



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEFUEGOS.

“RAÚL DÓRTICOS TORRADO”

**Tesis para optar por el título de Especialista en 1^{er} Grado en Medicina
General Integral.**

**Título. Intervención educativa sobre conocimientos de
hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en
adultos mayores hipertensos. Cruces. 2022-2025**

Autor: Dra. Yuneisy Laura Correa Consuegra.

Tutor: Dra. Milagros de la Caridad Ayo Pérez **

Asesora: Dra. María Caridad Sánchez Macías. ***

**** Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor asistente**

*****Especialista de Primer Grado en Medicina General**

2025

“Año 67 de la Revolución”

Resumen

Fundamentación: Es imprescindible fomentar prácticas de autocuidado efectivas que propicien el control de la HTA. Entre los principales retos que enfrenta actualmente la salud cubana, se encuentra el envejecimiento poblacional. Se realizó una investigación con el **objetivo** implementar intervención educativa para aumentar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas de autocuidado en los adultos mayores hipertensos del CMF No 9 del municipio Cruces, en el período diciembre 2022 a mayo 2025. **Tipo de estudio y diseño:** intervención educativa. El **universo** lo conformaron 164 adultos mayores y la **muestra** 42 pacientes seleccionada a través de un muestreo no probabilístico intencional. Se emplearon **métodos** empíricos y de estadísticas descriptivas **Conclusiones:** La implementación de la intervención educativa aumentó el nivel de conocimientos sobre la HTA y las prácticas de autocuidado de los adultos mayores hipertensos demostrado la efectividad de la misma

Palabras clave: adulto mayor, autocuidado

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los problemas médicos más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados y se le ha denominado "la plaga silenciosa del siglo XXI".¹

En el mundo el número de personas de 30 a 79 años con HTA reportada se duplicó de 1990 a 2019, debido fundamentalmente al crecimiento y envejecimiento de la población, pero la mayoría de estas personas no lograron un control efectivo de la enfermedad en 2019. Se estima que el 46 % de los adultos con hipertensión no saben que tienen la afección. De tal modo, en el año 2019, el 41 % de las mujeres y el 51 % de los hombres con HTA no fueron diagnosticados. En el año 2019 la prevalencia mundial de HTA fue de 233,8 por 100 000 habitantes. De los sujetos hipertensos del 80 al 95 % se diagnosticaron con hipertensión esencial (conocida también como hipertensión primaria o idiopática), en la que no se establece una causa; en tanto que en el 5 al 20 % restante, esta se puede identificar y se consideran con hipertensión secundaria. En 2019 fallecieron por enfermedades hipertensivas 1,16 millones de personas, para una tasa bruta de 15,2 por 100 000 habitantes, menor en el sexo femenino, pues por cada mujer, murieron 1,3 hombres.²

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. La visión en las Américas es que para el año 2025 el proyecto HEARTS sea el modelo institucionalizado de atención para la gestión del riesgo cardiovascular en el primer nivel de atención de salud, con especial énfasis en el control de la HTA y la prevención secundaria, enfocado en brindar atención de calidad.²

La mayoría de personas hipertensas ignoran que lo son, pues la enfermedad no siempre va acompañada de síntomas o signos de alerta, por lo que se dice que puede matar en silencio. Por tanto, es muy importante medir la presión arterial (PA) de manera periódica. Su medida es la única forma de detectar la HTA.²

Los principales factores que contribuyen a la alta y creciente prevalencia de la hipertensión en los países de ingresos bajos y medianos son las dietas poco

saludables, el exceso de sodio y también la insuficiencia de potasio, la inactividad física y el consumo de alcohol. Pertenecer al sexo masculino, se considera como otro factor de riesgo para la HTA.²

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.^{1,2}

En Cuba, la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio se ha incrementado de 326 en el año 2010 a 357,2 por 100 000 habitantes en 2019, en tanto que la de enfermedades hipertensivas casi se ha duplicado de 24,5 a 42,7 muertes por 100 000 habitantes, en igual período. Sin dudas, la HTA como enfermedad ha influido directamente en la mortalidad cardiovascular del país. La HTA constituye uno de los principales factores de riesgo relacionados con la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Cuba. Su inadecuado control ha sido asociado al doble de riesgo de muerte prematura por enfermedad cardiovascular. Una gran proporción de estas afecciones y de las muertes prematuras que ocasionan se pueden evitar mediante medidas dirigidas al control de factores de riesgo modificables, tales como, precisamente, la HTA, la reducción o eliminación del consumo del tabaco y mejorando la educación sanitaria dirigida al control de los factores de riesgo.³

La HTA constituye un severo problema de salud a escala mundial, con gran peso en el cuadro de morbilidad y mortalidad de Cuba. El trabajo propuso valorar indicadores de morbilidad por HTA en el país, a partir de los hallazgos de la prevalencia, tratamiento y control de la enfermedad dados por Encuesta Nacional de Salud (ENS), concluida en el año 2019.²

En la provincia Cienfuegos existe una prevalencia de 234.8 personas hipertensas, en el municipio Cruces en el año 2019 existe una prevalencia de 245.5 hipertensos por cada 1000 habitantes.⁴

En la ciudad de Cienfuegos, cercano a 1991, se comienza a desarrollar un sistema de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Durante la segunda medición (2001) bajo la Iniciativa CARMEN/OPS, se documentaron tasas de control poblacional cerca del 40 %,cifras que eran superiores a las informadas en la primera medición (1991), e incluso a las reportadas en países de altos ingresos para la época. Ese resultado, se atribuyó a la existencia en Cuba de un sistema de salud integral que ofrece atención gratuita y responsable a toda la población, o sea, un escenario de acceso universal que, aunque con recursos limitados, parecía un entorno promisorio para conseguir mejores resultados en la detección y control de la HTA. A los 20 años de la primera medición y a los10 de la segunda, no se conocía con claridad cómo se encontraba el control de la HTA a nivel poblacional en Cienfuegos, esto motivó 5el desarrollo de la tercera medición durante el año 2011, bajo la misma iniciativa CARMEN/OPS. El propósito era describir los factores relacionados con el control de la HTA y valorar según los resultados, lo observado una década atrás. Este análisis resulta de gran importancia si se tienen en cuenta los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) para 2030, en el contexto de la salud. ⁵

El impacto negativo de la hipertensión arterial (HTA) y de las enfermedades cardiovasculares (ECV) crece a nivel global, debido, entre otros factores, al efecto neto del incremento del envejecimiento demográfico, al crecimiento poblacional y a una mayor exposición de la población a factores de riesgo. La HTA se puede prevenir y retrasar con medidas de salud pública a lo largo del curso de la vida, pero deben ser complementadas con otras que mejoren sus niveles de control. Se conoce que reducir los niveles de presión arterial, reduce el riesgo de enfermedades cerebrovasculares, del corazón, renales, entre otras. Sin embargo, elevar el número de personas hipertensas que alcancen cifras de tensión arterial normal es un desafío global.⁵

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.⁶

Resulta cada vez mayor el número de personas cuya calidad de vida se ha afectado a causa de la hipertensión arterial, que está presente en más de 2 tercios de los individuos de más de 60 años de edad; esta es, además, la

población con más deficiencias en el control de la presión arterial. Como factor de riesgo y enfermedad en sí misma, la elevada tensión arterial es, indudablemente, un enemigo de consideración que se debe tener en cuenta para reducir las cifras de morbilidad y mortalidad.⁷

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 Frammingham” (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. 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 mm/Hg.^{9,10}

El sobrepeso y la obesidad son factores predisponentes para el desarrollo de esta enfermedad. La hipertensión arterial es considerada un predictor de morbimortalidad para enfermedades cardiovasculares, entre las que se destacan la enfermedad cerebrovascular, el infarto del miocardio, la insuficiencia cardíaca, 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.¹¹ 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.^{11, 13}

Según investigaciones recientes del Instituto Nacional de Higiene en Cuba, la prevalencia de la hipertensión arterial (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 evidenciaron 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.¹⁴⁻¹⁵ Indicó además un sub-registro de la hipertensión arterial (HTA) a nivel nacional de acuerdo con la tasa de prevalencia en pacientes dispensarizados. Las estrategias para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles tuvieron 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 demostraron que las acciones de tipo comunitario, y particularmente la ejecución de políticas saludables, fueron intervenciones altamente costo-efectivas y de gran impacto. Las intervenciones de base comunitaria demostraron 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.¹⁶

La prevención de dicha patología es la medida sanitaria más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y control de la presión arterial es un desafío para todos los países y debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. El conocimiento de los factores de riesgo modificables presentes en los pacientes hipertensos y el grado de control de las cifras tensionales en los mismos, permite diseñar estrategias de intervención educativo-terapéuticas, idóneas para disminuir la morbilidad por dicha causa.¹

Justificación

En el Análisis de la Situación de Salud del año 2022, del consultorio 9, con una población integrada por un total de 1113 pacientes, de los cuales 211 habitantes son adultos mayores, de ellos 118 son del sexo femenino, y 93 del masculino, se identificó que la comunidad presenta una población envejecida, debido a que las personas mayores de 60 años constituyen el 18.9 % de la población.

La tasa de prevalencia de hipertensión arterial en la población del consultorio fue de 298.2 x 1000 habitantes. La tasa de prevalencia de hipertensión en la población adulta mayor fue de 21.3 x cada 100 habitantes y de los 332 pacientes hipertensos 238 fueron adultos mayores lo que representa el 71.6 %.

Al propio tiempo, la HTA en la población adulta es el factor de riesgo cardiovascular que más prevalece y uno de los que motiva un mayor número de consultas, por lo que un objetivo primordial es su prevención y control para minimizar la morbilidad y mortalidad por esta causa. Dada la condición de cronicidad de esta patología es imprescindible fomentar prácticas de autocuidado efectivas que propicien el control de la misma. En la educación para la salud encontramos herramientas para lograr esto.

Por lo antes expuesto se plantea como **problema de investigación**.

¿Cómo incrementar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas de autocuidado en los adultos mayores hipertensos del CMF No 9 del municipio Cruces?

Importancia de la investigación

La contextualización de esta investigación la hace novedosa puesto que no se hallaron en el área de salud.

Desde el punto de vista teórico-metodológico el estudio, al seleccionar información relevante, concisa y actualizada sobre prácticas de autocuidado en HTA aporta un valor añadido al conocimiento actual, además de ser una fuente bibliográfica para estudios similares y propiciar una comprensión más integral del constructo.

Desde el punto de vista práctico asistencial, se aplicó un programa de intervención en AM con HTA para desarrollar su nivel de conocimientos sobre la enfermedad y habilidades en el autocuidado, que se traduzcan en un mayor control de la presión arterial y calidad de vida.

Marco Teórico

1.1 La hipertensión arterial (Definición, clasificaciones)

La hipertensión arterial (HTA), se define por la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad: presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mm Hg y/o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mm Hg. Sin embargo, en el adulto mayor, algunos autores sugieren cifras de PAS ≥ 160 mm Hg y PAD ≥ 90 mm Hg para hipertensión sisto-diastólica.¹⁷ En el caso de la hipertensión sistólica aislada, se refieren cifras de PAS ≥ 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 de 2018.^{18, 19}

La PA al igual que ocurre con la frecuencia cardíaca (FC), 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 presión 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.¹⁵

El Comité de expertos de la Organización Mundial de Salud (OMS) define la HTA como una elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, la diastólica, o de ambas en las arterias.⁴ 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 Comittee VII y la de la Organización Mundial de la Salud/Sociedad Internacional de Hipertensión (OMS/SIH). Ambas son similares, pero esta última mantiene el

concepto clásico de HTA ligera, moderada y severa, que define niveles progresivamente más elevados de PA, pero no la gravedad del cuadro clínico.²⁰

Según el Programa Nacional de Hipertensión en Cuba²¹, la definición habitual se basa en las cifras de PA considerando un individuo, de 18 o más años de edad, con HTA cuando se realizan dos o más mediciones en días diferentes y se detectan cifras de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual que 140 mm/Hg y/o cifras de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual que 90 mm/Hg. En los niños se define el percentil para edad, sexo, peso y talla.¹⁹⁻²¹

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

- *Pre-hipertensión*: presión arterial sistólica de 120-139 mm/Hg y presión arterial diastólica de 80-89 mm/Hg. Este criterio, aunque no es aceptado por todo el gremio médico, es útil para alertar a estos sujetos con relación a su estilo de vida.
- *Hipertensión de bata blanca*: cuando la presión arterial es elevada en la consulta del médico y no durante la medición por familiares u otras personas.
- *Seudo-hipertensión*: es una falsa elevación de las cifras de la presión arterial por aumento de la rigidez de las arterias.²²
- *Hipertensión maligna*: cifras de presión arterial generalmente muy elevada, superior a los 200/140 mm/Hg, 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 presión arterial sistólica es igual o mayor que 140 mm/Hg y la presión arterial diastólica es menor que 90 mm/Hg.
- *Hipertensión resistente o refractaria*: no se alcanzan cifras de presión arterial inferiores a 140/90 mm/Hg con un régimen terapéutico con tres medicamentos a dosis máximas y una de las cuales es un diurético.²²
- *Hipertensión enmascarada*: las cifras de presión arterial en la consulta médica son inferiores a 140/90 mm/Hg, pero durante el monitoreo ambulatorio se hayan por encima de 135/85 mm/Hg. 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.²²

1.2 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 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. 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.²³

Al ser la HTA un trastorno dependiente de la edad, se debería disponer de recomendaciones específicas para su tratamiento en los ancianos. 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 PA en las personas de edad avanzada, por tanto, la terapia debe basarse en sus posibles efectos secundarios e interacciones medicamentosas.²⁴

En adultos mayores, el deterioro de la función de los vasos sanguíneos puede conducir al padecimiento de la Enfermedad Cerebrovascular (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.²¹ 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.⁹

La *hipertensión arterial sistólica* que se presentan en mayor proporción en los pacientes de edad avanzada. Se caracteriza por PA sistólica ≥ 140 mm/Hg, PA diastólica < 90 mm/Hg y, en consecuencia, presión de pulso por encima de los 50 mm/Hg. Este problema afecta a más del 50% de los ancianos¹⁰, y es una causa importante de ataque cerebrovascular, así como de enfermedad cardiovascular y renal. La PA sistólica elevada, en comparación con la diastólica, se asocia más con la morbilidad y mortalidad cardiovascular.²⁵

La presión de pulso elevada es una consecuencia y un indicador de las arterias rígidas en los pacientes con hipertensión arterial sistólica. La *rigidez arterial aumentada* es el fenotipo vascular de la hipertensión sistólica, especialmente de las grandes arterias. Este fenómeno propio en la vejez, 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.

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.²²

1.3 Factores de riesgo de hipertensión arterial

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 más adelante.²⁷

Se describirán primero las causas no modificables.

Factores genéticos: la predisposición a desarrollar HTA 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.²⁸

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.²⁷⁻²⁹

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, siendo más frecuente en pacientes de la raza negra.²⁹

Causas modificables

Sobrepeso y obesidad: los individuos con sobrepeso están más expuestos a tener más alta la PA que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la PA y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de la HTA entre los obesos, independientemente de la edad, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal.³⁰

No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma es 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 PA. 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 HTA de una población.³¹

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.²⁷⁻

32

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 Na 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 Na 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 Na.²⁷⁻³²

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 HTA 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.²⁷⁻³²

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.³² 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 lipoproteína de alta densidad (CHDL), ayuda a controlar el peso y reduce el riesgo de diabetes mellitus.

Endocrinológicas: las causas endocrinas representan entre el 1% y el 2 %. En éstas se incluyen desequilibrios hormonales exógenos y endógenos. Las causas exógenas incluyen la administración de corticoides.³²

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden tener efectos adversos sobre la PA. Estos fármacos bloquean tanto la ciclooxigenasa-1 (COX-1) como las enzimas ciclooxigenasa-2 (COX-2). La inhibición de la COX-2 puede inhibir su efecto natriurético que a su vez, aumenta la retención de Na. 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.²⁷⁻³²

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.³²

1.4 Autocuidado

El autocuidado puede ser definido como la práctica de la persona en desarrollar acciones (ejecutadas deliberadamente con cierto grado de complejidad y efectividad), en su propio beneficio en el mantenimiento de la vida, salud y bienestar, dejando de estar pasivo en relación a los cuidados y directrices indicados por los profesionales de salud, estando directamente relacionado con los aspectos sociales, económicos y culturales en que el sujeto está inserto.³³

Orem contempla el concepto 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.³⁴

El auto cuidado es una función humana reguladora. En tanto cuidados se refiere, a los fenómenos abstractos y correctos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas, que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o su modo de vida; el autocuidado, se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud. Estas prácticas son “destrezas” aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece, constituyendo una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.³⁵

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 contribuir así a la continuación de la vida, al auto mantenimiento, a la salud y bienestar personal. Aún como personas maduras, los pacientes requieren aprender sobre el cuidado propio, ya que estos requerimientos pueden ir cambiando o modificándose a lo largo del tiempo, en función de la propia demanda de

autocuidado de la evolución de la enfermedad.²⁷⁻³³ *En resumen, el autocuidado requiere conocimiento y habilidades.*

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente 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.³³.

