016000100010&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010&lng=es).
24. Rubio Ruiz ME, Pérez Torres I, Soto ME, Pastelín G, Guarnier Lans V. Aging in blood vessels, Medicinal agents FOR systemic arterial hypertension in the elderly. Ageing Res Rev [Internet]. 2014 [citado 2019 Jul 11]; 18: 132-147. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2014.10.001>
25. Osorio Bedoya EJ, Amariles P. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. Rev Colomb Cardiol. [Internet]. 2018 [citado 2019 Jul 11]; 25( 3) : 209-221. Disponible en:  
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-avance>
26. González Rodríguez R, Cardentey García J, Otaño Arteaga A, Pérez González R. Aspectos epidemiológicos relacionados al envejecimiento poblacional en un área de salud. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta [revista en Internet]. 2015 [citado 2019 Ago 3]; 40 (12): [aprox. 0 p.]. Disponible en:  
<http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/356>
27. Observatorio Venezolano de Riesgo. Una aproximación a conocer la prevalencia de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida en Venezuela. Soc Venez Cardiol. 2014; 34(2):128-34.
28. Deborah Ofman S, Pereyra Girardi CI, Cófreces Pedro SD. Social representations study of arterial hypertension according to gender. Liberabit, [revista en Internet]. 2015 [citado 2019 Ene 14]; 21(1), 59-70. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272015000100006&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272015000100006&lng=es&tlng=en).

29. Barroso G, Calero S, Sánchez B. Evaluación Ex ante de proyectos: Gestión integrada de organizaciones de Actividad Física y Deporte. Quito: Editorial de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE; 2015.
30. Caldoza JJ, Balmaseda RF. Sistema de ejercicios para el tratamiento de la hipertensión arterial en las personas de la tercera edad de la comunidad 11 de abril del municipio Caroní. Lecturas: Educación Física y Deportes. 2015 Marzo; 18(190):1-8.
31. Rojas CA, Prado O, Mesa L. Ejercicios físicos para disminuir los niveles de hipertensión arterial en los adultos mayores de la comunidad Adicora, Estado Falcón. Lecturas: Educación Física y Deportes. 2015 Abril; 19(191):1-9.
32. Díaz Ramos, D. Intervención educativa para el control de la Hipertensión Arterial. Consultorio 111. Matanzas [Tesis de especialización]. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Genera; 2015.
33. D. Orem. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Ediciones Científicas y Técnicas; 1993. 130 p.
34. Prado LA, González M, Paz N, Romero K. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Med Electron [revista en Internet]. 2014 [citado 22 Feb 2016]; 36 (6): [aprox. 5p]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1139/html>
35. Fortes A, De Olivera MV, De Araujo TL. Teoría do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery [revista en Internet]. 2010 [citado 9 Jul 2014]; 14 (3): [aprox. 7p]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>
36. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco J. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. Revista Finlay [revista en Internet]. 2016 [citado 2019 Jul 11]; 6(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/400>
37. Bell Planche D. Intervención educativa en pacientes hipertensos. Rev. Electrón. Port Méd [Internet]. Junio 2016 [Citado 23 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/intervencion-educativa-pacientes-hipertensos/3>

38. Hernández Guerra Y, González Alonso J, Marrero Silva I, Mora Hernández C, Villafuerte Reinante J, Rodríguez Gómez A. Presencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en población supuestamente sana en Cienfuegos. Rev Finlay [Internet]. 2019 [citado 2020 Mar 4]; 9 (2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/654>
39. González Rodríguez Raidel, Lozano Cordero José Guillermo, Aguilar Méndez Ariadna, Gómez Domínguez Olga Lidia, Llanes Magalys Díaz. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Jul 11]; 33(2): 199-208. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252017000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200005&lng=es).
40. Loredó Figueroa RM, Gallegos Torres AS, Xequé Moralesb G, Palomé Vega A, Juárez Lirab O. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enferm Univ. Internet]. 2016 septiembre [citado 2019 Mar 16] ; 13(3):159-65 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-nivel-dependencia-autocuidado-calidad-vida-S1665706316300197?refere>
41. Duaro 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. Carib. Cienc. Soc. [Internet]. Julio 2019 [Citado 2020 Ene 23]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/riesgo-hipertension-arterial.html>
42. Arredondo Bruce Alfredo Enrique, Martínez Chávez Surama, González de la Cruz Ygber, Trench Rodríguez Lusmarys. Analysis of no adherence to treatment in hypertensive patients. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2018 Jun [citado 2020 Mar 06]; 40(3): 615-626. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000300004&lng=es)
43. Díaz Cabezas Ricardo. Conocimiento de síntomas y factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular en convivientes de personas en riesgo. Acta Neurol Colomb. [Periódico na Internet]. 2015Jan [citado 2021 Feb 26]; 31(1): 12-19. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87482015000100003&lng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482015000100003&lng=pt).

44. 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 [Internet]. 2018 [citado 2021 Feb 26]; 10(4): 291-301. Recuperado a partir de: <http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/638>
45. Alejos García ML, Maco Pinto JM. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos [Tesis de especialidad en línea] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia 2017 [Citado 2021 May 23]. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1007/Nivel\\_AlejosGarcia\\_Mireylle.pdf](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1007/Nivel_AlejosGarcia_Mireylle.pdf)
46. Bravo Averruz JC, Aguilar Arriola EJ. Manejo en Atención Primaria de Salud del paciente con Hipertensión Arterial atendido en el Centro de Salud Sócrates Flores Vivas Carazo, octubre - diciembre 2018 [Tesis de grado en línea] Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua 2019 [Citado 2021 May 23]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/12061/1/99191.pdf>
47. Pérez Pupo Randy David, Rodríguez Lazo Marisol. Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. CCM [Internet]. 2016 Sep [citado 2019 Ago 03] ; 19( 3 ): 406-417. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812015000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300003&lng=es).
48. González Popa María Isabel, González Rodríguez María del Rosario, Toirac Castellano Yudelis, Milanés Pérez Juan José. Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel. MULTIMED [Internet]. 2015 [citado 2019 Ago 03]; 19 (4): 19-30. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul154c.pdf>
49. Pomares Avalos A, Vázquez Núñez M, Ruíz Domínguez E. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Finlay [revista en Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 9]; 7(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>
50. Minier Pouyou Laidelbis, Besse Díaz Reinier, Ríos Vega Lina, Díaz Galván David, Martínez Cantillo Liliana. Particularidades clínicas, epidemiológicas y terapéuticas en pacientes hipertensos de una comunidad urbana. MEDISAN [Internet].