El autocuidado está influenciado por factores básicos condicionantes, 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. Ellos son: edad, sexo, etapa del desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores dependientes del sistema de cuidado de salud, por ejemplo: diagnóstico médico y modalidades de tratamiento, factores del sistema familiar, modo de vida (incluye las actividades en las que se ocupa regularmente), factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos.

Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. Ellos son conocedores de sí mismos, de sus estados funcionales y de los cuidados que necesitan. Quieren saber, valoran, investigan, emiten juicios y toman decisiones. Se ocupan de cursos de acción para el logro de resultados y son capaces de autodirigirse en sus ambientes. Estas habilidades de autocuidado son expresiones de lo que las personas han aprendido a hacer y saben hacer.³⁴

Las limitaciones de autocuidado, por su parte, son expresiones de lo que impide a los individuos proporcionar la cantidad y clase de autocuidados que necesitan en las condiciones y circunstancias existentes y cambiantes. Se expresan en términos de influencias restrictivas en las operaciones de autocuidado. Se han identificado tres clases: restricciones de conocimiento, restricciones de juicio y toma de decisiones, y restricción de las acciones para el logro de resultados, tanto en la fase de investigación como en el autocuidado.³⁴

1.5 Los cuidados de la salud que deben tener los hipertensos.

El tratamiento de la HTA no debe ser dirigido solo a normalizar las cifras tensionales a través de la terapia farmacológica, sino también a corregir todos los factores de riesgo hipertensivos modificables a través de la introducción de modificaciones en el estilo de vida tras el ejercicio habitual de las prácticas de autocuidado pertinentes. El autocuidado en el paciente Hipertenso, debe reflejar un estilo de vida saludable.³⁴⁻³⁷⁻³⁸

Entre estas prácticas se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, las medidas higiénicas, el manejo del estrés, las habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, el ejercicio y actividad física requeridas, la habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, el seguimiento para prescripciones de salud, los comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, el diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.³⁵

La intervención no farmacológica probablemente esté indicada en todos los pacientes con hipertensión arterial, las medidas generales comprenden:³⁵

Alivio de estrés: se deben evitar tensiones innecesarias. En algunos casos también puede sugerirse/indicarse cambiar de trabajo. Se ha sugerido que las técnicas de relajación pueden disminuir la presión arterial.

Tras un entrenamiento, los individuos pueden relajarse voluntariamente en distintas situaciones de su vida personal o profesional, lo cual favorece una disminución de la PA por reducción de la activación del sistema nervioso autónomo. Pero no puede considerarse como la única herramienta para el manejo de la hipertensión.^{34, 39} También realizar periódicamente actividades recreativas, ayuda en el manejo de las tensiones estresantes, por medio de reuniones a menudo, salir a pasear habitualmente, reunión con amigos, o asistencia a lugares de esparcimiento, etc.; que son ampliamente benéficos, produciendo en ellos una serie de adaptaciones fisiológicas y psicológicas que tienen como consecuencias una disminución de la tensión arterial, un incremento de su capacidad funcional, lo cual induce una mejoría en la calidad de vida de los mismos.³⁴

Dieta: Una alimentación equilibrada, combinada, adecuada a las características de cada persona, puede solucionar muchos problemas de hipertensión. La alimentación puede ayudar a reducir la gravedad y complementar otros tratamientos.^{32, 34}

En el caso del paciente hipertenso deben incorporarse a la dieta alimentos ricos en Ca, que relaja las arterias y ayuda a mantener un equilibrio entre el sodio y el potasio; en vitamina C, especialmente útil en casos de hipertensión elevada y en ácidos grasos esenciales, como omega-3 y omega-6 que ayudan a reducir el nivel de colesterol, previenen la obstrucción de las arterias y facilitan el paso de la sangre.

Las frutas y verduras frescas, lácteos (descremados), pastas, carnes blancas y galletas sin sal, son alimentos recomendados esenciales porque ayudan a eliminar el agua sobrante del organismo, protegen el corazón, relajan las arterias, reducen la hipertensión, disminuyen el nivel de colesterol y facilitan el paso de la sangre a través de las arterias..

No son recomendados en los pacientes hipertensos, y en general en las personas sanas; la sal común de mesa, embutidos, quesos salados, enlatados, caldos en cubo o sopas, café y té. Debido a que al haber mayor cantidad de sal en el organismo es mayor la cantidad de agua que se retiene en la circulación, lo que aumenta la PA y, esto puede aumentar la tendencia de las arterias a estrecharse.

Sobre la reducción de la ingestión de sodio, la actitud más práctica es recomendar una ligera restricción dietética (5gm NaCl/día) que se logra no agregando sal a las comidas tras la cocción y utilizando alimentos naturales con K abundante y poca grasas saturada y total, donde se recurre en especial a las frutas, vegetales y lácteos con poca grasa (reduce entre 11.4/5.5 mmHg).

³⁵

La restricción calórica está indicada de forma urgente en los pacientes con sobre peso y se recomienda la restricción dietética de colesterol y grasas saturadas para disminuir la incidencia de las complicaciones arterioscleróticas.³⁵

Reducción de peso: mantenimiento del peso corporal normal (IMC 18.5 A 24.9 Kg/m²) 5_20 mmHg/10 Kg de reducción de peso. ³⁵ Es por ello, que la frecuencia del control de peso recomendable es hacerlo mensualmente.³⁴

Actividad física: Se recomienda realizar ejercicio físico 5 días a la semana durante al menos 30 minutos, dentro de los límites del estado cardiológico del paciente. El ejercicio no es solo útil para controlar el peso, si no que existen datos de que la preparación física, por si misma, puede disminuir la PA. Los ejercicios isotónicos (carrera a paso corto, natación) son mejores que los isométricos (levantamiento de pesa), ya que los últimos aumentan la PA.

Moderación en consumo de alcohol: limitar el consumo a no más de 2 copas (30 ml de etanol) al día en varones y no más de 1 en mujeres. ³⁵

Sueño: dormir poco o mal (apnea del sueño) puede hacer que la PA aumente. En el adulto mayor los trastornos del sueño es la alteración psicológica más frecuente. En la mayor parte de los casos es de etiología multifactorial, incluyen malos hábitos de sueño, factores ambientales, problemas sociales, situaciones de stress, o falta de adaptación a cambios en el estilo de vida.

Ocurren cambios fisiológicos del ciclo vigilia/sueño con la edad. Tal vez, el factor más significativo es que la arquitectura normal del sueño cambia: se dedica menos tiempo a las fases reconstituyentes (NREM), de forma que hay una disminución gradual de la proporción de las fases de sueño lento y profundo (fases tres y cuatro), predominando el sueño ligero (fases uno y dos). De modo que se altera la calidad y cantidad del sueño REM (onírico) y aumenta la frecuencia y duración de los despertares nocturnos (entre 8 y 40 despertares por noche, que representan 1 ó 2 horas de vigilia nocturna). Siendo los despertares debidos a un sueño ligero, susceptible de ser interrumpido por estímulos internos y externos.

Por lo referido, la duración total y calidad del sueño disminuye gradualmente a partir de los 50-60 años se duerme menos tiempo. El anciano suele dormir un promedio de 6 horas nocturnas y 1- 2 horas diurnas frente a las 7-8 horas nocturnas de un adulto normal aunque el tiempo en la cama en el anciano se prolonga, estando un promedio de 8,5 horas en ella. Aumenta también el número de siestas durante el día, existiendo mayor somnolencia y fatiga diurna.

Para prever o enfrentar situaciones similares en los ancianos hipertensos es necesario que sea informado sobre los cambios y características del sueño propios de la edad; entrenarles en el control de estímulos oníricos y manejo de condiciones ambientales; brindarles apoyo para reconducir sus hábitos hacia una correcta higiene del sueño y favorecer su percepción de autoeficacia en el manejo del malestar/trastorno.

Ingestión de alcohol: en individuos que consumen alcohol debe eliminarse si es necesario, o 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 1/2 onzas (50 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 a los efectos negativos del mismo.^{38, 40}

Consumo de café: las personas hipertensas, simplemente por ser más vulnerables a los cambios de PA, debería consumir café con moderación.³⁴

Para regular eficazmente la conducta de salud, este proceso voluntario y deliberado, que es el autocuidado, requiere, que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. Estos requisitos, ante las demandas adicionales de cuidados a su salud cuando se padece hipertensión, pueden ser solventados desde la responsabilidad individual con la búsqueda de consejo y ayuda en otras personas competentes, cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado, pero es imprescindible, al propio tiempo, intervenir desde el sector salud brindándole referentes y herramientas para la evaluación objetiva de su estado de salud a través del incremento del nivel de conocimientos sobre la enfermedad. El autocuidado garantiza la prevención primaria.³⁴

1.6 La educación para la salud y el autocuidado.

Uno de los pilares de la prevención es la educación, actividad metódica, planificada y constante mediante la entrega de conocimientos, desarrollo de destrezas y actitudes necesarias para el mejor desempeño y adaptación al cambio constante del entorno, para producir resultados, prevenir y solucionar anticipadamente problemas potenciales de riesgo.⁴²

La educación para la salud es un proceso que mejora el conocimiento y las habilidades que influyen en las actitudes que los pacientes requieren para mantener un comportamiento adecuado en bien de su salud. Tiene dos objetivos fundamentales: capacitar a las personas y conseguir su participación en el proceso educativo mediante una actitud crítica y una implicación en las decisiones que favorezcan la salud.⁴³

En ese sentido, la educación para el autocuidado es recomendada por la OMS por ser una herramienta que hace a la persona con HTA protagonista de su tratamiento, a partir de la incorporación del conocimiento que se entrega por parte de los profesionales de la salud, permitiendo mayor adhesión al esquema terapéutico y, así, prevención de las complicaciones originadas por ese problema crónico.^{13,35}

La complejidad que envuelve el tratamiento de la HTA, y la responsabilidad de la persona afectada en su gestión exige del hipertenso cambio en el estilo de vida con cumplimiento del tratamiento farmacológico, el plan alimentario y la actividad física recomendada. Para eso, el paciente con HTA precisa conocer los aspectos que rodean a su enfermedad y lo que es necesario para prevenir sus complicaciones, además de comprender lo que puede ser barrera para el autocuidado y tomar decisiones positivas frente al tratamiento.^{11, 35}

En los programas de autocuidado, se espera que los pacientes sean conscientes de su estado de salud, reconozcan cuándo necesitan atención, y obtengan un conocimiento adecuado respecto a los diferentes tópicos de la hipertensión no solo del tratamiento también de sus factores de riesgo y complicaciones. El conocimiento de los pacientes sobre la HTA y los beneficios de las modificaciones de estilo de vida parece ser la clave para el éxito del control de la HTA. Por lo tanto, las intervenciones educativas tanto, bien diseñadas, con la participación activa de los pacientes son necesarias para aumentar el conocimiento de la HTA, su auto monitoreo y control.^{41, 43, 44}

Una intervención educativa debe concentrarse en la adquisición de conocimiento y habilidades de una forma motivadora y clarificadora. Los profesionales de educación para la salud deben considerar a los participantes de la investigación como principal recurso para mejorar la salud comunitaria, ya que estos serán quienes propaguen la información brindada.^{37, 40, 43}

En el aprendizaje que se pretende, el desarrollo de la autorregulación desempeña un papel primordial. El aprender, es el paso de lo interpsicológico a la intrapsicológico, de la dependencia del sujeto a la independencia, de la regulación externa a la autorregulación. En el contexto de la salud y de manera particular, en el tratamiento de enfermedades crónicas este proceso se expresa en la transferencia de la responsabilidad con el tratamiento de la enfermedad, del especialista de atención primaria al propio paciente quien tendrá que asumir mayor protagonismo en el control de su enfermedad.⁴⁵

A partir de estos elementos el paciente va adecuando su percepción de riesgo y comprendiendo el rol protagónico que le corresponde asumir en el proceso de afrontamiento a la enfermedad crónica. De esta manera se desarrollarán en él fuertes mecanismos de autoregulación motivacional en relación con la recuperación de su salud. En este sentido, se señala que un contenido motivacional orienta con más eficacia la conducta en la medida en que la complejidad de su potencial regulador, satisfaga o no las exigencias interactivas de la situación vital en cuestión.

La autorregulación de la conducta implicará una mayor autorresponsabilidad del paciente, lo que se expresa en que estos, a partir del conocimiento que tienen de su enfermedad, de los riesgos asociados a la misma y de las alternativas de tratamiento y pronóstico, incorporen de manera intencional un plan de acción dirigido a conseguir el control de la enfermedad, lo cual se expresa en mayores niveles de autocuidado.⁴⁵

En este sentido, se plantea que es posible entrenar a los individuos para que funcionen como sus propios agentes de cambio y, por lo tanto, sean competentes en desarrollar habilidades de autocuidado. Esta postura enfatiza la necesidad de llevar a cabo acciones preventivas que se orienten hacia la zona de desarrollo próximo descrita por Vigotsky, que se traduce aquí como zona salutogénica. De manera que los pacientes aprendan a controlar de manera efectiva su enfermedad, con la ayuda del profesional de salud y, después, de manera independiente en su vida cotidiana. Paralelamente, es necesario que las acciones terapéuticas fomenten la salutogénesis, por lo que se requiere proveer a las personas de recursos protectores contra la posibilidad de enfermar.⁴⁵

Este proceso puede y debe ser estimulado desde la institución de salud y toma forma en la actuación del equipo de salud, a través de sus ayudas mediadoras. Por supuesto, al ser un proceso dinámico intervienen otros factores como las propias características del paciente, de la enfermedad y del tratamiento.⁴⁵

Prevención de la HTA y sus complicaciones

La HTA es definida por algunos como una enfermedad, aunque lo habitual sería englobar como factor de riesgo vascular. Hoy conocemos cómo las enfermedades cardiovasculares dependen más de la influencia simultánea de varios factores de riesgo que de la acción aislada de uno de ellos. Por ello, toda actividad preventiva en este campo, debe ser multifactorial y) dirigida en diversos sentidos..²⁴

La atención primaria es el terreno ideal para la realización de las actividades preventivas necesarias en el campo de la HTA. Debe tenerse en cuenta, que la HTA, es el factor de riesgo cardiovascular, que mayor demanda provoca en la consulta del médico de atención primaria. En este contexto por tanto podemos actuar desde tres niveles sucesivos: la prevención primaria, la prevención secundaria, y la prevención terciaria. Prevención primaria: Comprende las actividades dirigidas a evitar la aparición del factor de riesgo (HTA). La PA es una variable continua, de modo que aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y en particular el accidente cerebrovascular a medida que aumentan las cifras tensionales. Siendo así, es lógico que la disminución de la PA media de la comunidad, disminuya la morbimortalidad cardiovascular y posiblemente la mortalidad total. Las actividades deben ir dirigidas a la totalidad de la comunidad, en concreto a la población sana con la intención de evitar el desarrollo de HTA. Actualmente entre las estrategias más aceptadas como prevención primaria se encuentran la disminución del aporte calórico de la dieta, aumentando la riqueza de la fibra; evitar la ingesta excesiva de grasas en concreto las saturadas; evitar las dietas con alto contenido en sodio y fomentar el consumo de potasio, magnesio y calcio; y favorecer y fomentar el ejercicio físico de carácter aeróbico moderado .²⁴

Prevención secundaria: Reducir el impacto del factor de riesgo (HTA) una vez desarrollado, por medio de la detección precoz y su tratamiento. Múltiples estudios han demostrado la eficacia de las medidas de prevención secundaria

en la reducción de la morbilidad cardiovascular en concreto en la morbilidad cardiovascular en concreto en la HTA moderada y severa. Su eficiencia en cambio dentro de la HTA ligera es menor si tenemos en cuenta además que constituye el núcleo principal de hipertensos. Por ello las estrategias de prevención secundaria deben estar dirigidas hacia poblaciones de riesgo, en las cuales la intervención aporte más beneficios.²⁴

Estrategias a utilizar en la prevención secundaria:²⁴

1. Se debe evaluar la PA a todos los individuos que acuden a la consulta de forma sistemática, sobre todo a aquellos que utilizan escasamente el sistema sanitario. En este campo se debe ser especialmente meticuloso con la población joven.
2. Se debe evaluar la PA a la población de mayor riesgo que en última instancia es la que se puede beneficiar en mayor medida de las actividades que desarrollemos.
3. Incidir especialmente en tratamientos no farmacológicos.
4. No abusar de los tratamientos farmacológicos en la población de bajo riesgo.
5. Individualizar siempre el tratamiento valorando otros factores de riesgo adicionales e interviniendo de forma coordinada sobre todos ellos.
6. Enfocar las actividades a largo plazo siendo realista en la asunción de las diferentes estrategias.
7. Ser muy meticulosos en la técnica de la determinación de la PA para evitar clasificar erróneamente al paciente con los riesgos que ello conlleva.
8. Utilizar de una manera racional los recursos sanitarios disponibles que permitan un enfoque más preciso y adecuado de la HTA y sus posibles complicaciones.