2018 Abr [citado 2019 Ago 03] ; 22( 4 ): 363-368. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192018000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000400005&lng=es)

51. Díaz Piñera A, Rodríguez Salvá A, García Roche R, Carbonell García I, Achiong Estupiñán F. Resultados de una intervención para la mejora del control de la hipertensión arterial en cuatro áreas de salud. Revista Finlay [revista en Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 4]; 8(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en:

<http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/621>

52. López Vázquez Santiago A, Chávez Vega Raúl. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Feb [citado 2020 Ago 03]; 15(1). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100006&lng=es)

53. Fernández Ventura O, Alvizuri Gómez EL. Cuidado de enfermería en adulto mayor con hipertensión arterial no controlada, atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes-Chiclayo 2018. [Tesis de especialidad en línea]. Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2019 [citado 2020 Ago 03]. 45p. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3349>

54. Díaz Molina Milena, Herrera Preval Yoanna, Matéu López Liliana. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. Rev Cubana Farm [Internet]. 2016 Dic [citado 2021 Jun 03]; 48(4): 588-597. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152014000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000400008&lng=es)

55. Otaño Álvarez, M. Proyecto de intervención para prevenir enfermedades cerebrovasculares en adultos mayores vinculados a una casa de abuelos. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2019; 30 (3).

56. García YR, Díaz JA, Gil A. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2019 Ago [citado 2021 Jun 13]; 12(4). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000400009&lng=es).

57. Anselmo Casós NG. Automanejo del adulto mayor con Hipertensión Arterial que acude al consultorio de medicina del Centro de Salud Mi Perú, Ventanilla- Callao, 2018. [Tesis de grado en línea]. Perú: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 2021 Octubre 23]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/18003>
58. Suárez Cárdenas GY, Ortíz Romaní K. Conocimientos sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en una Clínica de Lima, 2019. [Tesis de grado en línea] Lima: Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2020 [citado 2021 septiembre 12]. 56p. Disponible en: <http://repositorio.ucss.edu.pe/handle/UCSS/769>
59. Carnero Sotomayor BE, Vallenas Pedemonte, F. Nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre medidas preventivas de complicaciones cardiovasculares por hipertensión arterial en consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Dos de Mayo febrero – diciembre 2017. [Tesis de grado en línea]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2018 [citado 2021 septiembre 12]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1558>
60. Álvarez Ramos E. Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud. [Tesis de diploma]. Lima-Perú: Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2017.
61. Díaz Saldaña MM, Infante Sánchez EH. Conocimiento sobre hipertensión arterial y práctica de autocuidado-programa adulto mayor. [Tesis de grado]Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2020 [citado 2021 septiembre 12]. 113p. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15942>
62. Guado Fabián E. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, Consultorio de Cardiología, Hospital Nacional, Rev Enferm Herediana. 2016; 7 (2): 132-139.
63. Baca Narváez P. Intervención educativa acerca de los conocimientos y prácticas de autocuidado a pacientes con Hipertensión Arterial, Centro de Salud Francisco Morazán, Managua,II. [Tesis de especialización en línea]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016 [citado 2021 septiembre 13]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2303/1/40154.pdf>

64. Mendoza López DL, Mendoza Sierra AI, Díaz Alonso G. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos del consultorio 18. Policlínico “Luis Augusto Turcios Lima”. Municipio 10 de Octubre. Febrero-junio 2019.

EdumedHolguín2020. IX Jornada Científica de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud de Holguín. [citado 2021 octubre 31]. Disponible en: <http://edumedholguin2020.sld.cu/index.php/edumedholguin/2020/paper/viewPDFInterstitial/533/317>

## Anexos

### Anexo 1

#### Consentimiento informado institucional

El que suscribe: \_\_\_\_\_

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado: Programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos, del consultorio 17. Lajas 2019, previa explicación recibida por parte de la Dra. Sady Díaz Fleites, autora del mismo.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Director de la Institución

\_\_\_\_\_  
Firma Jefa del proyecto

## **Anexo. 2**

### **Consentimiento informado del paciente.**

El que suscribe: \_\_\_\_\_

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en participar en el proyecto de investigación titulado: Programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos, del consultorio 17. Lajas 2019, previa explicación recibida por parte de la Dra. Sady Díaz Fleites, autora del mismo.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora a los \_\_\_\_ Días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente      Firma Jefa del proyecto

### **Anexo 3**

#### **Cuestionario.**

Estimada paciente: estamos realizando un trabajo de investigación sobre: Hipertensión arterial en pacientes adultos mayores. Esta encuesta es confidencial y anónima, por lo que le agradecemos su cooperación esperando que nos responda con absoluta sinceridad.