Prevención terciaria: Medidas destinadas a reducir los efectos producidos por la aparición de las complicaciones secundarias a la HTA. En esta fase se debe ser especialmente agresivo para minimizar los efectos de las complicaciones ya establecidas y evitar la aparición de otras nuevas. En este momento, la actuación con medidas farmacológicas adquiere en la mayoría de los casos un papel primordial, sin olvidar la intervención sobre otros factores de riesgo.²⁴

Objetivo general

- Implementar intervención educativa en los adultos mayores hipertensos del CMF No 9 del municipio Cruces

Objetivos específicos

- Caracterizar los pacientes adultos mayores hipertensos de la muestra según variables socio-demográficas, clínicas, psicológicas y conductuales de interés investigativo.
- Determinar el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y las prácticas de autocuidado en los adultos mayores hipertensos.
- Aplicar la propuesta de intervención educativa.
- Evaluar la efectividad de la intervención educativa implementada.

DISEÑO METODOLÓGICO

Clasificación de la investigación: Investigación Desarrollo

Tipo de estudio: se realizó un estudio de intervención educativa.

Contexto geográfico donde se realizará el estudio: CMF N° 9 del Policlínico “Manuel Fajardo” ubicado en el Consejo Popular “Las Nubes” perteneciente al municipio de Cruces en la provincia Cienfuegos en el período comprendido entre diciembre 2022 a mayo 2025.

Universo: 211 adultos mayores

Muestra: 42 pacientes, a través de un muestreo no probabilístico intencional

Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 años de ambos sexos con diagnóstico confirmado de HTA.
- Escolaridad mínima de 6^{to} grado para garantizar una adecuada comprensión de las técnicas empleadas.
- Disposición a participar en la investigación expresada mediante el protocolo de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con discapacidad física y mental

Criterios de salida

- Pacientes que deseen abandonar la investigación.
- Ausencias del 30% a los encuentros de la intervención

Operacionalización de variables.

Véase cuadro 1 donde aparecen operacionalizadas las variables de la investigación.

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Indicador
Variables sociodemográficas				
Sexo	Caracteres sexuales biológicos.	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Frecuencia de AM hipertensos por sexo.
Grupo etéreo	Edad del paciente en años cumplidos	Cuantitativa continua	60-70 años 71-80 años 81-90 años 91 o más	Frecuencia de AM hipertensos por grupo etéreo.
Color de la piel	Clasificación según color de la piel	Cualitativa nominal politómica	Blanco Mestizo Negro	Frecuencia de AM hipertensos según color de piel
Nivel de escolaridad	Grados académicos cursados.	Cualitativa ordinal	Primaria terminada. Secundaria Preuniversitario o Técnico Universitario	Frecuencia de AM hipertensos según nivel de escolaridad.
Variables clínicas				
Tipo de hipertensión arterial según grado	Relación entre las cifras de PAS y PAD, según Programa nacional de atención al paciente hipertenso.	Cualitativa nominal dicotómica	HTA I (PAS 120-139 mm/Hg PAD 90 - 99 mm/Hg) HTA II (PAS 160 ó más mm/Hg PAD 100 ó más mm/Hg)	Frecuencia de AM hipertensos según grado de HTA.
Tipo de hipertensión arterial (etiología)	Según conocimiento de factores etiológicos y relación de la HTA con otras patologías en la historia mórbida del sujeto	Cualitativa nominal dicotómica.	Esencial o primaria (etiología desconocida) Secundaria (factores etiológicos conocidos que se relacionan con otra enfermedad)	Frecuencia de AM hipertensos según etiología de la HTA.
Tiempo de evolución	Número de años transcurridos desde el diagnóstico médico de la enfermedad.	Cuantitativa continua	Hasta 5 años. De 6 a 9 años. 10 años o más.	Frecuencia de AM hipertensos por tiempo de evolución de HTA.
Control de la enfermedad	Paciente que en todas las tomas de PA durante un año (4 como mínimo) ha tenido cifras inferiores a 140/90 mm/Hg	Cualitativa nominal dicotómica	Controlado (cifras de PA <140/90 mm/Hg) No controlado (cifras de PA >140/90 mm/Hg)	Frecuencia de AM hipertensos por grado de control de la enfermedad.
Variables psicológicas y conductuales.				
Nivel de	Correspondencia	Cualitativa	Adecuados	Frecuencia de adultos

conocimientos sobre HTA.	a entre el conocimiento que posee el adulto mayor sobre determinados aspectos de su enfermedad y el criterio médico sobre el mismo, según Cuestionario para medir nivel de conocimientos en hipertensión arterial (ítems 1, 2, 3, 5).	nominal dicotómica.	Inadecuados	mayores hipertensos que: • Reconocen el carácter crónico de la HTA • Identifican los valores normales de la HTA. • Perciben el riesgo de la entidad hipertensiva. • Reconocen signos y síntomas de la HTA. • Identifican factores asociados al descontrol de la PA • Identifican las complicaciones de la HTA. • Conocen las medidas que favorecen el control de la PA.
Prácticas de autocuidado	Frecuencia de realización de acciones autorreguladas por los adultos mayores dirigidas a mantener el control de su TA, según calificación del Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial (Ítem 4)	Cualitativa ordinal.	<i>Siempre (S)</i> <i>A veces (AV)</i> <i>Casi nunca (CN)</i>	Frecuencia de adultos mayores hipertensos que realizan acciones de autocuidado relacionadas con: • Cumplimiento del tratamiento farmacológico. • Control del peso • Dieta • Sueño/descanso • Ejercicio físico. • Evitar hábitos nocivos. • Afrontar positivamente el estrés.

Métodos del nivel empírico.

Métodos a nivel empírico: revisión de documentos (HSF e HCI), Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión en adultos mayores hipertensos (Anexo 3),

Métodos Estadísticos: Descriptivos, análisis de frecuencias absolutas y relativas.

Descripción de las técnicas a emplear.

Revisión de documentos: se revisaron las HSF y HCI 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, nivel de funcionamiento del anciano, la historia evolutiva de la enfermedad, grado de control de la misma y tipo de tratamiento.

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

Este cuestionario fue diseñado y validado por criterio de especialistas 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.⁴⁶ Tiene como objetivo 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. Su efectividad ha sido evaluada en la práctica, en las tesis para obtener el título de especialista en Medicina General Integral de las doctoras Carimer Baes León y Yamile Martínez Sánchez.^{47,48} Está dirigido a fomentar estilos de afrontamiento efectivos a la HTA en los adultos mayores desde el autocuidado.

Consta de 5 ítems de diversos formatos (preguntas cerradas y de opciones múltiples), dirigidas a explorar indicadores del nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre la entidad hipertensiva y prácticas de autocuidado. (Tabla 1)

Tabla 1. Indicadores que explora el Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión en adultos mayores hipertensos.

Ítem	Indicadores explorados.
1	Conocimiento sobre características de la HTA.
2	Conocimiento sobre principales síntomas de descompensación de la enfermedad.
3	Conocimiento sobre factores de riesgo que provocan crisis de hipertensión.
4	Conocimiento sobre medidas para controlar la enfermedad. Prácticas de autocuidado.
5	Conocimiento sobre complicaciones atribuibles a la hipertensión arterial.

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

Instrucciones: Se solicita al paciente que responda sinceramente las preguntas que se le presentan según la forma en que se le precise. Se ofrecen garantías de la confidencialidad de sus respuestas. Dada la diversidad de formato de los ítems incorporados al cuestionario en cada uno se ofrecen indicaciones precisas.

Material: Cuestionario de 2 hojas contentivo del protocolo de la técnica. (Anexo 3)

Calificación: El evaluador hacer un análisis cualitativo de la respuesta, y en dependencia de su grado de correspondencia con el criterio médico y de la medida en que propicia el afrontamiento exitoso de la enfermedad hipertensiva, la ubica en las categorías *adecuado* o *inadecuado*.

Se realizó una tercera aplicación del ítem 4, un año después de concluida la intervención, para evaluar el impacto del programa en las prácticas de autocuidado de los abuelos.

Programa (Anexo 4)

En la segunda etapa de la investigación se llevó a cabo la intervención mediante la implementación del programa de autoayuda “Conociendo sobre hipertensión” diseñado para adultos mayores hipertensos, por la especialista en Medicina General Integral, Dra. Geisy Peña Feliciano. Su efectividad ha sido evaluada en la práctica, en las tesis para obtener el título de especialista en Medicina General Integral de las doctoras Carimer Baes León y Yamile Martínez

Sánchez.^{42,43} Está dirigido a fomentar estilos de afrontamiento efectivos a la HTA en los adultos mayores desde el autocuidado.

Se estructuró en un conjunto de actividades grupales de carácter teórico-prácticas con la utilización de técnicas participativas, formas de autoevaluación y co-evaluación, que permitan el desarrollo de habilidades en los adultos mayores hipertensos para que tenga una conducta responsable ante la hipertensión arterial. Su objetivo general fue propiciar estilos de afrontamiento a la hipertensión arterial en los adultos mayores desde el autocuidado.

Como 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 polémicas, 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.

Los temas tratados serán, en el siguiente orden: “Conociéndonos”, “Conociendo sobre hipertensión”, “Qué debo saber”, “Lo que no puedo olvidar”, “El cuidado de su salud”, “Cómo duermo”, “Ante la tristeza ¿Qué hacer?”, “Compartiendo juntos”, “Crear habilidades sociales”, “Evaluación y cierre”.

Durante las diferentes sesiones del programa se enfatizó en la reflexión de los adultos mayores acerca de la HTA y los principales síntomas que les alertan acerca de que su presión arterial está elevada, el reconocimiento adecuado de las principales consecuencias de la enfermedad **y sus** complicaciones, así como 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.

Los pacientes que participaron en la aplicación del programa presentaron una representación social de la enfermedad caracterizada en muchos casos por determinadas creencias erróneas acerca de la HTA. Estas 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.

Nótese, que más que transmitir conocimientos sobre la enfermedad, se persiguió educar a los pacientes para un afrontamiento efectivo de la HTA, para ello se diseñaron las sesiones incorporando técnicas relacionadas con las diferentes dimensiones actitudinales, de manera tal que propiciaron cambios en sus prácticas de autocuidado.

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 y 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. Al propio tiempo, 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 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 de relajación con la cooperación del profesor de cultura física y la psicóloga.

Las cifras de la presión arterial obtenidas en las diferentes mediciones permitieron tanto a los pacientes como al médico, evaluar el grado de control de la enfermedad y la medida en que se beneficiaba del conocimiento adquirido en las sesiones y la frecuencia de prácticas de autocuidado consecuentes realizadas por los adultos mayores.

El programa de autoayuda se aplicó durante nueve semanas, con dos frecuencias semanales de una hora de duración. Funcionó en el CM N°29 del municipio de Cruces.

Considerando el número de ancianos participantes, para garantizar el éxito del trabajo grupal, se dividió la muestra en tres sub-grupos de 14 sujetos. Estos funcionarán como grupos cerrados.

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 CM N° 29 del municipio de Cruces, la enfermera, la psicóloga, especialista en medicina interna, la trabajadora social, todos miembros del GBT 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.

Se realizó una evaluación en la tercera etapa de la investigación con carácter de re-test 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 HTA y si se apropiaron de las técnicas de autocuidado, que permitan el control de su PA.

Procedimientos estadísticos

Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.00, que brinda posibilidades de aplicar múltiples técnicas estadísticas para el análisis de los datos, el cual es ampliamente utilizado por la comunidad científica.

Los estadígrafos a utilizados fueron los siguientes:

- *De la estadística descriptiva:* Frecuencia relativa y porcentajes. Se emplearon como medida de resumen para variables cuantitativas y cualitativas procesadas en la investigación.

Consideraciones éticas

Durante el estudio se observaron los principios éticos que rigen la investigación. Se presentó el proyecto al Comité de ética del Policlínico “Manuel Piti Fajardo” para solicitar el consentimiento institucional (Anexo 1). Se explicaron los objetivos y propósitos de la investigación a los pacientes y familiares. Se ofrecieron garantías sobre la confidencialidad de las informaciones ofrecidas. Todo ello quedó refrendado mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 2)

Análisis y Discusión de los resultados

Se presentan los resultados obtenidos a partir de las técnicas empleadas, los cuales se estructuran en función de los objetivos de la investigación. Se realiza su análisis y discusión contrastándolos con los publicados por otros investigadores.

Caracterizar los pacientes adultos mayores hipertensos de la muestra según variables socio-demográficas, clínicas, psicológicas y conductuales de interés investigativo.

Puede observarse en la tabla 1, que en la muestra, conformada por los 42 adultos mayores, predomina el sexo femenino, con un 52,4% y el rango de edad comprendido entre 60-70 años con el 52,4%.

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad y sexo. CMF N°9. Cruces. 2025.

Edad	Sexo				Total	
	M	%	F	%	N	%
60-70 años	10	23,8	12	28,6	22	52,4
71-80 años	7	16,7	7	16,7	14	33,4
81-90 años	3	7,1	3	7,1	6	14,2
Total	20	47,6	22	52,4	42	100

Fuente. Historia de salud familiar, Cuestionario.

Estos resultados coinciden con una parte considerable de la literatura revisada que reporta un predominio del sexo femenino. Puede citarse a Águila Águila⁴⁹ donde en su investigación hubo predominio del sexo femenino con un 59,5%, también Vásquez Fuchs⁵⁰ cuya investigación tuvo el objetivo de determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en la IPRESS 1-3 de Villa Belén, en Perú, obteniendo como resultado un mayor porcentaje en la muestra del sexo femenino con un 67%. Por su parte, Rivera Ledesma y cols.⁵¹ al caracterizar clínica y epidemiológicamente la hipertensión arterial en el consultorio 7 del

Policlínico “Aleida Fernández Chardiet”, identificaron a la mayoría de los hipertensos estudiados correspondientes al sexo femenino (58,03%).

Otras investigaciones con similares resultados en cuanto a esta variable demográfica^{52, 54} asocian tal hecho con la aparición de la menopausia, etapa de la vida en la que existe declinación en la producción de estrógenos, lo cual induce a cambios endoteliales y disfunción vascular con la consecuente elevación de la presión arterial por este mecanismo. En este período se elevan las LDL-colesterol las que favorecen la formación de placas de ateromas, tornando las arterias rígidas, con pérdida de su elasticidad y la elevación consecuente de la tensión arterial.^{46,48}

Por otra parte, cuando se hace referencia a la repercusión de la HTA en los dos sexos, es de señalar que siendo la expectativa de vida de la mujer mayor que la del hombre, conduce a que el grueso de los hipertensos añosos esté representado por personas del sexo femenino, lo que en alguna medida está dado porque las mujeres cursan con un índice cardíaco, un tiempo de eyección ventricular izquierdo y una presión de pulso mayores que sus contrapartidas masculinos.^{55,56}

Se hallaron también numerosos estudios, cuyos resultados indican el predominio masculino, no obstante ya sean realizados en Cuba, o foráneos.⁵²⁻

55

En relación al rango de edad predominante se encontró similitud entre esta y varias investigaciones: Águila Águila⁴⁹ obtuvo el 47,6% de los pacientes en edades comprendidas entre 60-70 años; Paredes Mesías⁵⁶, obtuvo que el 57% de los pacientes presentaban edades comprendidas entre 56 –70 años; el 23% de los pacientes, entre 71–85 años y 11% de los pacientes tenía más de 85 años; Pérez Pérez y cols.⁵⁷, realizaron una intervención educativa para modificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgos asociados a la Hipertensión Arterial en los adultos mayores pertenecientes al CMF N°4 del área de salud Fray Benito y constataron un predominio de las edades comprendidas de 60-79 años de edad; y Suárez Cárdenas,⁵⁵ al determinar la relación entre el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular modificables y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de una clínica

de Lima halló que la edad media de los adultos mayores con hipertensión arterial fue 70.10 años

En tanto no coincide con Díaz Molina⁵² que obtuvo una mayor presencia del rango de edad de 70-79 años, ni con González Rodríguez⁵⁸ en cuyo estudio predominaron los ancianos con edades comprendidas entre 80 y 89 años representando el 56,1 % de la población adulta mayor.

La no participación de ancianos con 91 años o más en este estudio está asociado al incremento del deterioro cognitivo, déficit sensoriales, la fragilidad, la discapacidad o limitaciones físicas y la morbilidad en general, relacionadas todas estas con la morfofisiología del envejecimiento.

Tabla 2. Distribución de la muestra según color de la piel. CMF N°9. Cruces. 2025.

Color de la piel	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Negra	8	19,0	6	14,3	14	33,3
Mestiza	11	26,2	8	19,0	19	45,2
Blanca	1	2,4	8	19,0	9	21,4

Fuente. Historia clínica individual

En la tabla 2 se observa un predominio de los adultos mayores hipertensos pertenecientes a la raza negra y mestiza en ambos sexos, acumulando el 78,5% del total de la muestra. Resultados similares obtuvo Díaz Molina⁵² en su estudio en relación a la distribución de los pacientes hipertensos por grupos de edades y color de la piel, observándose que predominó el color negro con un 55.3% sobre los pacientes de piel blanca representados por el 44.7%.

La raza es una variable clínica a tener en cuenta en la evolución y tratamiento de la hipertensión. Al respecto, Díaz⁵³ 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.

Tabla 3. Distribución de la muestra según nivel de escolaridad. CMF N°9. Cruces. 2025.

Nivel de escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primaria	6	14,3	6	14,3	12	28,6
Secundaria	6	14,3	7	16,6	13	30,9
Preuniversitario	2	4,8	6	14,3	8	19,0
Técnico	4	9,5	1	2,4	5	11,9
Universitario	2	4,7	2	4,8	4	9,5

Fuente. Historia de salud familiar

Se aprecia en la tabla 3, que el nivel de escolaridad predominante fue la *secundaria* con el 30,9% de la muestra. Resultado similar obtuvo Suárez Cárdenas,⁵⁵ en cuya investigación el grado que predominó fue el de secundaria con el 56,5%. La población en estudio es longeva pero el sistema de educación en Cuba ha dado amplias oportunidades a todos, y es por eso que muchos pueden tener un nivel medio inferior.

Sobre la incidencia de la variable sobre la comprensión y el cumplimiento de tratamientos médicos, trátase de la variable adherencia o autocuidado los resultados divergen y las inferencias también. Sánchez Villafañes⁵⁹, por ejemplo, argumenta que el nivel de escolaridad resulta importante, ya que mientras el nivel cultural de los pacientes sea menor, refiere, menos acatarán las observaciones e indicaciones médicas con respecto a su enfermedad, incidiendo de forma negativa en los resultados de la labor médica en esta y otras enfermedades. En este sentido son ilustrativos los datos de Flores⁶⁰, en cuyo estudio el nivel de escolaridad del 54,8% de los pacientes con HTA es bajo y, a su vez, de estos el 65% de estos tienen una capacidad de autocuidado bajo. Sin embargo Martín Alfonso⁵⁶ en su tesis doctoral halló que no siempre un mayor nivel de instrucción o de conocimientos traduce mayor adherencia al tratamiento hipertensivo, de hecho, en ocasiones indirectamente puede entorpecerla.

El bajo nivel de instrucción en efecto puede convertirse en una limitación significativa para el entendimiento y seguimiento de las acciones de salud sugeridas, y la toma de decisiones informadas, por ello se ha limitado el criterio de inclusión en esta investigación a un nivel mínimo de primaria terminada. La autora considera que el nivel predominante obtenido en la muestra de esta investigación, es perfectamente compatible con las exigencias cognitivas del programa aplicado, siempre que se haga un despliegue ético y competente de habilidades comunicativas, para establecer relaciones transaccionales adecuadas, que propicien prácticas pertinentes y suficientes de autocuidado en los adultos mayores hipertensos con independencia de su nivel de instrucción.

Tabla 4. Distribución de la muestra según grado de HTA. CMF N°9. Cruces. 2025.

Tipo de HTA (grado)	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
HTA I	4	9,5	3	7,1	7	16,6
HTA II	16	38,0	19	45,2	35	83,3

Fuente. Historias clínicas individuales e historia de salud familiar

Los resultados de la revisión de las historias clínicas individuales de los adultos mayores hipertensos estudiados, para describir características clínicas relacionadas con la propia enfermedad, muestran el predominio de un 83,3% de pacientes con hipertensión arterial tipo II, con un comportamiento similar en ambos sexos (tabla 4)

Resultados semejantes obtuvo Flores⁶⁰ en su estudio donde un 45,1% de la muestra presentan una presión arterial grado II en un 48,8%, seguidamente de presión normal alta en 46,1%.

Por su parte Díaz Molina⁵² refiere que la medición de los valores de presión arterial sistólica o diastólica en todos los pacientes durante 4 semanas de seguimiento, permitió detectar un predominio de hipertensión sistólica aislada en pacientes mayores de 60 años de edad (69%).

Tabla 5. Distribución de la muestra según etiología de la HTA. CMF N°9. Cruces. 2025.

Tipo de HTA (etiología)	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Esencial	17	40,4	20	47,7	37	88,1
Secundaria	3	7,1	2	4,8	5	11,9

Fuente. Historias clínicas individuales e Historia de salud familiar

En la tabla 5 se aprecia que en cuanto al tipo de HTA según la etiología de la enfermedad, hubo un predominio en ambos sexos de pacientes con hipertensión arterial esencial o primaria, que incluyó al 88,1% de la muestra. Los resultados son semejantes a los de Pérez Pupo⁶² donde la mayor parte de los hipertensos diagnosticados son esenciales.

Tabla 6. Distribución de los pacientes adultos mayores del CMF N°9 según tiempo de evolución de la enfermedad. Cruces. 2025.

Tiempo de evolución de la enfermedad.	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hasta 5 años.	2	4,7	4	9,5	6	14,2
De 6 a 9 años.	3	7,1	6	14,2	9	21,3
10 años o más.	15	35,7	12	28,5	27	64,2

Fuente. Historias clínicas individuales

En la tabla 6 se observa que la mayoría de los adultos mayores, el 64,2% han padecido la enfermedad por un período de tiempo mayor de 10 años, en tanto ocupa la segunda posición el grupo de seis a nueve años, con el 21,3%. Coinciden estos resultados con los descritos por Minier Pouyou⁶³ con respecto al tiempo de evolución, el período de mayor connotación en su muestra fue el de 10 a 14 años para ambos sexos. También Pomares Ávalos y cols.⁶⁴, describen una muestra con predominio de más de 10 años de evolución de la enfermedad (51,7 %).

El tiempo de evolución predominante impuso un reto adicional a la aplicación del programa. Estos pacientes ya habían afrontado la enfermedad por un largo período de vida, y las estrategias empleadas, aunque evidentemente improductivas, al menos durante el último año, se habían convertido en un estilo de afrontamiento que era necesario cambiar. Se debían propiciar cambios de actitudes hacia la HTA y su manejo, usualmente descritos como complejos por la literatura para cualquier etapa de la vida, y aún más, en virtud de las características personológicas y del aprendizaje en el senescente.

Tabla 7 Se observa que solo en relación a las *Características de la HTA*, los pacientes, en su mayoría, poseen un conocimiento adecuado, y que supera la mitad de la muestra, con el 59,5%; en el resto de los indicadores el conocimiento es inadecuado.

Este 59,5% reconocen a la HTA como una enfermedad que padecerán toda su vida, incurable, que puede controlarse pero para ello requiere cuidados. También identifican el valor de la PA de 120/80 mm/Hg, como criterio para establecer su normalidad. En cambio, los pacientes ubicados en el nivel *Inadecuado* no tienen un conocimiento correcto sobre el carácter crónico de la entidad, ni sobre las cifras normales de PA. Por otra, al considerar que *No es preocupante* demuestran tener muy baja percepción de riesgo, lo que sin dudas compromete la ejecución de las prácticas de autocuidado.

Tabla 7. Distribución de la muestra según indicadores del nivel de conocimientos sobre HTA ates y después de la intervención. CMF N°9. Cruces. 2025.

Indicador	Nivel de conocimientos				Nivel de conocimientos			
	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Características de la HTA.	25	59,5	17	40,4	41	97,6	1	2,4

Signo y síntomas de descompensación	13	30,9	29	69,04	38	90,5	4	9,5
Complicaciones de la HTA.	11	26,2	31	73,8	38	90,5	4	9,5
Factores de riesgo de crisis de HTA.	7	16,6	35	83,5	39	92,8	3	7,1
Sobre medidas para controlar la PA.	12	28,6	30	71,4	40	95,2	2	4,8
Conocimiento global	7	16,4	35	83,5	39	92,8	3	7,1

Fuente. Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial.

Almanza y Núñez⁶⁵, evaluaron la efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimiento de DM2 y prácticas de autocuidado, utilizando un diseño experimental. Antes de la intervención no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, entre el nivel de conocimientos del grupo experimental (61,5%) y del grupo control (56,4%). Predominó el nivel medio de conocimientos en ambos casos. Por su parte, Reyes⁶⁶ obtuvo, que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial es alto en el 60% de la muestra de su investigación y medio en el resto.

Los datos obtenidos por Almanza y Núñez⁶⁵, arrojaron que la mitad de los pacientes adultos hipertensos estudiados para determinar la relación entre su nivel de conocimiento de la enfermedad y su percepción de autoeficacia, tenían un nivel de conocimiento medio sobre hipertensión arterial, el resto se distribuyó en igual porcentaje entre el nivel de conocimiento alto y bajo respectivamente. Eso, en función de las variables de esta investigación, puede resultar similar al predominio de un nivel de conocimiento inadecuado.

Reyes Paredes H y cols.⁶⁶, realizaron una intervención sobre educación alimentaria familiar en la mejora de conocimientos, actitudes y control de la

hipertensión arterial. Al diagnosticar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial antes de la intervención, un 70,2 % presentó un conocimiento medio.

En la citada investigación de Pérez Pupo y Rodríguez García^{57, 67}, se refiere, que en relación con los conocimientos que poseen los pacientes sobre las generalidades de la HTA, un gran número de hipertensos, el 55,5% conoce qué es la HTA; sin embargo, el 51,4% poseen conocimientos “regulares” sobre la evolución crónica de la enfermedad.

La investigaciones cuyos resultados tienen mayor similitud a la nuestra entre las revisadas fueron: la de Carbajal y Sayas⁶⁸ quienes al diagnosticar el nivel de conocimiento de adultos mayores hipertensos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Collique Comas, en Lima, sobre la entidad hipertensiva, hallaron que el 92% de los estos adultos no poseía un conocimiento adecuado del autocuidado que deben tener los pacientes hipertensos; y la de Paredes⁵⁶, en cuyo estudio la mayoría de los adultos mayores resultó tener un nivel inadecuado conocimiento sobre hipertensión arterial (57.9%) que determinó un nivel insuficiente de autocuidado (68,4%), existiendo así una relación estadística altamente significativa entre el nivel de autocuidado y nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial. ($p=0,0001$), asimismo, el tener un nivel de conocimiento insuficiente sobre HTA se constituye en riesgo elevado para presentar un nivel de autocuidado inadecuado de HTA, concluye.

En relación al *nivel de conocimientos acerca de los principales síntomas de descompensación de la enfermedad*, este estudio obtuvo, que el 69,04% de la muestra dio respuestas inadecuadas.

Aplicando los criterios de Hernández (1998) citado por Martín Alfonso⁶¹, a la necesidad de incrementar el nivel de conocimientos en la muestra sobre signos y síntomas de descompensación de la HTA, la autora considera, que el hecho de que el paciente esté apercibido de ellos, permitirá que estos sean como “claves” para la acción reforzadora de conductas de autocuidado. Al propio tiempo, aquellos que presenta una enfermedad de curso asintomático y no dispone de “claves internas” para la acción, no recibe refuerzos para el seguimiento de las mismas.

La hipertensión arterial es una enfermedad que puede transcurrir de manera asintomática por lo que es importante que los pacientes realicen las indicaciones médicas sin presencia de estos, es decir, no esperar por eventos médicos que los impresionen para adherirse correctamente a su tratamiento y ser capaces de hacerlo de manera consciente y autorregulada.⁶²

Por otra parte, existe un conocimiento bastante generalizado en la muestra sobre el hecho de que la HTA causa complicaciones letales, solo cuatro pacientes no seleccionan esta opción, lo cual representa un porcentaje muy bajo. En semejante proporción muchos identifican el *Infarto cerebral o cardiovascular*, como una complicación de la enfermedad, pero mientras que la mayoría consideran la afección cardíaca como primordial, su conocimiento de las complicaciones resulta inadecuado (73,8%) porque desconocen el *daño renal* y la *pérdida de visión*, esta última la menos conocida. Tal resultado es similar al obtenido por Barraza⁶⁹, donde las complicaciones oftalmológicas son las menos conocidas por los hipertensos, y no coincide con Anchiraiico Ildefonso³⁵, quien al estudiar el nivel de conocimiento sobre autocuidados en pacientes hipertensos obtuvo un nivel alto de conocimiento sobre el concepto de HTA (94%) y complicaciones de la enfermedad (90%) explicando los efectos que tiene la HTA sobre el corazón, los riñones y el cerebro.

Según la literatura los individuos con Hipertensión primaria es decir sin signos de afección orgánica, si no se tratan durante periodos de siete a diez años tienen un gran riesgo de presentar complicaciones importantes. Casi 30% sufre complicaciones de aterosclerosis y más del 50% mostrara lesiones de los órganos relacionados con la Hipertensión, entre ellos; cardiomegalias, insuficiencia cardíaca congestiva, retinopatía, accidentes cerebro vasculares e insuficiencia renal. Por lo tanto, incluso en sus formas leves, si no se trata, la hipertensión es una enfermedad progresiva y letal, por lo cual es imprescindible, una vez instaurada la enfermedad, modificar factores de riesgo que lleven a crisis hipertensivas.³⁵

Los adultos mayores investigados muestran un predominio de conocimiento inadecuado respecto a los factores de riesgo de crisis hipertensiva (83,5%): se desestima, en la mayoría de los casos, el papel de los hábitos tóxicos, del sedentarismo y del afrontamiento inadecuado a situaciones de estrés. Estos

resultados también coinciden con estudios realizados por Josep Redon⁶⁹ en los que solo el 30,0% de los pacientes investigados reconocían algunas de estas condiciones como factores de riesgo asociados a la HTA.

Los factores psicosociales y el estrés son factores modificables, y aunque suelen considerarse como factores de riesgo menores, cada día es más evidente la relación entre situaciones de estrés y alteraciones emocionales con síndromes coronarios agudos. Es una relación muy compleja donde influye la intensidad del estrés y su duración, la personalidad, la estabilidad psicosocial, el grado de apoyo social y un trasfondo cultural que pueden interactuar y predisponer un evento coronario.⁶²

Para combatir tales factores de riesgos se han aplicado diferentes estrategias psicológicas adicionales al tratamiento farmacológico, que ha incluido, desde proporcionar a los pacientes información de su enfermedad, el cambio de hábitos como el sedentarismo, las prácticas de alimentación hasta la reeducación en el afrontamiento de estresores. La utilización de técnicas de relajación y la identificación de situaciones estresantes y el uso de la relajación ante esas situaciones.³⁵

El conocimiento sobre las medidas para mantener el control de la enfermedad resultó también inadecuado en la mayoría de los sujetos estudiados (71,4%). *Controlar su peso corporal y chequear su peso mensual (64,3%), Dormir entre 6-7 horas diarias (71,4%), Realizar los ejercicios físicos recomendados por su médico (66,6%), Evitar el consumo excesivo de alcohol (69,0%) y Llevar una vida organizada, estableciendo rutinas (71,4%),* fueron las medidas menos señaladas por los abuelos. De manera similar Rodríguez García y cols⁶⁷, constataron la existencia de desconocimiento en cuanto al tratamiento no farmacológico de la HTA y la importancia del mismo.