**Instrucciones:** Marque con una x la respuesta

**1- Edad**\_\_\_\_ **Sexo**\_\_\_\_

#### **2-Nivel de escolaridad**

Sin instrucción--

Primaria ---

Secundaria Preuniversitario.----

Técnico---

Universitario.---

**3-Raza** -Negra\_\_\_-Mestiza\_\_\_-Blanca\_\_\_

#### **4--Tiempo que hace que padece de HTA**

1 año \_\_\_ 1-5 años \_\_\_ 6-10 años \_\_\_ 10 años

**5-Tipo de tratamiento que Ud. lleva para la presión** \_\_\_\_\_

Con medicamentos \_\_\_ dieta\_\_\_\_\_ con medicamentos y dieta\_\_\_\_\_

**6-Ud. conoce el tipo y nivel de HTA que posee.** Sí\_\_\_ no\_

**7-¿Ud. cumple con el tratamiento indicado por su médico correctamente?**

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

**8-Ud se realiza los análisis y chequeo de la presión arterial cuando su médico los indica.**

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

**9-¿Cuántas veces Ud. va al médico al año?**

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

**10-Ud se automedicado o ha tomado algo para bajar la presión sin que su médico se lo indique**

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

**11-De los siguientes elementos marque cuales considera sean factores de riesgo para presentar hipertensión**

El consumo de sal más de una cuchara de postre rasa Sí\_ No\_\_

El consumo de grasas Sí\_ No\_\_

Comer mucho pan y tomar café Sí\_ No\_\_

El exceso de peso Sí\_ No\_\_

El estrés Sí\_ No\_\_

Tener problemas familiares Sí\_ No\_\_

Estar alteradas Sí\_ No\_\_

El hábito de fumar Sí\_ No\_\_

Sobrecarga doméstica Sí\_ No\_\_

La herencia Sí\_ No\_\_

Trastorno del sueño Sí\_ No\_\_

Por tomar medicamentos que suben la presión Sí\_ No\_\_

Por otras enfermedades Sí\_ No\_\_

No atenderse con el médico Sí\_ No\_\_

No tomarse la presión Sí\_ No\_\_

**12-De estos aspectos cuales Ud. cree sean los que provocan las crisis de hipertensión**

Tomar medicamentos que suben la presión\_\_\_\_\_

Estar descompensado de otras enfermedades \_\_\_\_\_

No atenderse con el médico\_\_\_\_\_

No tomarse bien el tratamiento \_\_\_\_\_

Suspender el tratamiento \_\_\_\_\_

No descansar adecuadamente \_\_\_\_\_

Comer mucha sal\_\_\_\_\_

Alto consumo de grasas\_\_\_\_\_

Estar sobrepeso\_\_\_\_

Tener problemas familiares\_\_\_\_

Recibir malas noticias\_\_\_\_

Estar alteradas\_\_\_\_

Presenta trastornos del sueño\_\_\_\_

**13-Ud. ha incorporado algunas de estas modificaciones a su estilo de vida para hacerlo saludable:**

Comer bajo de sal Sí\_ No\_\_

Poco consumo de grasas Sí\_ No\_\_

Bajar de peso Sí\_ No\_\_

Llevar bien el tratamiento Sí\_ No\_\_

Hacerse los análisis cuando correspondan Sí\_ No\_\_

Tomarse la presión frecuentemente Sí\_ No\_\_

No alterarse Sí\_ No\_\_

**14-Marque los principales síntomas de que su presión arterial está elevada.**

Dolor de cabeza-

Enrojecimiento de la cara -

Calor en las orejas \_

No los conoce-\_\_

**15-Como Ud. valora su enfermedad:**

Es curable----- no es preocupante----- una enfermedad crónica que hay que cuidar-----

**16-De las siguientes conductas de riesgo para controlar su presión arterial .que a continuación se relacionan marque con una x cuales Ud. presenta.**

|                                           |  |
|-------------------------------------------|--|
| Tomar medicamentos que suben la presión   |  |
| Estar descompensada de otras enfermedades |  |
| No atenderme con el médico                |  |
| No tomarme bien el tratamiento            |  |
| Suspender el tratamiento                  |  |
| No descansar adecuadamente                |  |
| Comer mucha sal                           |  |

|                                                            |  |
|------------------------------------------------------------|--|
| Alto consumo de grasas                                     |  |
| Estar sobrepeso                                            |  |
| Estar alteradas                                            |  |
| Sobrecarga doméstica                                       |  |
| No realiza ejercicios físicos                              |  |
| Poco tiempo para relacionarse y hacer cosas que le gustan. |  |

## Anexo 4

### Programa de autoayuda dirigido al adulto mayor hipertenso.

**Título: “Conociendo sobre hipertensión”**

#### **SEMANA 1**

**Dos frecuencias semanales.**

**Primera sesión.**

**Tiempo de duración: 1 hora**

**Tema: “Conociéndonos”**

**Objetivo.** Crear un ambiente agradable en las participantes para facilitar que las miembros del grupo se conozcan entre sí, así como la reflexión y participación grupal.

#### **Actividades**

**1-Introducción**

**2-Técnica participativa de presentación**

**3-Presentación del programa**

**4-Encuadre.**

**5-Resumen y evaluación.**

#### **Desarrollo:**

**1- Introducción:** Muy brevemente, el coordinador (persona que imparte el programa ha determinado grupo) se presenta diciendo su nombre y explica los objetivos del mismo. En esta sesión estuvo presente todo el personal responsable de ejecutar las actividades, los cuales serán presentados a las ancianas. **Responsable.** Médico de la familia.

**2-Técnica participativa de presentación** la elección de la misma será según el criterio del ejecutor del programa en este caso se utilizó **La tela de araña.** Presentación de las participantes: con un rollo de estambre o hilo grueso el coordinador se sitúa en el centro de un círculo formado por Todos los participantes, le tira el rollo a cualquiera de ellas y quien lo recibe debe presentarse diciendo el nombre, la edad, de donde es, cuando la persona termina, le tira el rollo a otra cualquiera de ellas; pero se queda con el extremo del hilo, cada una se presenta respondiendo las mismas preguntas y así se formará entre todas una tela de araña.

**3-Presentación de la estrategia.** Los temas que tratarán durante la misma serán descritos en una pizarra o papelógrafo, dejando espacio entre uno y otro para que puedan incluirse algún tema que puede ser sugerido por las ancianas.