La revisión bibliográfica muestra resultados sobre un nivel de conocimiento superior en algunas poblaciones. Los pacientes estudiados por Pérez Pupo y Rodríguez García^{62,67}, por ejemplo, distinguieron la obesidad (76,7%), el sedentarismo (71,9%) y el tabaquismo con (60,3%) como factores de riesgo de crisis hipertensiva. La mayoría también identificó entre las medidas de control de la hipertensión: el control del peso (76,71%); la práctica de ejercicios físicos (71,9%); la eliminación de hábitos tóxicos, tabaquismo y alcoholismo (60,3%) y

la eliminación de situaciones de estrés (51,4%), esta última obtuvo el resultado más discreto 51,3% en relación al resto de las Medidas para el control de la hipertensión. En el estudio de Anchiraico Ildefonso³⁵ el 84% de los sujetos identificó correctamente las actividades de relajación pertinentes al control de la HTA, un 94% conocía qué tipo de ejercicios físicos debe realizar el paciente hipertenso y el 86%, que beneficios proporciona la actividad física. En una proporción menor pero predominante, Otaño Álvarez⁷⁰ encontró que el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre el tipo de alimentación necesaria para la prevención de la hipertensión arterial era alto en el 53.3% y solo un 6.6% poseían un conocimiento bajo al respecto.

Posteriormente a la implementación del programa se evidenció un incremento muy significativo en el nivel *adecuado* de conocimiento global sobre la HTA (92,8%) y en todos los indicadores, ya que se logró incrementar por encima del 90% el nivel de conocimiento de todos los indicadores.

La participación en el programa les permitió conocer a los ancianos su patología, fundamentalmente en cuanto al tipo y nivel de HTA que padecen y aceptarla como una enfermedad crónica que hay que cuidar, lo que indica un aumento de su percepción de riesgo. La mayoría de los pacientes pueden identificar los principales síntomas que manifiestan cuando su PA está elevada, sus principales complicaciones, factores de riesgo y las medidas para su control.

Similares resultados han sido obtenidos por otras investigaciones.

Paredes⁵⁶, realizaron una intervención sobre educación alimentaria familiar en la mejora de conocimientos, actitudes y control de la hipertensión arterial. Al diagnosticar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial antes de la intervención, un 70,2 % presentó un conocimiento medio y después de la intervención el 89,4 % tenía un conocimiento alto, lo cual les permitió evaluar positivamente la efectividad del programa implementado.

Pérez Pérez y cols.⁵⁷, muestran la distribución de los adultos mayores según el nivel conocimientos acerca de los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial antes y después de la intervención educativa, en la misma se plantea que en una primera etapa los conocimientos sobre este tema que

predominaban los inadecuados para un 60%. Después de la intervención educativa se logró modificar y probar 70% de los ancianos tuvieron un adecuado conocimiento sobre los factores de riesgos de Hipertensión Arterial y lograr cambios deseados en modos y estilos de vida.

Se concuerda también con los resultados obtenidos por Otaño Álvarez⁷⁰ en su investigación “Intervención educativa en relación a la presión arterial elevada y los factores de riesgo modificables”, donde posterior a la intervención educativa se observa que en el 80% de los casos los pacientes modificaron la información sobre los valores de PAE y sus complicaciones, asimismo se logró un aumento significativo del nivel de conocimiento en relación a los factores de riesgo modificables entre un 92 y un 100%.

Germán Chocho y cols⁷¹., reportaron una intervención educativa exitosa en 40 pacientes con Enfermedad Renal Crónica estadios IV-V, respecto al control de PA, consumo de sodio, y ejercicio físico, donde se logró que estos pacientes asociaran la HTA a mayor riesgo de ingreso a diálisis o fallecimiento. Esto les alentó a difundir la experiencia, para mejorar el autocuidado y la evolución de los pacientes.

Naranjo Hernández y Concepción³⁹, realizaron un estudio cuasi-experimental, donde el grupo experimental obtuvo un nivel de conocimiento alto en relación al grupo control, evidenciándose la efectividad de la intervención educativa. En el análisis de la información brindada por cuestionario aplicado en los dos momentos, se observó una mejora significativa del conocimiento en el grupo experimental en todas las dimensiones: aspectos generales de la enfermedad, alimentación, actividad física ($p < 0,05$). En el grupo control las dimensiones enfermedad, alimentación y actividad física, no mejoraron las puntuaciones de modo significativo.

En relación al impacto que tiene una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de factores de riesgo, Suarez⁷², observó que el nivel de conocimientos en la población estudiada aumentó sobre todo en temas relacionados con el hábito de fumar y la obesidad (100%), la importancia de la actividad física (97,5%) y las características de la HTA (95,0%). En tanto Ruiz y cols.⁷³, después de su intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgos y su influencia, en pacientes con episodio de urgencia

hipertensiva, logran incrementar los conocimientos de estos sobre el hábito de fumar y obesidad en el 100%, y sobre la hipercolesterolemia y el sedentarismo en el 81,2%.

El incremento del nivel de conocimiento se tradujo en un incremento de la frecuencia adecuada de realización de acciones autorreguladas por los adultos mayores, dirigidas a mantener el control de su PA, como muestra la tabla 10. La última columna contiene los datos sobre el incremento porcentual respecto a la frecuencia *Siempre*, grado ideal esperado tras la intervención.

Tabla 8. Distribución de la muestra según prácticas de autocuidado antes de la intervención. CMF N°9. Cruces. 2025

Prácticas de autocuidado	Antes de la intervención					
	Siempre		Algunas veces		Casi nunca	
	N	%	N	%	N	%
Tomar las dosis de medicamento indicadas.	22	52,4	17	40,2	3	4,8
No automedicarse.	10	23,8	14	33,3	16	38,1
Chequeo periódico de la PA.	23	54,8	17	40,5	2	4,8
Controlar y chequear su peso corporal mensual	-	-	6	14,3	34	81,0
Asistir a consultas planificadas.	13	30,9	24	57,1	5	11,9
Acudir al médico de inmediato si está descompensado.	15	35,7	25	59,5	2	4,8
Establecer y respetar horarios de alimentación.	19	45,2	15	35,7	8	19,0
Dieta sin sal o baja en sal.	11	26,2	17	40,4	14	33,3
Consumo preferente de aceite vegetal.	15	35,7	20	47,6	7	16,6

Evitar alimentos fritos.	9	21,4	17	40,4	16	38,1
Incorporar a la dieta alimentos saludables.	8	19,0	26	61,9	8	19,0
Dormir alrededor de 6 horas nocturnas.	14	33,3	20	47,6	8	19,0
Realizar los ejercicios físicos recomendados.	1	2,4	3	7,1	38	90,5
Evitar consumo excesivo de alcohol.	38	90,5	4	9,5	-	-
Evitar el hábito de fumar.	25	59,5	13	30,9	4	9,5
Evitar consumo excesivo de café.	10	23,8	16	38,0	16	38,0.
Llevar una vida organizada y con rutinas.	25	59,5	13	30,9	4	9,5
Afrontar positivamente el estrés.	8	19,0	19	45,2	15	37,7

Fuente. Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial (ítem 4).

Puede observarse que las prácticas de autocuidado que con menor frecuencia se realizan por los adultos mayores para controlar su PA son: *Realizar ejercicios físicos* (90,5%), y *Controlar y chequear su peso corporal mensual* (81,0%). Las frecuencias acumuladas en las escalas *Algunas veces* y *Casi nunca* de los indicadores: *Dieta sin sal o baja en sal* (73,8%), *Evitar alimentos fritos* (78,5%) y *Evitar consumo excesivo de café* (76%) y *Afrontar positivamente del estrés* (82,9%), son también muy desfavorables y revelan un inadecuado comportamiento de las prácticas de autocuidado relacionadas con el cumplimiento del tratamiento no farmacológico, con una baja percepción de riesgo por desconocimiento de factores involucrados en su control y una inadecuada percepción de autoeficacia.

Resultó también muy preocupante que solo el 52,4% de la muestra refiriera *Tomar las dosis indicadas* siempre; *No automedicarse*, el 23,8%; *Asistir a consultas planificadas*, el 30,9% y *Acudir al médico de inmediato si está descompensado*, el 35,7%. Estas dificultades en el cumplimiento del tratamiento farmacológico pueden asociarse a factores tales como: olvido del tratamiento; polifarmacia, por padecer de otras patologías, y múltiples dosis diarias; fracasos en tratamientos anteriores o falta de confianza en el fármaco; poca disponibilidad del medicamento en farmacia y dificultades económicas del paciente que limitan su adquisición; falacias de control en los pacientes motivadas en parte por la “cultura” médica de la población; dificultad de acceso a especialistas, que acuden con una frecuencia mensual al municipio; malestares que acarrearán para los ancianos la organización de estos servicios dentro del policlínico; falta de información sobre el programa de seguimiento de crónicas en la APS; apoyo familiar insuficiente; falta de responsabilidad con la salud e insatisfacción en la relación con el personal médico. La autora considera que una explicación plausible a este resultado es la falta de medicamentos que Cuba viene afrontando incluso desde antes de que el covid-19 afectara tan gravemente el país.

A diferencia de esta investigación, el cumplimiento del régimen de la medicación ha mostrado altos niveles en la mayoría de las investigaciones revisadas en relación con el tema del autocuidado o la adherencia terapéutica, en HTA u otras patologías crónicas⁷⁴⁻⁷⁶ sin embargo muchas evidencian dificultades en la ocupación e implicación de los pacientes con respecto a los cambios necesarios en el estilo de vida, lo cual evitaría riesgos potencialmente graves relacionados con estas enfermedades.

La práctica de ejercicios físicos no integra la representación de tratamiento ni existen sentidos personales asociados a ella un con valor regulador para la mayoría de los pacientes, de hecho fue una de las medidas de autocuidado menos identificadas (66,6%). Esta condición es muy desfavorable al control de la HTA, pues el sedentarismo reconduce al sujeto hacia las patologías cardiovasculares y la obesidad, mientras la actividad física no solo las previene, sino que aumenta las relaciones sociales si se practica en grupo y ayuda a la realización personal.⁷⁵

Resultados de investigaciones actuales en el campo de la gerontología demuestran que el ejercicio físico, especialmente el entrenamiento aeróbico sostenido, ejercicios de flexibilidad, fortalecimiento muscular y relajación, disminuye el riesgo de HTA, hiperlipidemia, así como los índices de enfermedad de las arterias coronarias.⁷⁷

En relación a la dieta, y las dificultades encontradas en el establecimiento de horarios, consumo de aceite y grasas e incorporación de alimentos saludables, en especial frutas o vegetales, así como en las causas probables del incumplimiento del ejercicio físico por los adultos mayores estudiados, la autora comparte el criterio de Ruíz,⁷³

Al estudiar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial, también hallaron que la mayor parte de los pacientes no cumplieron con la realización de ejercicio físico, ni con las indicaciones relacionadas con la dieta. Ellos adjudican el incumplimiento del ejercicio físico recomendado, no solo al desconocimiento por la mayoría de los pacientes, sino a cuestiones como la inadecuada organización del tiempo, la sobrecarga de roles o la presencia de problemas concomitantes a la enfermedad. En el caso de la dieta consideran que la inaccesibilidad económica a las frutas y los vegetales, productos que más escasean en los mercados, y los inadecuados hábitos nutricionales que conforman nuestra cultura alimentaria explican la transgresión de muchos pacientes.

En los adultos mayores, en particular, hay una disminución de la intensidad de la actividad física realizada, así como el tiempo dedicado para esta, lo que corresponde a un incremento de peso y adiposidad en una primera etapa y posteriormente deterioro de la muscularidad con pérdida ponderal. El metabolismo en reposo disminuye con la edad, justifica la pérdida de masa muscular activa y el incremento paralelo de los depósitos de grasa que son metabólicamente inertes.⁶²

Solo el 33,3% de la muestra tiene una frecuencia adecuada del *Sueño/descanso*. Entre sus causas probables se encuentra: los tórpidos y desfavorables cambios sociales y económicos que vive esta sociedad, y en particular el fenómeno de la migración, superior y más traumático incluso al éxodo del Mariel, y aderezado por una economía en ruinas; la insuficiente

actividad física; el no llevar una vida organizada y con rutinas, y respetar los horarios de alimentación; el consumo excesivo de café y las dificultades para afrontar positivamente el estrés, todas halladas en la muestra. Por otra parte están las características de la fisiología del sueño en la etapa, donde los trastornos del sueño están descritos como una de las alteraciones psicológicas más frecuentes.⁷⁸

Durante el sueño se producen procesos imprescindibles para garantizar la integridad física y psíquica del abuelo, pero con el envejecimiento llegan los cambios en el ritmo circadiano y cambia la arquitectura del sueño. Con el paso de los años se dedica menos tiempo a las fases reconstituyentes (NREM o sueño lento y profundo) y predomina el sueño ligero susceptible a ser interrumpido por estímulos internos o externos.

El consumo excesivo de café y el hábito de fumar eran prácticas frecuentes entre los adultos mayores estudiados, la primera está relacionada con el lugar preferente que la bebida ocupa en los gustos del cubano y su efecto estimulante, la segunda una adicción cada vez más aceptada socialmente y usualmente precipitada por estímulos externos como el propio consumo de café; o internos, como la tristeza, la frustración o la ira, emociones negativas asociadas al fracaso en el afrontamiento del estrés, por su mítico efecto sedante. Estas prácticas no adecuadas son consecuentes al predominio de un conocimiento inadecuado respecto a los factores de riesgo de crisis hipertensiva (83,5%). En cambio no hay dificultades relevantes con el consumo de alcohol lo cual favorece la intervención.

Otras investigaciones sobre HTA y DM2, han identificado al sedentarismo como principal factor de riesgo asociado al estilo de vida, al tabaquismo como el hábito tóxico prevalente ^{79,81} y el alcoholismo en una menor proporción.^{82,84} Por su parte, el tabaco es un elemento tóxico por definición y factor de riesgo cardiovascular. Son muy numerosos los estudios que lo señalan por el efecto que produce aumentando las resistencias a nivel vascular periférico, lo que provoca una dificultad en el riego cerebral.⁸⁵

Según la literatura el tabaquismo representa una mayor probabilidad de desarrollar HTA y padecer complicaciones cardiovasculares, y disminuye la

eficacia de algunos fármacos antihipertensivos. El tabaco aumenta el colesterol total, el colesterol LDL y los triglicéridos y disminuye el colesterol HDL. Influye negativamente sobre la hemostasia y genera trombosis.³⁵

El problema del incumplimiento del tratamiento no farmacológico está ampliamente documentado en la literatura científica de Cuba y en la región de América Latina, con la que compartimos fuertes patrones culturales.

Por su parte, Pérez Pérez y cols.⁶² identificaron como los factores de riesgo que más prevalecieron en la intervención educativa aplicada, en primer lugar, el sedentarismo y la alimentación inadecuada (alta en consumo de grasas, sal, carbohidratos y proteínas, y pobre en frutas y vegetales) con un 82%, y en orden de frecuencia el hábito de fumar con un 28%. Se ha demostrado, refieren estos autores, que el sedentarismo está ligado a la Hipertensión Arterial y que la vida sin ejercicios agrava la enfermedad, las personas con vida sedentaria incrementan el riesgo de padecer de presión arterial elevada de un 20 a un 50%, debido a que el poco gasto energético liberado por el organismo disminuye el desarrollo de la circulación colateral, y por tanto la función miocárdica adecuada; promueve la aparición de otros factores de riesgo cardiovascular tales como la obesidad, la arteriosclerosis, la Diabetes Mellitus y por tanto la Hipertensión Arterial.

Duran Tarazona³⁶, concluye que un porcentaje mínimo de los pacientes hipertensos que pertenecen a la cartera del adulto mayor del Hospital Uldarico Rocca Fernández realizan prácticas adecuadas de autocuidado referido al consumo de aceite de origen vegetal y la frecuencia con la que consumen ajos y apio (3 a 4 veces a la semana). En cambio, un porcentaje mayoritario realizan prácticas inadecuadas de ingestión de café y té; tienen otros hábitos tóxicos (fuman, toman cerveza y vino); no realizan ejercicios de moderada intensidad, cinco veces a la semana por 30 minutos y se controlan la PA solo cuando asisten a sus controles con la enfermera y cuando sienten molestias, lo cual le conllevaría a un riesgo de presentar complicaciones derivadas de la enfermedad.

Troncoso Pantoja y cols,⁸⁴ obtuvieron resultados similares al estudiar la AT a la DM2. Un número importante de los entrevistados identificaba la DM2 como crónica, grave, de etiología genética y asintomática en etapas tempranas, con

complicaciones que afectan la vista, riñones, falla cardíaca y heridas de difícil tratamiento que podrían presentar efectos mortales. Se otorgaba un gran valor a las orientaciones farmacológicas, pero la mayoría no considera la actividad física y la dietoterapia como fundamentales para lograr un correcto control metabólico. Se asociaba la dieta solo a la regulación del peso corporal y no a la prevención de complicaciones en etapa de descompensación, y al ejercicio físico con la actividad rutinaria o de carácter recreativo.

En Cuba, como trasfondo de todas las dificultades en el autocuidado identificadas en diferentes estudios, se hallaron creencias que subestiman y desacreditan las enfermedades crónicas y su impacto (*"La diabetes o la hipertensión no es nada"*),⁸² lo cual aparece muy relacionado con el desconocimiento de las formas de expresión de la enfermedad o con el hecho de que sus manifestaciones más visibles aparecen a largo plazo, lo cual conlleva a subvalorar los cuidados de salud.

En este sentido, por el tiempo de evolución de la enfermedad de gran parte de la muestra en esta investigación, no superior a los diez años (54,8%), muchos no han experimentado complicaciones macrovasculares, cuadros más graves que generan mayor conciencia de enfermedad y mayor preocupación por el cuidado de su salud, brindando al ejercicio físico mayor importancia dentro del manejo de estas enfermedades. De hecho, los pacientes dan mayor valor al tratamiento farmacológico y no perciben al ejercicio como pilar del mismo.

Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que en la vejez es demasiado tarde para adoptar control sobre diferentes factores de riesgo y un estilo de vida saludable. Esto es todo lo contrario, pues evitar el consumo de drogas como el tabaco, el alcohol y el café pueden evitar las discapacidades y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la propia calidad de vida. Por ejemplo, una buena alimentación y una correcta nutrición son esenciales para la vida, la salud y el bienestar en la senectud, donde se calcula que entre el 33% y el 50% de los problemas de salud se relacionan con ella.⁷⁹

Para cerrar el análisis de las dificultades identificadas en la frecuencia de las prácticas de autocuidado antes de la intervención se expondrán los criterios de

la autora respecto al comportamiento de la práctica de autocuidado *Afrontar positivamente el estrés*.

La frecuente exposición a situaciones potencialmente generadoras de estrés ya señaladas en este análisis, afectan el perfil de seguridad de los ancianos haciéndolos vulnerables. Las características de este período describen perfectamente lo que la literatura ha definido como una situación estresante: novedad, falta de información, inminencia e incertidumbre, falta de habilidades para manejar o enfrentarla y duración prolongada.

De modo que además de la conciencia de pérdidas de esta etapa: cognitivas, físicas o afectivas; la frecuente insatisfacción de necesidades; la excesiva preocupación por sí mismo, o las quejas por la falta de autoridad; el abuelo también ha tenido que flexibilizar y desplegar defensas, resignificar situaciones y reasignar valores, para “de construir” y “construir” la “nueva normalidad” con resortes motivacionales y patrones comportamentales totalmente distintos, algo complejo, si se tiene en cuenta que al declive cognitivo normal del anciano muchas veces le caracteriza un déficit de la función ejecutiva, y el aprendizaje, aunque posible, requiere más ensayos y tiempo, que el abuelo y los demandantes no tienen. A todos estos procesos de adaptación o cambio le son inherentes el temor ante la pérdida (tristeza) y el temor ante el posible fracaso (ansiedad), y por los resultados de este estudio, donde el 37,7% *Casi nunca* afronta positivamente el estrés, se infiere que las estrategias de afrontamiento no han sido eficaces para tolerar, minimizar, aceptar o ignorar determinadas situaciones.

Otras prácticas de autocuidado no realizadas con la frecuencia requerida en el estudio, y que describen conductas que hacen a un anciano vulnerable a los agentes estresores, pueden estar incidiendo en este resultado, o ser consecuencia de él. Las evidencias apuntan a que el distrés puede intervenir en todas las fases del proceso de enfermar, ya sea aumentando las conductas de riesgo, exacerbando o produciendo síntomas somáticos y/o incrementando el uso de los servicios de salud. Se trata de dormir menos de las seis horas nocturnas descritas para la senectud, no practicar ejercicios físicos, el hábito tabáquico y la ingestión excesiva de café y no organizar racionalmente el tiempo.

A pesar del resultado desfavorable sobre cómo se afrontaba el estrés por la muestra, está descrito que los abuelos usualmente cuentan con asertividad, optimismo, autoeficacia y comunicación expresiva. En la vejez aumentan las dificultades vinculadas a la conciencia emocional, como el reconocimiento de emociones negativas como la tristeza, sin embargo también se muestran mejores estrategias de reparación emocional. Estas competencias socioemocionales le permiten al viejo un afrontamiento positivo del estrés, buscar y mirar el lado positivo de la vida y mantener el optimismo aun en situaciones adversas; ejercer y defender sus derechos personales, sin ser agresivo o manipulado; para mantener, suprimir o aumentar un estado afectivo en curso (regulación emocional), la experiencia acumulada les proporcionaría mayor capacidad para ejercer control sobre sus emociones, evitando así la sobrecarga emocional. Incluso frente a pérdidas objetivas que deberían predecir infelicidad los abuelos muestran elevados niveles de bienestar y optimismo. Todo indica que estas competencias socioemocionales en lugar de perecer, se desarrollan.^{86,87} Sobre este presupuesto se basó la intervención.

De la implementación del programa

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

Para dar solución a una de las principales dificultades encontradas en la realización del programa, la escasa disponibilidad de tiempo de las adultas mayores, se realizó un ajuste al tiempo de duración del programa a 45 minutos, fue necesario acudir a redes de apoyo social como vecinos, sobrinos, amigos de las adultas mayores para el cuidado de los ancianos a su cargo, durante la asistencia de las mismas al programa.

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 los adultos mayores 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 los adultos mayores recetas de platos más saludables.

Evaluación de la efectividad del programa implementado.

El objetivo del equipo de salud es informar al paciente para lograr un mejor conocimiento de su enfermedad y la participación activa durante el tratamiento, lo que propicia un mayor impacto en la adhesión y consecuente mejor pronóstico. Las experiencias en intervenciones con el objetivo de informar y motivar tanto a los pacientes como a sus familias han logrado prometedores resultados, logrando la mejoría en adherencia al tratamiento, autopercepción y autocuidados de su enfermedad, disminución de internaciones y costos sanitarios, y por lo tanto, la mejoría en su salud.⁸⁴

Para evaluar si estos precedentes se cumplían en la investigación se analizó su efectividad teniendo en cuenta no solo las modificaciones en el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre la HTA, sino la frecuencia de prácticas de autocuidado y el grado de control de la enfermedad logrado tras la intervención.

La tabla 9 presenta el análisis estadístico del nivel de conocimientos por indicadores y de manera global, según los resultados del Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión en adultos mayores hipertensos, contrastándolos en sus dos momentos de aplicación, pre y post intervención.

Tabla 9. Distribución de la muestra según prácticas de autocuidado después de la intervención. CMF N°9. Cruces. 2025.

Prácticas de autocuidado	Después de la intervención					
	Siempre		Algunas veces		Casi nunca	
	N	%	N	%	N	%
Tomar las dosis indicadas.	30	71,4	12	28,6		
No automedicarse.	35	83,3	5	11,9	2	4,8
Chequeo periódico de la PA.	38	90,5	4	9,5	-	-
Controlar y chequear su peso corporal mensual	36	85,9	6	14,3	-	-
Asistir a consultas planificadas.	33	78,6	9	21,4	-	-
Acudir al médico de inmediato si está descompensado.	38	90,5	4	9,5	-	-
Establecer y respetar horarios de alimentación.	30	71,4	12	28,6	1	2,4
Dieta sin sal o baja en sal.	36	85,7	4	9,5	2	4,8
Consumo preferente de aceite vegetal.	28	66,6	14	33,3	-	-
Evitar alimentos fritos.	39	92,8	-	-	3	7,1
Incorporar a la dieta alimentos saludables.	28	66,6	14	33,3	-	-
Dormir alrededor de 6 horas nocturnas.	26	61,9	14	33,3	2	4,8
Realizar los ejercicios físicos recomendados.	23	54,8	6	14,3	13	30,9
Evitar consumo excesivo de alcohol.	40	95,2	2	4,8	-	-
Evitar el hábito de fumar.	31	73,8	7	16,6	4	9,5
Evitar consumo excesivo de	31	73,8	9	21,4	2	4,8

café.						
Llevar una vida organizada y con rutinas.	30	71,4	9	21,4	3	7,1
Afrontar positivamente el estrés.	24	57,1	15	35,7	3	7,1

Fuente. Cuestionario para medir nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial (ítem 4).

La frecuencia de ejecución de todas las prácticas de autocuidado se incrementó. Las más beneficiadas con el aumento del nivel de conocimiento fueron: Control y chequeo mensual del peso corporal (85,9%); Evitar alimentos fritos (71,4%); *No automedicarse* y consumir una *Dieta sin sal o baja en sal* (59,5%); *Afrontar positivamente el estrés* (57,1); *Acudir al médico de inmediato si está descompensado* (54,8%); y *Realizar ejercicios físicos recomendados* (52,4%) y *Evitar el consumo excesivo de café* (50%).

Los pacientes que participaron en este programa, evidenciaron que los ejercicios físicos regulares mejoraron satisfactoriamente su calidad de vida desde que los iniciaron, pues realizaban las actividades diarias con mayor dinamismo; asimismo evaluaron su condición física de manera positiva, porque afirmaron que ya no sentían el cansancio continuo de antes, y que en esos momentos se sentían con más vigor y realizan las actividades con mayor ánimo y menos esfuerzo, además de que conciliaban mejor el sueño.

En el caso de las conductas referentes a evitar hábitos tóxicos, los resultados, por ser desde el punto de vista estadístico menos significativos corren el riesgo de no ser interpretados justamente. Modificar conductas adictivas es sumamente complejo y por lo general requiere tratamientos prolongados donde el paciente está expuesto a múltiples estímulos que condicionan su adicción y lo llevan a frecuentes recaídas; puede decirse que es un terreno psicoterapéutico ingrato. Debe considerarse además que el programa no fue concebido para trabajar adicciones.

En la literatura revisada, los investigadores concluyen que existe una relación directa y significativa entre el incremento del nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado. Por ejemplo, Mikuli, Caballero y Aruanno⁸⁵ así como Díaz Saldaña e Infante Sánchez,⁸⁶ consideran que un nivel elevado de

conocimiento sobre la salud, permite una mayor capacidad para entender y procesar el material relacionado con el cuidado de la salud y los servicios necesarios para tomar decisiones adecuadas sobre el cuidado de esta. Mientras que las personas con un nivel bajo o deficiente de conocimiento sobre salud tendrán más dificultades para desenvolverse en su vida cotidiana, ya que no solo implica poseer un conjunto de conocimientos sino también las prácticas que deben adquirirse y aplicarse a fin de mantener un buen estado de salud.

Persiste, sin embargo, una brecha entre el nivel de conocimientos y la conducta de autocuidado, perceptible en todos los casos. Incorporar un nuevo conocimiento puede generar conductas nuevas al ser disonante con nuestras motivaciones o creencias de salud, pero no en todos los pacientes el nuevo conocimiento alcanza el valor regulador necesario para propiciar modificaciones conductuales y por otra parte, a pesar del carácter estable de la personalidad y sus contenidos, es iluso reducir la conducta del hombre a lo psicológico, la conducta del hombre siempre ha de ser analizada en situación. Martín Alfonso⁶⁶, por ejemplo, al evaluar el papel de los factores que favorecen el proceso de adherencia al tratamiento, en tres policlínicas de La Habana destacó a los conocimientos acerca de la enfermedad y el tratamiento, como uno de los de mayor consistencia, sin embargo el nivel de significación estadística fue relevante en solo una de ellas. Por su parte, Casihuaman y cols.⁸⁷, concluyen en su investigación que los pacientes con buen nivel de conocimiento no siempre practican un estilo de vida favorable.

En este sentido, Baca Narváez⁸⁸, refiere que las prácticas de autocuidado que realizan los pacientes con HTA son reducir la ingesta de alcohol o cigarrillos, asistir a sus controles, tomar siempre sus medicamentos prescritos, en cambio la mayoría de ellos tienen conocimiento de la actividad física pero pocos lo practican siendo importante para disminuir niveles altos de la PA.

Según Suárez Cárdenas,⁷² los adultos mayores con hipertensión arterial que tuvieron conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables presentaron un nivel de autocuidado inadecuado, por lo que llega a la conclusión que tener un buen conocimiento no siempre es suficiente para llevar un estilo de vida saludable. Tener conocimiento, precisa el autor, es necesario, pero no influye siempre de manera positiva y directa en el cambio de estilo de

vida, y el individuo mantiene una práctica deficiente del autocuidado como parte del tratamiento de la hipertensión arterial.

Amén de esta consideración, los resultados de este estudio se asemejan a los de Arrieta-Reales⁸⁹ al afirmar que el 98% de los pacientes sintió cambios en su salud desde que se encontraban asistiendo al programa de HTA y el 98,4% indicó que la educación brindada por el personal de salud del programa lo había llevado a cambiar su estilo de vida. Los pacientes modificaron hábitos pocos saludables como la disminución del consumo de sal un 98% y grasas Trans el 92%; un 88,7% aprendieron a balancear los alimentos; el 53,2% aprendieron además a dominar mejor al estrés; un 40,3% disminuyó el sedentarismo; y en menor proporción con un 3,6% dejaron de fumar.

.

Principales resultados

- Los adultos mayores hipertensos no controlados que participaron como sujetos de la investigación se caracterizaron por un predominio del sexo femenino, entre 60 y 70 años, mestizos, con nivel secundario de escolaridad, HTA esencial grado II y un tiempo de evolución de la enfermedad de 10 años o más.
- En el diagnóstico el nivel de conocimientos sobre la HTA de los pacientes resultó ser inadecuado sobre todos los indicadores, excepto en relación a las *Características de la HTA*, donde los pacientes, en su mayoría, poseen un conocimiento adecuado. Este resultado compromete la ejecución de las prácticas de autocuidado.
- La frecuencia de ejecución de todas las prácticas de autocuidado se incrementó. Las más beneficiadas con el aumento del nivel de conocimiento fueron: Control y chequeo mensual del peso corporal, Evitar alimentos fritos; No automedicarse y consumir una Dieta sin sal o baja en sal; Afrontar positivamente el estrés; Acudir al médico de inmediato si está descompensado; Realizar ejercicios físicos recomendados y Evitar el consumo excesivo de café.

Conclusiones

- La implementación de la intervención educativa aumentó el nivel de conocimientos sobre la HTA y las prácticas de autocuidado de los adultos mayores hipertensos demostrado la efectividad de la misma.

Recomendaciones

1. Valorar la necesidad de implementar el programa aplicado en otros contextos.
2. 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. Ledesma, E. R., Arévalo, J. V. J., Martínez, M. F., Hernández, A. F., Santiago, R. M. L., & Pereda, Y. A. (2019). Caracterización clínica-epidemiológica de la hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(3), 1-16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2019/cmi193d.pdf>
2. Revueltas-Agüero, M., Molina-Esquivel, E., Suárez-Medina, R., Bonet-Gorbea, M., Varona-Pérez, P., & Benítez-Martínez, M. (2022). La hipertensión arterial en Cuba según la Encuesta Nacional de Salud 2018-2019. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 26. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/download/9239/4503>
3. Agüero, M. R., Esquivel, E. M., Díaz, O. P., Álvarez, M. D. C. H., Fernández, S. V., & Martínez, M. B. (2021). Caracterización de la prevalencia de la hipertensión arterial en Cuba en 2019. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(4). Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1701/512>
4. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud, 50 ed. La Habana. Cuba, 2024. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2024/04/Anuario-Electrónico-Español-2023-ed 2024-compressed.pdf>
5. Morejón Giraldoni, Alain Francisco et al. Factores relacionados con el control de la hipertensión arterial en Cienfuegos. (2019) *Revista Cubana de Salud Pública*. v. 45, n. 3, e1716. Disponible en: <>. ISSN 1561-3127. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2019.v45n3/e1716/es>
6. Hodelín Maynard EH, Maynard Bermúdez RE, Maynard Bermúdez GI, Hodelín Carballo H. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión en adultos mayores. [Internet]. 2022 May-Jun [citado 18 de mar 2023];97(3): Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1927>
7. Cortés, J. T. Á., Rojas, N. H., & Labrada, A. M. (2021). Estimación del riesgo cardiovascular en adultos mayores con hipertensión arterial.