**4-Encuadre .**En este paso se definen colectivamente los objetivos que se persiguen, las funciones de las participantes (según sus preferencias) y del coordinador, las evaluaciones, la duración de las sesiones y de la estrategia, la frecuencia de los encuentros, hora, lugar, entre otras condiciones que se consideren necesarias.

Esto se realizará en forma de diálogo, escribiendo en la pizarra cada dato en particular.

**5-Resumen y evaluación .**Se pide a las participantes que definan con una palabra lo que han sentido durante esta sesión .De los comentarios que surjan en relación con estas emociones, se tendrá una idea de la forma en que las participantes asimilaban esta primera sesión de trabajo. Se les aplicará una encuesta para diagnosticar el nivel de conocimientos de los adultos mayores acerca de la hipertensión arterial.

### **Segunda sesión.**

**Objetivo.** Valorar el grado de control de la enfermedad, entrenar a los adultos mayores en la práctica de ejercicios físicos y técnicas de autoayuda para afrontar el estrés.

**Actividad 1.** A partir de esta sesión se les realizará la toma de la presión arterial a los adultos mayores las cuales confeccionarán un diario donde anotarán las cifras de tensión arterial.

El registro de las cifras de la presión arterial obtenidas en las diferentes mediciones en un carné o en un modelo de registro anexo a la historia clínica ambulatoria de los pacientes hipertensos, permitió tanto a las pacientes como al médico evaluar la frecuencia de las mediciones de la presión arterial que las pacientes realizan y posibilitará valorar el grado de control de la enfermedad, lo cual puede favorecer la adherencia terapéutica. **Responsable** enfermera.

**Actividad 2.** Deporte y vida. Se introduce la práctica de ejercicios físicos. Se explicará a las pacientes la importancia del ejercicio físico para compensar la presión arterial

**Responsable:** profesor de cultura física.

**Actividad 3.** Ejercicios de respiración

**Objetivo** dotar a los adultos mayores de unas técnicas de autoayuda para afrontar el estrés por ser uno de los factores de riesgos que más inciden en el aumento de las cifras de tensión sistólica y diastólica.

El objetivo de estos ejercicios es inhalar aire para botar las tensiones y suplir a todo el cuerpo con aire fresco. Los procedimientos de esta respiración se pueden aprender en pocos minutos y requieren menor tiempo que las otras técnicas

La terapéutica para la respiración aspira a lograr una determinada actitud y equilibrio. Las técnicas de respiración serán introducidas paulatinamente en las diferentes sesiones del programa (Ver anexo 1 del programa). **Responsable.** Psicólogo del GBT.

## **SEMANA 2**

### **Primera sesión.**

**Tiempo de duración: 1 hora**

### **Tema 2: “Conociendo sobre hipertensión”**

**Objetivo:** Elevar el nivel de conocimientos que poseen los adultos mayores acerca de: la hipertensión arterial. Y de los principales síntomas que las alertan acerca de que su presión arterial está elevada.

- Potenciar el reconocimiento adecuado de las principales consecuencias de la enfermedad.

### **Actividades**

#### **Actividad 1 Juego “El Correo”.**

#### **Actividad 2. Conociendo sobre hipertensión**

#### **Actividad 3.Lo que no se puede olvidar**

#### **Actividad 4. Resumen y cierre de la sesión.**

### **Desarrollo**

**Actividad 1. Juego “El correo”.** Todos los participantes sentadas en sillas que formen un círculo. El coordinador, parado en el centro del mismo, dice una característica que sea común a varias de las participantes, por ejemplo: las que tengan pulgas puestas. Al oír la indicación, todas las que tengan pulgas puestas deben cambiar de asiento entre sí, momento en que el coordinador aprovechará para ocupar un asiento, por lo tanto quedará un participante de pie que debe señalar otra característica, por ejemplo: las

que tengan puesto zapatos negros, y así se repite hasta que todas hayan cambiado de asiento al menos dos veces.

### **Actividad 2 Conociendo sobre hipertensión**

Se comenzará con la presentación del folleto hipertensión. Ver anexo

El cual se debatirá con las ancianas, para la realización del debate se contó con la presencia de la geriatra o el especialista de Medicina Interna del Grupo Básico de Trabajo la actividad será dirigida por el médico de familia .Se pueden emplear los siguientes recursos y técnicas para la realización de las actividades

Charlas educativas. Asesoramiento individual. Paneles. Discusiones grupales. Videos educativos. Trípticos informativos. Spot radiales y televisivos

### **Desarrollo**

Es necesario lograr un adecuado conocimiento de las pacientes acerca de su enfermedad. En este sentido es importante no perder de vista la información básica que se le debe transmitir. Información básica que debe conocer los pacientes hipertensos.

Resulta necesario precisar que más que la mera transmisión de conocimientos sobre la enfermedad, se persigue educar a las pacientes para un afrontamiento efectivo a la enfermedad hipertensiva, para ello es necesario conseguir que esa información sea integrada y asimilada, de manera tal que propicie cambios en sus actitudes, conductas y hábitos de vida que garanticen una adecuada adherencia terapéutica.

Dado que la hipertensión arterial tiene una gran frecuencia (prevalencia e incidencia) en nuestra población y sobre ella se ha conformado una representación social de la enfermedad en la cual se han incorporado determinadas creencias erróneas se sugiere explorar en el momento de la comunicación del diagnóstico qué conoce las pacientes sobre la HTA, qué representación mental tiene sobre la misma y cuáles han sido sus experiencias al respecto. Tomar como punto de partida lo ya conocido puede ser utilizado como un instrumento para ir identificando elementos facilitadores o posibles obstáculos a nivel cognoscitivo y experiencial.

El lenguaje empleado por el especialista debe ajustarse a las características de las pacientes, atendiendo fundamentalmente a su edad, nivel educacional y capacidad de comprensión.