- MEDISAN, 25(3), 566-579. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3684/368467867001/368467867001.pdf>
8. Martín Alfonso Libertad de los A. Adherencia al Tratamiento en Hipertensos de Áreas De Salud del Nivel Primario. [Tesis para optar por el Grado Científico de Doctora en Ciencias de la Salud] Ministerio de Salud Pública Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, 2021[citado 18 de mar 2022].Disponible en: <http://revsalud.sld.cu>
 9. González Rodríguez R, Cardentey García J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Revista Finlay [Internet]., 2021 May [citado 18 de mar 2022];;8(2):103-10. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/69>
 10. Delgado Acosta,HM , Lastre Navarro,K , Valdés Gómez ML , Benet Rodríguez M , Morejón Giraldoni ,AF, ZerqueraRodríguez,JR. Prevalencia de hipertensión arterial en el Área I del municipio Cienfuegos. Rev. Finlay [Internet]. 2022 [citado 14-11-23]; 5(1): [aprox. 2,6 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article^drf&format=iso.pft&lang=e&limit=2221-2434>
 11. Chen, MA ,Zieve, D , Conaway, B. Cardiopatía hipertensiva. [Internet]. 2022 [citado 23-09-2024]; 71(19):[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000163.htm>
 12. JNC – octavo informe. Directriz basada en la evidencia para el Manejo de la HTA en adultos. 2021.Disponible en: <http://www.consejomedicolp.org.ar/wp-content/uploads/2021/07/JNC-8-2024.pdf>
 13. Salazar Cáceres, PM, RottaRotta, A, Otiniano Costa ,F. Hipertensión en el adulto mayor, .RevMedHered [Internet]. 2021 [citado 30,10-2022]; 27(1): [aprox. 1-3 p.]. Disponible en: <file:///D:/CONSULTORIO/HTA/HTA%20EN%20ADULTOS%20M/Hipertensi%C3%B3n%20en%20el%20adulto%20mayor.htm>
 14. Berreta, A J, Dr. Kociak ,D, Dr. BonorinoUdaondo ,C. Hipertensión arterial en adultos mayores. Tratamiento según comorbilidades y daño de órganos. Rev. Arg. De Gerontología y Geriatria. 2022; Vol 31((2)): 52-59.

15. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa Hipertensión Arterial. Guías para la prevención, diagnóstico y tratamiento. Internet. La Habana, editorial Ciencias Médicas, 2018. [Citado 28 de feb 2019]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/libros/texto/hipertension arterial/completo hipertension.pdf>
16. Ávila Lillo, C. La Hipertensión Arterial: Importancia de su prevención [Tesis]. Madrid: Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense; 2023.
17. Agüero, M. R., Esquivel, E. M., Martínez, M. B., Álvarez, M. D. C. H., Fernández, S. V., & Bethencourt, J. A. B. (2021). Caracterización de la prevalencia y mortalidad por hipertensión arterial en Cuba, decenio 2009-2018. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 20(2), 1-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2021/hcm212h.pdf>
18. Rivero Canto, O, Martínez Rivero, A, Muñoz Escobar, EM. Hipertensión Arterial. Prevalencia y factores de riesgo en la población de un consultorio de Morón [Tesis]. Morón: Filial de Ciencias Médicas; 2022.
19. Gopar-Nieto Rodrigo, Ezquerro-Osorio Alejandro, Chávez-Gómez Nancy L, Manzur-Sandoval Daniel, Raymundo-Martínez Grecia I. M.. ¿Cómo tratar la hipertensión arterial sistémica? Estrategias de tratamiento actuales. Arch. Cardiol. Méx. [revista en la Internet]. 2021 Dic [citado 2023 Jul 06] ; 91(4): 493-499. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402021000400493&lng=es. Epub 06-Dic-2021. <https://doi.org/10.24875/acm.200003011>.
20. Orduñez,P. Reportaje OPS La hipertensión causa 800.000 muertes cada año en América Latina y el Caribe,20 de mayo 2020.
21. Carámbula.P. Información general sobre Hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de la salud pública mundial. [Internet]. 2023 [citado 21-11-24]; (): [aprox. 1,2,5 p.]. Disponible en: <https://www.sanar.org/hipertension/hipertension-en-america-latina#main-content>
22. Mendoza Rodríguez, L. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 [citado 31-10-2022]; vol.34(1):[aprox. P.]. Disponible en:

file:///D:/CONSULTORIO/HTA/HTA%20EN%20ADULTOS%20M/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20adultos%20mayores%20hipertensos%20en%20un%20%C3%A1rea%20de%20salud.htm

23. Montejo Pérez, NF. Prevalencia de hipertensión arterial y sodio en una muestra de adolescentes de CHIAPAS [Tesis]. Chiapa: Universidad de ciencias y artes de Chiapa, Facultad de Ciencias de la Nutrición y Alimentos; 2022.
24. García Laura Beatriz, Centurión Osmar Antonio. Medidas preventivas y manejo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial y las crisis hipertensivas. Rev. salud publica Parag. [Internet]. 2020 Dec [cited 2023 July 06] ; 10(2): 59-66. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492020000200059&lng=en.
<https://doi.org/10.18004/rspp.2020.diciembre.59>.
25. Luverly Favier M, Lic. Lescaille Rojas, EB, Lic. Fernández Vela, M, Lic. Brooks Montiel, E, Lic. Lilian Caras Blanco, L. Acciones educativas sobre hipertensión arterial en adultos mayores .RevInfCient [Internet]. 2021 [citado 20-11-22]; 89(1):[aprox. 1-11 p.]. Disponible en: file:///D:/CONSULTORIO/HTA/HTA%20EN%20ADULTOS%20M/Acciones%20educativas%20sobre%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20en%20adultos%20mayores%20_%20Favier%20Michel%20_%20Revista%20Informaci%C3%B3n%20Cient%C3%ADfica.htm
26. Álvarez Reyes,M, Morales Sotolongo,I , Morales Reyes,E , Vega Colina,B. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora. RevHumMed [Internet]. 2020 [citado 12-12-2022]; 11(3):[aprox. P.]. Disponible en: <file:///D:/CONSULTORIO/HTA/HTA%20EN%20ADULTOS%20M/Estrategia%20educativa%20sobre%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20para%20adultos%20mayores%20de%20un%20consultorio%20del%20Policl%C3%ADnico%20Previsora.htm>
27. Corbalan Carrillo,MG, Alonso Fernández,S, Ros Elvira,MT, Moya Moya,A, ColominasBorrull,M, Hernández Vian,B. Evaluación del cumplimiento farmacológico en adultos mayores con hipertensión arterial. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado 21-12-23]; 24(4):[aprox. P.]. Disponible en:

file:///D:/CONSULTORIO/HTA/HTA%20EN%20ADULTOS%20M/Evaluaci%C3%B3n%20del%20cumplimiento%20farmacol%C3%B3gico%20en%20adultos%20mayores%20con%20hipertensi%C3%B3n%20arterial.htm

28. 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*. 2023; 23(3-4):142–6.
29. 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* [Internet]. 2014 [citado 19 de marzo 2019]; 34(2):128-34.
30. Deborah Ofman Silvia, Pereyra Girardi CI, Cófreces P, Stefani D. Social representations study of arterial hypertension according to gender. *Liberabit*, [Internet]. 2015 [citado 19 de marzo 2019];21(1):59-70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-
31. Mandujano Trujillo, E. (2025). Conocimiento sobre hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un Hospital de la región de Huánuco-2023. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/10351/T061_46254463_S.pdf?sequence=1
32. Oviedo, R. G., Niño, O., Bellomío, C., González, R. D., Guerra, M. Entrenamiento, presión arterial y lípidos en adultos con prehipertensión. *Retos*, [revista en Internet]. 2021 [citado 2022 Ene 14]; 27, 67-72.
33. Salazar Cáceres Pedro Martín, Rotta Rotta Aida, Otiniano Costa Fanny. Hipertensión en el adulto mayor. *Rev Med Hered* [Internet]. 2022 Ene [citado 2023 Jul 11]; 27(1): 60-66. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2022000100010&lng=es.
34. Edwin J. Osorio-Bedoya, Pedro Amariles. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. *Rev Colomb Cardiol*. 2024; 25(3) : 209-221 disponible en:<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-avance>
35. Anchiraico Ildefonso D. Nivel de conocimiento sobre autocuidados en pacientes hipertensos que acuden al cap II de Villa Rica - Essalud

Oxapampa –Pasco 2025 [tesis de especialidad en Internet]. [Lima-Perú]: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2025.

36. 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. 2023; 34(2):128-34.
37. Gijón Conde T, Graciani A, Banegas JR. Demografía y características clínicas de la hipertensión resistente en 6.292 pacientes en atención primaria. Rev. Esp. Cardiología [Internet]. 2024 [citado 2 dic 2024]; 67(4):270-6. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/demografia-caracteristicas-clinicas-hipertension-resistente/articulo/90283552/>
38. 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. 2024 Marzo; 24(190):1-8.
39. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco J. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. Revista Finlay [Internet]. 2016 [citado 2 dic 2018];6(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/400>
40. 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. 2022 Abril; 22(191):1-9.
41. Álvarez Miranda L, Pozo Madera E, Valle Hernández M, Peinado Morero M. Control del paciente hipertenso. Área de salud “Pedro Borrás”. Rev Cubana Enf.2022;12 (5): 129-32.
42. Sellén Crombet J. Introducción. En: Hipertensión arterial. Diagnóstico, tratamiento y control. La Habana: Félix Varela; 2021. p. 334.
43. Dayamis Bell Planche. Intervención educativa en pacientes hipertensos. Revista Electrónica de Portales Médicos. junio, 2023 <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/intervencion-educativa-pacientes-hipertensos/3>
44. Cubero Marín O. Prevalencia de la hipertensión arterial en una comunidad del municipio Cárdenas. Rev Cubana Med Gen Int. 2022; 22(2):13.

45. Morales JM, Achoog EF, Díaz HO, Fuentes GS. Pesquisa activa de hipertensión arterial. Rev Cubana Med Gen Int 2023;19(6):15-20.
46. Peña Feliciano G. "Programa de autoayuda dirigido a pacientes adultos mayores hipertensos. Lajas, 2014" [Tesis de especialidad]. [Lajas-Cienfuegos]: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2014.
47. Báez León C. Programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos, del consultorio 4. Lajas 2017 [Tesis de especialidad]. [Lajas-Cienfuegos]: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2019.
48. Martínez Sánchez Y. Programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos, del consultorio 19 .Lajas 2019 [Tesis de especialidad]. [Lajas-Cienfuegos]: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2019.
49. Águila Águila L. Programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos, del consultorio 13. Cruces 2021-2023. [Tesis de especialidad]. [Cruces-Cienfuegos]: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2023.
50. "FACTORES ASOCIADOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTESION ARTERIAL DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN LA IPRESS1-3 BELEN DE VILLA BELEN 2020" ANITA BIANCA VÁSQUEZ FUCHS. Tesis PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA. Universidad científica de Perú. IQUITOS - PERÚ 2021
51. Caracterización clínica-epidemiológica de la hipertensión arterial. Emilio Rivera Ledesma y cols. Rev Cubana Med Gen Integr vol.35 no.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2019 Epub 01-Sep-2019.
52. Díaz Molina M, Herrera Preval Y, Matéu López L. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. Rev Cubana Farm [Internet]. 2014 Dic [citado 2 dic 2018];48(4):588-597. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000400008&lng=es
53. Díaz Feria SY. Intervención educativa sobre factores de riesgos modificables en pacientes hipertensos. Consultorio No. 26 Buenaventura, enero diciembre 2018. [tesis de especialidad en Internet]. [Holguín-Cuba]: 2019.

54. Bell Planche D. Intervención educativa en pacientes hipertensos. Revista Electrónica de Portales Médicos [Internet]. 2016 Jun [citado 2 dic 2020] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/intervencion-educativa-pacientes-hipertensos/3>
55. Conocimiento sobre Factores de Riesgo Cardiovascular Modificables y Autocuidado en Pacientes con Hipertensión Arterial en una Clínica de Lima, 2019TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA AUTORA Galicia Yarleque Suárez Cárdenas Universidad católica SEDES SAPIENTIAE. Lima, Perú 2020
56. Paredes Mesías LX. Factores de riesgo cardiovasculares modificables en pacientes hipertensos mayores de 40 años en el centro de salud de “huachi chico” en el periodo mayo – agosto del 2018. [tesis de especialidad en Internet]. [Ambato-Ecuador]: Universidad Regional Autónoma de Los Andes; 2019.
57. Intervención Educativa sobre factores de riesgo de Hipertensión Arterial en el adulto mayor. (2022) Alina María Pérez Pérez y cols, Leyra Maday Aguilar Penas, Frank Javier Batista Pupo, Jorge Luis Rosabal Maldonado, Félix Alberto Montero Pérez, Tania Portelles Ávila
58. González Rodríguez D, Sánchez Villafañes D, Sánchez Reyes DM, Gómez Liriano DA, Coss Rodríguez D. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 [citado 2 dic 2018];85(3):[aprox.8p.]. Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1125>
59. Sánchez Villafañes D, Sánchez Reyes DM, Gómez Liriano DA, Coss Rodríguez D. Intervención sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Rev. inf. cient. [Internet]. 2020 [citado 5 dic 2020];85(3):[aprox.8p.]. Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view>
60. Flores BF, Martínez MJA, Gutiérrez GT, Peñarrieta CMI, , 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]. 2019 Jul-Dic [citado 2019 Feb 22]; 2(2):213-219.
61. Martín Alfonso L. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario, 2003-2007 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de

Salud Pública; 2019 [citado 7 Ene 2020]. Disponible en: <http://revsalud.sld.cu>

62. Pérez Pupo RD, Rodríguez Lazo M. Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. ccm [Internet]. 2015 Sep [citado 2 dic 2018];19(3): 406-17.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300003&lng=es.
63. Minier Pouyou L, Besse Díaz R, Ríos Vega L, Díaz Galván D, Martínez Cantillo L. Particularidades clínicas, epidemiológicas y terapéuticas en pacientes hipertensos de una comunidad urbana. MEDISAN [Internet]. 2018 Abr [citado 2019 Ago 03];22(4):363-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000400005&lng=es
64. Pomares Avalos AJ, Vázquez Núñez MA, Ruíz Domínguez ES. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev Finlay [Internet]. 2017 [citado 16 Dic 2018]; 7(2): 81-88.
65. Almanza Aguirre N J, Núñez Taco E J. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL RELACIONADA A LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ADULTOS HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD DE LA PUNTA DE BOMBÓN. AREQUIPA 2018. Tesis de Licenciada en Enfermería. Universidad Católica de Santa María, Arequipa- Perú. 2019
66. Educación alimentaria familiar en la mejora de conocimientos, actitudes y control de la hipertensión arterial Educación alimentaria familiar Reyes Paredes H. et al. RevPeruCienc Salud. 2021; 3(3): 82-8
67. Rodríguez García Y, Oliva Díaz JA, Gil Hernández A, Hernández Riera R. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2018 Jul-Ago [citado 2 dic 2018];12(4)
68. Carbajal L y Sayas E. (2018). Nivel de Conocimiento y Practica de autocuidado del adulto mayor hipertenso del Hospital Nacional Sergio E. Bernale de Collique Comas – Lima ,2018. (Tesis para optar el Título

Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Peruana Los Andes, Huancayo, Perú.