**Actividad 4. Resumen y cierre de la sesión.** El coordinador hará un resumen breve de lo tratado en esta sesión resaltando los aspectos que considere más importantes.

### **Segunda sesión**

Tiene como objetivo Valorar el grado de control de la enfermedad, entrenar a los adultos mayores en la práctica de ejercicios físicos y técnicas de autoayuda para afrontar el estrés.

**Actividad 1.** Toma de la presión arterial a los adultos mayores las cuales anotarán las cifras de tensión arterial en un diario .**Responsable** enfermera

**Actividad 2.** Deporte y vida. **Responsable:** profesor de cultura física.

**Actividad 3.** Ejercicios de respiración

### **SEMANA 3**

#### **Primera sesión.**

#### **Dos frecuencias semanales**

**Tiempo de duración: 1 hora**

#### **Tema3: "Qué debo saber"**

**Objetivo:** propiciar la reflexión y el debate entre las participantes acerca de la hipertensión y los principales factores de riesgos que pueden provocarle las crisis hipertensivas.

#### **Actividades**

Actividad 1-Ejercicio "Lo adecuado y lo inadecuado".

Actividad 2. Los diez mandamientos de la hipertensión.

Actividad 3-Presentación de la segunda parte del folleto hipertensión.

Actividad 4.Ejercicios de relajación.

**Actividad 5. Evaluación y cierre.**

#### **Desarrollo**

**Actividad 1-Ejercicio "Lo adecuado y lo inadecuado".** Todos los participantes se encuentran de pie en el centro del local, previamente se han colocado unos carteles en extremos opuestos del mismo donde se lee "ADECUADO" en un cartel y en el otro "INADECUADO". El coordinador lee una información acerca de la hipertensión ejemplo: "Comer arroz con grí con manteca de puerco, no sube la presión "o "Hacer ejercicios físicos ayuda a controlar la presión", los participantes deben colocarse debajo del cartel

**INADECUADO** si piensan que no es cierta la información, o debajo del cartel, **ADECUADO** sí piensan que lo leído es una información válida. Varias miembros de cada grupo que se forme deben explicar por qué se han decidido por ese cartel, de esta forma se propicia un análisis sobre lo que es un estilo de vida adecuado el cual no afecte el control de la presión arterial.

Aquí el coordinador guiará a los participantes para que analicen estas o cualquier otra situación auxiliándose de un cuadro similar al que aparece en el anexo #2 del programa.

### **Actividad 2 .Los diez mandamientos de la hipertensión**

**Objetivo:** Elevar el nivel de conocimiento de los adultos mayores acerca de la hipertensión

**Actividad 3-**Presentación de la segunda parte del folleto hipertensión. Complicaciones de la hipertensión arterial. Se debatirá el contenido del folleto con los adultos mayores.

**Actividad 4.** A partir de esta sesión se introducirán los ejercicios de relajación. (Ver anexo 3 del programa).

**Actividad 5. Evaluación y cierre.** Se pide a las participantes que definan con una palabra lo que han sentido durante esta sesión .De los comentarios que surjan en relación con estas emociones, tendremos una idea de la forma en que las participantes asimilaban esta sesión de trabajo.

### **Segunda sesión**

Tiene como objetivo Valorar el grado de control de la enfermedad, entrenar a los adultos mayores en la práctica de ejercicios físicos y técnicas de autoayuda para afrontar el estrés.

**Actividad 1.** Toma de la presión arterial a los adultos mayores las cuales anotarán las cifras de tensión arterial en un diario .**Responsable** enfermera

**Actividad 2.** Deporte y vida. **Responsable:** profesor de cultura física.

**Actividad 3.** Ejercicios de respiración **Responsable. Psicólogo del GBT.**

### **SEMANA 4**

#### **Primera sesión.**

#### **Dos frecuencias semanales**

**Tiempo de duración: 1 hora**

#### **Tema 4: Lo que no puedo olvidar**

**Objetivo:** propiciar la reflexión sobre la importancia de cumplir con el tratamiento, acudir al médico y la toma de la tensión arterial para el control de la enfermedad.

Debatir acerca de los riesgos de la automedicación para la salud de los adultos mayores.

**Actividad 1. Mis favoritos.**

**Actividad 2.Lo que no se puede olvidar**

**Actividad 3.Técnica Discusión grupal**

**Actividad 4. Ejercicios de relajación.**

**Actividad 5.Evaluación y cierre**

#### **Desarrollo**

**Actividad 1. Mis favoritos.** Se realiza para estimular positivamente, comunicar características personales, gustos, aspiraciones, que permitan mayor conocimiento del grupo.

Se organiza el grupo en forma de semicírculo y se pasa una pelota donde el facilitador mande a detener la bola se le pregunta a la abuela:

Su color favorito.

Su canción favorita.

De la ciudad diga su lugar favorito.

Su familiar favorito.

Su deporte favorito.

**Responsable:** Enfermera.

**Actividad 2.Lo que no se puede olvidar**

En esta actividad es imprescindible explicar el carácter crónico de la HTA, insistiendo en que si bien no es una enfermedad curable si es controlable. En este momento, se deberá hacer hincapié en la responsabilidad de las pacientes en el control de su enfermedad.

Es necesario informar sobre la duración del tratamiento. Al respecto, resulta más adecuado informar a las paciente que el tratamiento va a continuar durante varios años pero que será revisado a intervalos regulares o modificado según el grado de control de la enfermedad. La afirmación de que el tratamiento es para toda la vida puede resultar desalentadora para muchas pacientes, que podrían abandonarlo.

De igual manera se deberá fomentar una adecuada percepción del riesgo, informando a las pacientes sobre los riesgos asociados a la enfermedad en caso de no lograr su control; pero evitando caer en posiciones alarmistas y amenazantes que pueden generar falta de credibilidad, temor a la enfermedad, depresión, etc.

### **Actividad 3. --Técnica discusión grupal**

Objetivo: Propiciar la discusión de un caso en el grupo

Todos los participantes se encuentran sentadas en círculos. El entrenador les da lectura inicialmente a la situación analizada un caso de una paciente que presenta una crisis hipertensiva por no llevar adecuadamente el tratamiento y no tener un estilo de vida adecuado. De manera individual cada anciana debe hacer un análisis de cuáles son las causas que ella considera que llevaron a la paciente a esta situación. **Responsable:** médico de familia.

**Actividad 4.** Ejercicios de relajación.

**Actividad 5. Evaluación y cierre** .Se pide a las participantes que definan con una palabra lo que han sentido durante esta sesión .De los comentarios que surjan en relación con estas emociones, tendremos una idea de la forma en que las participantes asimilaron esta sesión de trabajo.

### **Segunda sesión**

Tiene como objetivo Valorar el grado de control de la enfermedad, entrenar a los adultos mayores en la práctica de ejercicios físicos y técnicas de autoayuda para afrontar el estrés.

**Actividad 1.** Toma de la presión arterial a los adultos mayores las cuales anotarán las cifras de tensión arterial en un diario .Responsable enfermera

**Actividad 2.** Deporte y vida. Responsable: profesor de cultura física.

**Actividad 3.** Ejercicios de respiración **Responsable. Psicólogo del GBT.**

### **SEMANA 5**

**Primera sesión.**

**Dos frecuencias semanales**

**Tiempo de duración: 1 hora**

**Tema 5: El cuidado de su salud**

Elevar el conocimiento que portan los adultos mayores acerca de las acciones de autocuidado para modificar factores y conductas de riesgos que contribuyen a que la hipertensión no esté controlada

### **Actividades**

#### **Actividad 1-El cuento vivo**

#### **Actividad 2- Construcción grupal del concepto autocuidado**

#### **Actividad 3- Técnicas de autocuidado de la presión arterial**

#### **Actividad 4.Ejercicios de relajación.**

#### **Actividad 5. Evaluación y cierre.**

### **Desarrollo**

#### **Actividad 1-El cuento vivo**

Esta técnica se realiza con el objetivo de animar al grupo: El coordinador le pide que se sienten en círculo. Una vez sentado le comienza a hacer un relato sobre cualquier cosa, donde incorpore personajes animales en determinadas actitudes y acciones luego le pasa la palabra a otra compañera para que lo continúe, puede utilizar la representación

**Actividad 2 Construcción grupal del concepto autocuidado.** El facilitador les pregunta a las participantes que es el autocuidado y la autoayuda, se escuchan y se anotan todas las respuestas y se comparan con una definición que previamente esta anotada en una cartulina. Explicar cuál es la importancia del autocuidado y como se pueden descubrir y prevenir enfermedades con el uso de esta técnica. Poner ejemplos.

**Responsable:** Enfermera.

**Actividad 3Técnicas de autocuidado de la presión arterial** Se le solicita a los participantes que digan formas que ellas conozcan para autocuidar su presión arterial se le adiestra en el autocuidado de la presión **Responsable:** Enfermera.

**Actividad 4.** Ejercicios de relajación.

**Actividad 5. Evaluación y cierre** .Se pide a las participantes que definan con una palabra lo que han sentido durante esta sesión .De los comentarios que surjan en relación con estas emociones, tendremos una idea de la forma en que las participantes asimilaban esta sesión de trabajo.

### **Segunda sesión**

Tiene como objetivo Valorar el grado de control de la enfermedad, entrenar a los adultos mayores en la práctica de ejercicios físicos y técnicas de autoayuda para afrontar el estrés.

**Actividad 1.** Toma de la presión arterial a los adultos mayores las cuales anotarán las cifras de tensión arterial en un diario .Responsable enfermera

**Actividad 2.** Deporte y vida. Responsable: profesor de cultura física.

**Actividad 3.** Ejercicios de respiración

**Responsable. Psicólogo del GBT.**

## **SEMANA 6**

**Primera sesión.**

**Dos frecuencias semanales**

**Tiempo de duración: 1 hora**

**Tema 6: Cómo duermo**

**Objetivo:** Elevar **el conocimiento** de las características del sueño de los adultos mayores. Analizar críticamente y debatir acerca del tema.

Que los adultos mayores se apropien de recursos personales que contribuyan a la higiene del sueño.

**Actividades**

**1-Cómo duermo.**

**2-Técnica “Aprendiendo a dormir”.**

**3-Ejercicio de relajación.**

**4- Técnica de evaluación y cierre. “La palabra clave”.**

**Desarrollo**

**1-Cómo duermo-** Se le dice al grupo que cuando el facilitador mencione la frase “cómo duermo” la persona a la que se quede con la pelota completa la frase. **Responsable:** Enfermera.

**2-Técnica “Aprendiendo a dormir”.** Consiste en brindar medidas auxiliares que garantizan la higiene de los sueños. (Ver anexo 4 del programa).

**Responsable:** Enfermera.

**3-Ejercicio de relajación.** Ejercicios de relajación.

**Responsable:** Psicóloga

#### **4-Técnica de evaluación y cierre. “La palabra clave”**

Objetivo: Permitir al facilitador retroalimentarse de las vivencias y opiniones del grupo.

Descripción: Se le pide a cada miembro del grupo que exprese con una palabra lo que siente o piensa en relación con la sesión. A continuación se inicia la ronda y el facilitador debe poner cuidado en recoger cada palabra y quien la dijo.

**Responsable:** Enfermera.

#### **Segunda sesión**

Tiene como objetivo Valorar el grado de control de la enfermedad, entrenar a los adultos mayores en la práctica de ejercicios físicos y técnicas de autoayuda para afrontar el estrés.

**Actividad 1.** Toma de la presión arterial a los adultos mayores las cuales anotarán las cifras de tensión arterial en un diario .Responsable enfermera

**Actividad 2.** Deporte y vida. Responsable: profesor de cultura física.

**Actividad 3.** Ejercicios de respiración

#### **SEMANA 7**

##### **Primera sesión.**

##### **Dos frecuencias semanales**

**Tiempo de duración: 1 hora**

##### **Tema 7. Ante la tristeza ¿Qué hacer?**

**Objetivo** Desarrollar recursos personales en las gerontes que le permitan la solución de conflictos.

##### **Actividad**

**1-Técnica “Un buen consejo”.**

**2- Técnica "Disolviendo sentimientos negativos"**

**3-Ejercicio de relajación.**

**4-Técnica “Haciendo algo para crecer”:**

**6-Técnica de evaluación y cierre “Las tres sillas”.**

##### **Desarrollo**

Es conocido que los factores psicológicos, de personalidad, los estados emocionales negativos y el estrés se asocian con conductas de riesgo poco saludables que se relacionan con la HTA, se ha comprobado que ayudar a que las pacientes controle el

estrés y los estados emocionales negativos puede tener una influencia importante en la reducción de las cifras tensionales y en la reducción de conductas de riesgo.

**1-Técnica “Un buen consejo”.** Se entrenará a las ancianas a partir de técnicas de autoayuda para afrontar los estados emocionales negativos. Se le brindarán orientaciones que pueden adoptar como recursos personales para combatirlos.

**Responsable:** Enfermera.

## **2- Técnica "Disolviendo sentimientos negativos"**

Cuando tengas sentimientos negativos no te lo prohíbas, pero guarda un momento tuyo al día, para pensar en ello, en un lugar tranquilo no menos de una hora, ni más de hora y media. Cuando aparezcan pensamientos y sentimientos perturbadores, te dices a ti mismo: “Ahora tengo otras cosas en las que tengo que pensar, pensaré sobre esto en el tiempo previsto para ello”. Los días impares, pon por escrito, los sentimientos indeseados, al menos durante una hora, aunque ello signifique repetir una y otra vez las mismas frases. Los días pares, durante al menos una hora, leer lo escrito al día anterior y después lo rompes.

**Responsable:** Psicóloga

## **3-Ejercicio de relajación. Responsable: Psicóloga**

### **4- Técnica “Haciendo algo para crecer”:**

Los participantes deben hacer una lista de:

Lugares que le gustaría visitar de la ciudad.

Actividades nutritivas que les dan vida, alegría, ánimo, fuerza.

**Responsable:** Enfermera.

## **6-Técnica de evaluación y cierre “Las tres sillas”.**

Objetivo: Permitir al facilitador retroalimentarse de las vivencias y opiniones del grupo.

Descripción: Ponemos tres sillas una al lado de la otra; cuando la persona se sienta en la primera silla expresa sus vivencias al inicio de la actividad o también, a sentarse en la segunda silla manifiesta lo que experimentó durante la sesión y en la última silla comenta sobre las vivencias al final de la actividad. También de acuerdo al desarrollo de la sesión se podría explorar las vivencias más relacionadas con la comunicación: “Cómo llegué, cómo me sentí, cómo me voy.”

## **Segunda sesión.**

Tiene como objetivo Valorar el grado de control de la enfermedad, entrenar a los adultos mayores en la práctica de ejercicios físicos y técnicas de autoayuda para afrontar el estrés.

**Actividad 1.** Toma de la presión arterial a los adultos mayores las cuales anotarán las cifras de tensión arterial en un diario .Responsable enfermera

**Actividad 2.** Deporte y vida. Responsable: profesor de cultura física.

**Actividad 3.** Ejercicios de respiración

## **SEMANA 8**

### **Dos frecuencias semanales**

#### **Primera sesión.**

**Tiempo de duración: 1 hora**

**Tema:** Compartiendo juntas.

**Objetivo:** Propiciar un espacio de participación conjunta entre los adultos mayores y sus familias, para sensibilizar a los familiares de los mismos, sobre lo importante que es su apoyo para afrontar la hipertensión.

#### **Actividad**

**Actividad 1**“Compartiendo juntas”...

**Actividad2**Ejercicio de relajación.

**Actividad3-Técnica** “Pide permiso para abrazar”

**Actividad4- Técnica de evaluación y cierre.** “Cómo la pase”

#### **Desarrollo**

**Actividad 1** “Compartiendo juntas”.

Objetivo: Propiciar la discusión de un caso en el grupo.

Procedimiento:

Todos los participantes se encuentran sentadas en círculos al igual que sus familiares. El entrenador les da lectura inicialmente a una situación donde los adultos mayores se vean afectadas en relación a la atención a sus problemas de salud especialmente en el control de la hipertensión por sobrecarga doméstica o por falta de apoyo familiar .De manera individual las participantes y su familiares debe hacer un análisis de cuáles serían las respuestas que darían si se encontraran en esa situación y luego debe

argumentarla con la intención de convencer a los demás de que es la solución más acertada. Cada una debe defender su punto de vista y al final ponerse de acuerdo.

**Actividad 2 Ejercicio de relajación.** Todos los adultos mayores continúan entrenándose en relajación.

### **Actividad3-Técnica “Pide permiso para abrazar”**

Objetivo: Fortalecer las relaciones afectivas y relaciones interpersonales.

La técnica consiste en que cada una de las miembros del grupo con los ojos cerrados, se abrazarán unas a otras para favorecer el contacto humano y las relaciones interpersonales. Cuando abran los ojos.

En un papelógrafo aparecerá la consigna.

- Necesitamos abrazos frecuentes.
- Necesitamos abrazos diarios:
- 4 para sobrevivir.
- 8 para mantenernos.
- 12 para crecer.

**¡Pide permiso para abrazar!**

### **Actividad 4- Técnica de evaluación y cierre. “Cómo la pase”**

Objetivo: Permitir al facilitador retroalimentarse de las vivencias y opiniones del grupo.

Descripción: Se le pide a cada miembro del grupo que exprese con una palabra lo que siente o piensa en relación a cómo se sintió en la sesión. A continuación se inicia la ronda y el facilitador debe poner cuidado en recoger cada palabra y quien la dijo.

**Responsable:** Enfermera.

### **Segunda sesión**

Tiene como objetivo Valorar el grado de control de la enfermedad, entrenar a los adultos mayores en la práctica de ejercicios físicos y técnicas de autoayuda para afrontar el estrés.

**Actividad 1.** Toma de la presión arterial a los adultos mayores las cuales anotarán las cifras de tensión arterial en un diario .Responsable enfermera

**Actividad 2.** Deporte y vida. Responsable: profesor de cultura física.

**Actividad 3.** Ejercicios de respiración **Responsable. Psicólogo del GBT.**

### **SEMANA 9**

## **Dos frecuencias semanales**

### **Primera sesión.**

**Tiempo de duración: 1 hora**

**Tema 9: “Crear habilidades sociales.”**

**Objetivo:** Ofrecer elementos que faciliten la creación de habilidades sociales, para afrontar situaciones problemáticas, desarrollando recursos personales que le permitan la solución de conflictos.

### **Actividad**

**Actividad1-Técnica “Deje aquí su carga pesada... y recoja alegría”.**

**Actividad2 Gerocultura.**

**Actividad3- Ejercicio de relajación.**

**Actividad 4.Evaluación y cierre**

### **Desarrollo**

**Actividad1Técnica “Deje aquí su carga pesada... y recoja alegría”.**

Antes de entrar al local, cada participante toma una tarjeta en blanco y escribe aquello que identifique como su carga pesada y se desprende de ella colocándola en una bolsa. Después recogen un mensaje que les genere alegría o algún obsequio, se comunican con los demás y expresan como se han sentido. **Responsable:** Enfermera.

**Actividad2 Gerocultura.** Presentación de manifestaciones culturales por los adultos mayores del grupo tales como declamar, cantar pintar, entre otras. **Responsable:** Enfermera.

**Actividad3- Ejercicio de relajación .Responsable:** Psicóloga

**Actividad 4.Evaluación y cierre .**Se pide a las participantes que definan con una palabra lo que han sentido durante esta sesión .De los comentarios que surjan en relación con estas emociones, tendremos una idea de la forma en que las participantes asimilaban esta sesión de trabajo.

### **Segunda sesión**

Tiene como objetivo Valorar el grado de control de la enfermedad, entrenar a los adultos mayores en la práctica de ejercicios físicos y técnicas de autoayuda para afrontar el estrés.

**Actividad 1.** Toma de la presión arterial a los adultos mayores las cuales anotarán las cifras de tensión arterial en un diario .Responsable enfermera

**Actividad 2.** Deporte y vida. Responsable: profesor de cultura física.

**Actividad 3.** Ejercicios de respiración **Responsable. Psicólogo del GBT.**

## **SEMANA 10**

### **Dos frecuencias semanales**

**Primera sesión.**

**Tiempo de duración: 1 hora**

**Tema 10: Evaluación y cierre.**

**Objetivo** Sistematizar los conocimientos adquiridos durante la aplicación del programa de autoayuda

Evaluar las transformaciones ocurridas a nivel individual y grupal, después de la aplicación del programa.

**Actividad**

**Actividad 1 “Esto me recuerda”**

**Actividad diagnóstica**

**Actividad 3 “El Regalo de la Alegría”**

**Desarrollo.**

**Actividad 1 “Esto me recuerda”.** Esta técnica se emplea con el objetivo de animar al grupo y lograr concentración. Todos las participantes se sientan en círculo, unos de las participantes recuerda una cosa en voz alta comenzando por la derecha el resto de las participantes manifiestan en voz alta lo que a cada uno de ellas eso le hace recordar espontáneamente. Quien tarde más de 10 segundos en responder, da una prenda o sale del ejercicio.

**Actividad diagnóstica:** Se realizará el diagnóstico de la problemática a tratar, posterior a la participación de las ancianas en el programa de autoayuda para conocer si se modificaron los conocimientos acerca de la hipertensión arterial, y si se apropiaron de técnicas de autocuidado que permitan el control de su presión arterial, aplicando el cuestionario utilizado en la fase diagnóstica, los ancianas serán reevaluadas por el médico de familia.

**Actividad 3 “El Regalo de la Alegría”**

Objetivo: Facilitar estrechar vínculos afectivos entre los adultos mayores.

Brindar la posibilidad a las participantes de expresar sus experiencias individuales y grupales con respecto al programa de autoayuda.

Procedimiento:

Todos los participantes se dividen en dos. El entrenador introduce la idea de que cada persona debe confeccionar imaginariamente un regalo para su compañera, el cual le debe ocasionar mucha alegría. Las parejas conversan unos minutos sobre sus gustos e intereses. Luego reunidas en grupos se provoca la verbalización de los regalos. Posteriormente la persona que lo desee puede realizar un regalo a otra integrante del grupo.

En un segundo momento se reflexiona sobre el programa de autoayuda y cada participante expresa su criterio del mismo. Para cerrar el facilitador ofrece las conclusiones y su valoración final.

**Responsable:** Médico de familia

### **Segunda sesión**

Tiene como objetivo Valorar el grado de control de la enfermedad, entrenar a los adultos mayores en la práctica de ejercicios físicos y técnicas de autoayuda para afrontar el estrés.

**Actividad 1.** Toma de la presión arterial a los adultos mayores las cuales anotarán las cifras de tensión arterial en un diario .Responsable enfermera

**Actividad 2.** Deporte y vida. Responsable: profesor de cultura física.