69. Redon J. Mejorando el conocimiento de la hipertensión arterial resistente: ¿qué es relevante? Rev Española Cardiol [Internet]. 2014 [citado 2 dic 2014]; 67(4):251-3. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/mejorando-el-conocimiento-hipertension-arterial/articulo/90283549/>
70. Otaño Álvarez M. Proyecto de intervención para prevenir enfermedades cerebrovasculares en adultos mayores vinculados a una casa de abuelos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Jul-Sep [citado 8 de may 2020];30(3).
71. Germán Chocho y cols. Hipertensión arterial en la Enfermedad Renal Crónica. An Facultad Med [Internet]. 2017 [citado 18 de mar 2019];4 (Supl 1):75-87.
72. Suárez Cárdenas GR, Menéndez CJ, Rodríguez LA, Pérez BM. Intervencion educativa para elevar conocimientos sobre factores de riesgo asociados a enfermedad cerebrovascular. Cuba [internet]. 2016 [citado 18 de mar 2019] Disponible en: <http://www.tecnosalud2016.sld.cu/index.php/tecnosalud/2016/paper>
73. Ruiz Mori E, Ruiz MH, Guevara Gonzales L, Ortecho Arias H, Salazar Rojas R, Torres Mallma C y cols. Factores de riesgo cardiovascular en mayores de 80 años. Horiz. Med. [Internet]. 2015 Jul [citado 19 de marzo 2019];15(3):26-33. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000300005&lng=es.
74. Romero S, Parra DI, Sanchez JM, Rojas L. Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2017 [citado 18 de mar 2022];49(1):37-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n1-2017004>.
75. Zerquera Trujillo G, Vicente Sánchez B, Rivas Alpízar E, Costa Cruz M. Caracterización de los pacientes diabéticos tipo 2 ingresados en el Centro de Atención al Diabético de Cienfuegos. Rev. Finlay [Internet]. 2016 Oct-Dic [citado 27 Oct 2022];6(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000400005

76. González Rodríguez R, Cardentey García J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista Finlay* [Internet]. 2018 May [citado 14 nov 2020];8(2):103-10. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/69>
77. Hita García I, García Redondo J, Cánovas Padilla Y. ¿Se pueden prevenir las demencias? En: Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes MC, Molero Jurado MM, Mercader Rubio I, Barragán Martín AB, Núñez Niebla A. *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento*. Vol 3. España: ASUNIVEP; 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572016000300010&lng=es
78. Barraza L. Sarmiento C. Conocimiento de la enfermedad en una población hipertensa colombiana. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2019 [citado 18 de marzo 2020];62(3):410-419. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43370>
79. Álvarez Ramos, E. Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud [tesis de licenciatura en internet]. [Lima-Perú]:2019. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4175/%C3%81lvar?sequence=1>
80. Martínez Domínguez GI, Martínez Sánchez LM, Lopera Valle JS, Vargas Grisales N. La importancia de la adherencia terapéutica. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab* [Internet]. 2019 Jun [citado 2 dic 2020];14(2).
81. Luna Breceda U, Haro Vázquez SR, Uriostegui Espíritu LC, Barajas Gómez TJ, Rosas Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan, Jalisco, México. *Aten Fam* [Internet]. 2017 [citado 2 dic 2020];24(3):116-20.
82. Mora Marcial, GR, VerdeciaTamallo K, Rodríguez Vergara TM, del Pino BN, Guerra Cabrera C. Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2017 Set [citado 2 dic 2014];33(3):270-80. Disponible en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000300001&lng=es&nrm=iso

83. Fernández Ballesteros R, Moya fresneda R, Íñiguez Martínez J, Zamarrón MD. ¿Qué es la psicología de la vejez? Ed. Biblioteca Nueva; 1999.
84. Troncoso Pantoja C, Delgado Segura D, Rubilar Villalobos C. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. RevCostarr Salud Pública [Internet]. 2019 Ene-Jul [citado 19 de nov 2020];22(1):9-13.
85. Mikulic IM, Caballero R, Aruanno Y. Competencias socio-emocionales en adultos mayores de la ciudad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. UBA/ Secretaría de investigaciones/ Anuario de investigaciones [Internet]. 2014 [citado 22 dic 2020];21: 277-84.
86. Conocimiento sobre hipertensión arterial y práctica de autocuidado - programa adulto mayor. Díaz Saldaña, Milagros Magdalena.Br. Infante Sánchez, Edwind Henry. Tesis PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE: LICENCIADA(O) EN ENFERMERIA Trujillo, Perú 2020
87. Casihuaman E. Nivel de conocimientos y autocuidado en adultos mayores con hipertensión y diabetes tipo 2 [Tesis de especialidad]. [Lima-Perú]: Universidad peruana Cayetano Heredia; 2018.
88. Baca Narváez. Intervención educativa acerca de los conocimientos y prácticas de autocuidado a pacientes con Hipertensión Arterial, Centro de Salud Francisco Morazán, Managua, II semestre 2015 [Tesis de grado]. [Managua-Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2303/1/40154.pdf>
89. Arrieta Reales. Programa educativo para incrementar acciones de autocuidado en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 18 de mar 2023];32(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08644662006000

Anexo 1

Consentimiento informado institucional

El _____ que _____ suscribe:

Hizo constar que estuvo plenamente de acuerdo en que la institución participara en la investigación titulada: Programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos, del consultorio 9. Cruces 2022-2025, previa explicación recibida por parte de la Dra. Yuneisy Laura Correa Consuegra, 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:

Hizo constar que estuvo plenamente de acuerdo en participar en la investigación titulada: Programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos, del consultorio 9. Cruces 2022- 2025 previa explicación recibida por parte de la Dra. Yuneisy Laura Correa Consuegra, autora de la misma.

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 para medir nivel de conocimientos en hipertensión arterial.

Estimado paciente: Realizamos un trabajo de investigación sobre conocimientos de hipertensión arterial en pacientes adultos mayores. Esta encuesta es confidencial y anónima. Agradecemos su cooperación, esperando que nos responda con absoluta sinceridad, pues los datos que aportará son de gran valor para este estudio.

Datos generales.

Edad_____ Sexo_____ Color de la piel: _____ Nivel de escolaridad:
_____ Ocupación: _____ Estado civil:

Tipo de HTA que padece: _____

Fecha en que fue diagnosticado: _____

Preguntas.

1. Marque con una X las respuestas correctas sobre las características de la hipertensión arterial.
 2. ___Curable.
 3. ___No es preocupante.
 4. ___Una enfermedad crónica que hay que cuidar.
 5. ___El valor normal de la presión arterial es de 120/80 mm/Hg.

2. Marque con una X los síntomas de la hipertensión arterial:
 - a) ___Dolor de cabeza
 - b) ___Visión borrosa, molestia a la claridad.
 - c) ___Zumbido en los oídos.
 - d) ___Generalmente no se siente.
 - e) ___Mareos
 - f) ___Vómitos.
 - g) ___Fiebre.
 - h) ___Adormecimiento de alguna parte del cuerpo.

3- Marque con una X las causas que provocan descontrol de la presión arterial.

- a) ☐ Hábito de fumar.
- b) ☐ Obesidad
- c) ☐ No practicar ejercicios físicos, o llevar una vida sedentaria.
- d) ☐ El afrontamiento inadecuado a situaciones potenciadoras de estrés.
- e) ☐ Emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la frustración y la ira.
- f) ☐ Incumplir el tratamiento farmacológico
- g) ☐ Consumo elevado de sal y grasas.
- h) ☐ Consumo excesivo de alcohol

4- Marque con una X las medidas que conoce para controlar la enfermedad y, en caso de que Ud. realice alguna de ellas, señale la periodicidad con que lo hace, escribiendo al final de cada proposición, la(s) letra(s) que lo defina(n): S, AV o CN.

S significa siempre; **AV**, algunas veces y **CN**, casi nunca.

Ej., si Ud. conoce el papel del ejercicio en el control de la HTA y realiza los que le han sido indicados por su médico, pero no con la frecuencia recomendada, su respuesta podría ser:

X Realizar los ejercicios físicos recomendados por su médico. AV

- 1. ☐ Controlar su peso corporal y chequear su peso mensual. ☐
- 2. ☐ Establecer y respetar los horarios para la alimentación. ☐
- 3. ☐ Consumir preferentemente aceite de origen vegetal. ☐
- 4. ☐ Dieta sin sal o baja en sal. ☐
- 5. ☐ Evitar alimentos fritos. ☐
- 6. ☐ Incorporar a la dieta alimentos como frutas y verduras frescas, lácteos (descremados), carnes blancas y galletas sin sal. ☐
- 7. ☐ Dormir alrededor de seis horas nocturnas diarias. ☐
- 8. ☐ Realizar los ejercicios físicos recomendados por su médico. ☐
- 9. ☐ Evitar el consumo excesivo de alcohol. ☐
- 10. ☐ Evitar el hábito de fumar. ☐
- 11. ☐ Evitar el consumo excesivo de café (más de cuatro tazas al día). ☐

12. ☐ Llevar una vida organizada, estableciendo rutinas. ☐
13. ☐ Evitar o afrontar positivamente el estrés (priorizando problemas, buscando apoyo en otros, realizando actividades relajantes, etc.). ☐
14. ☐ Tomar las dosis de medicamento indicadas por el médico. ☐
15. ☐ No automedicarse. ☐
16. ☐ Chequear periódicamente su presión arterial aunque no se sienta mal (mínimo cada cuatro meses). ☐
17. ☐ Asistir a sus controles médicos puntualmente. ☐
18. ☐ Acudir al especialista con inmediatez en caso de descompensaciones. ☐

5- Marque con una X las complicaciones de la hipertensión arterial.

- a) ☐ Infarto cerebral o cardiovascular.
- b) ☐ Pérdida de la visión.
- c) ☐ Daño renal.
- d) ☐ No tiene complicaciones.

Anexo 4

Programa

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 los 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 presentó diciendo su nombre y explicó los objetivos del mismo. En esta sesión estuvo presente todo el personal responsable de ejecutar las actividades, los cuales fueron presentados a los ancianos. **Responsable.** Médico de la familia.

2-Técnica participativa de presentación la elección de la misma fue 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 situó en el centro de un círculo formado por Todos los participantes, le tiró el rollo a cualquiera de ellos y quien lo recibió debía presentarse diciendo el nombre, la edad, de donde era, cuando la persona

terminó, le tiró el rollo a otro cualquiera de ellos; pero se quedó con el extremo del hilo, cada una se presentó respondiendo las mismas preguntas y así se formó entre todas una tela de araña.

3-Presentación de la estrategia. Los temas que se trataron durante la misma fueron descritos en una pizarra o papelógrafo, dejando espacio entre uno y otro para que puedan incluirse algún tema que puede ser sugerido por los ancianos.

4-Encuadre .En este paso se definieron colectivamente los objetivos que se perseguían, las funciones de los 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 consideraron necesarias.

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

5-Resumen y evaluación .Se pidió a los participantes que definieran con una palabra lo que habían sentido durante esta sesión .De los comentarios que surgieron en relación con estas emociones, se tuvo una idea de la forma en que los participantes asimilaban esta primera sesión de trabajo. Se les aplicó 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 realizó la toma de la presión arterial a los adultos mayores los cuales confeccionaron un diario donde anotaron 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 anexado a la historia clínica ambulatoria de los pacientes hipertensos, permitió tanto a los pacientes como al médico evaluar la frecuencia de las mediciones de la presión arterial que los pacientes se realizaron y posibilitó valorar el grado de control de la

enfermedad, lo cual pudo 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 fue inhalar aire para botar las tensiones y suplir a todo el cuerpo con aire fresco. Los procedimientos de esta respiración se aprendieron en pocos minutos y se requirió menor tiempo que las otras técnicas

La terapéutica para la respiración aspiro a lograr una determinada actitud y equilibrio. Las técnicas de respiración fueron 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 los 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 sentados en sillas que formaron un círculo. El coordinador, parado en el centro del mismo, dice una característica que sea común a varios de los participantes, por ejemplo: los 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 aprovecho para ocupar un asiento, por lo tanto quedó un participante de pie que debe señalar otra característica, por ejemplo: los que tengan puesto zapatos negros, y así se repite hasta que todos hayan cambiado de asiento al menos dos veces.

Actividad 2 Conoce sobre hipertensión

Se comenzó con la presentación del folleto hipertensión. Ver anexo

El cual se debatió con los ancianos, 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 fue dirigida por el médico de familia. Se emplearon 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

Fue necesario lograr un adecuado conocimiento de los 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.

Resultó necesario precisar que más que la mera transmisión de conocimientos sobre la enfermedad, se persiguió educar a los pacientes para un afrontamiento efectivo a la enfermedad hipertensiva, para ello fue necesario conseguir que esa información sea integrada y asimilada, de manera tal que

propicie cambios en sus actitudes, conductas y hábitos de vida que garantizaron una adecuada adherencia terapéutica.

Dado que la hipertensión arterial tuvo una gran frecuencia (prevalencia e incidencia) en nuestra población y sobre ella se conformó una representación social de la enfermedad en la cual se incorporaron determinadas creencias erróneas se sugirió explorar en el momento de la comunicación del diagnóstico qué conoce los pacientes sobre la HTA, qué representación mental tiene sobre la misma y cuáles fueron 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 fue ajustado a las características de los pacientes, atendiendo fundamentalmente a su edad, nivel educacional y capacidad de comprensión.

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

Segunda sesión

Tuvo 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 anotaron 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

Tema 3: “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 situaron de pie en el centro del local, previamente se colocaron unos carteles en extremos opuestos del mismo donde se leía “ADECUADO” en un cartel y en el otro “INADECUADO”. El coordinador leyó 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 se colocaron debajo del cartel **INADECUADO** si pensaron que no es cierta la información, o debajo del cartel, **ADECUADO** si pensaron que lo leído es una información válida. Varios miembros de cada grupo que se formaron explicaron por qué se decidieron por ese cartel, de esta forma se propició un análisis sobre lo que es un estilo de vida adecuado, el cual no afecte el control de la presión arterial.

El coordinador guió a los participantes para que analizaran estas o cualquier otra situación auxiliándose de un cuadro similar al que aparecen 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 debatió el contenido del folleto con los adultos mayores.

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

Actividad 5. Evaluación y cierre. Se pidió a los participantes que definieran con una palabra lo que habían sentido durante esta sesión .De los comentarios que surgieron en relación con estas emociones, se obtuvo una idea de la forma en que las participantes asimilaron la sesión de trabajo.

Segunda sesión

Tuvo 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 realizó para estimular positivamente, comunicar características personales, gustos, aspiraciones, que permitieron mayor conocimiento del grupo.

Se organizó el grupo en forma de semicírculo y se pasó una pelota donde el facilitador mandó a detener la bola, se le preguntó 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 fue imprescindible explicar el carácter crónico de la HTA, insistiendo en que si bien no es una enfermedad curable si es controlable. En ese momento, se hizo hincapié en la responsabilidad de los pacientes en el control de su enfermedad.

Fue necesario informar sobre la duración del tratamiento. Al respecto, resultó más adecuado informar a los paciente que el tratamiento iba a continuar durante varios años pero que sería 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 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 podían 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 encontraban sentados en círculos. El entrenador le dio 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 anciano hizo un análisis de cuáles son las causas que ellos consideraban que llevaron a la paciente a esta situación. **Responsable:** médico de familia.

Actividad 4. Ejercicios de relajación.

Actividad 5. Evaluación y cierre .Se pidió a los participantes que definieran con una palabra lo que habían sentido durante esta sesión .De los comentarios que surgieron en relación con estas emociones, tuvimos una idea de la forma en que los participantes asimilaban esta sesión de trabajo.

Segunda sesión

Tuvo 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 portaban los adultos mayores acerca de las acciones de autocuidado para modificar factores y conductas de riesgos que contribuían a que la hipertensión no estaba 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 realizó con el objetivo de animar al grupo: El coordinador le pidió que se sentaran en círculo. Una vez sentados le comencé a hacer un relato sobre cualquier cosa, donde incorporé personajes, animales en determinadas actitudes y acciones, luego le pasé la palabra a otro compañero para que lo continuara; podía utilizar la representación

Actividad 2 Construcción grupal del concepto autocuidado. El facilitador les preguntó a los participantes que era el autocuidado y la autoayuda, se escucharon y se anotaron todas las respuestas y se compararon con una definición que previamente estaba anotada en una cartulina. Explicó cuál es la importancia del autocuidado y como se pueda descubrir y prevenir enfermedades con el uso de esta técnica. Poner ejemplos. **Responsable:** Enfermera.

Actividad 3Técnicas de autocuidado de la presión arterial Se le solicitó a los participantes que dijeran formas que ellos conocían para autocuidar su presión arterial se le adiestró en el autocuidado de la presión **Responsable:** Enfermera.

Actividad 4. Ejercicios de relajación.

Actividad 5. Evaluación y cierre. Se pidió a los participantes que definieran con una palabra lo que habían sentido durante esta sesión .De los comentarios que surgieron en relación con estas emociones, tuvimos una idea de la forma en que los 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 apropiaran de recursos personales que contribuyeran 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 dijo al grupo que cuando el facilitador mencionara la frase “cómo duermo” la persona a la que se quedará con la pelota completase la frase. **Responsable:** Enfermera.

2-Técnica “Aprendiendo a dormir”. Consistió en brindar medidas auxiliares que garantizaron 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 pidió a cada miembro del grupo que expresara con una palabra lo que sintió o piensa en relación con la sesión. A continuación se inició la ronda y el facilitador puso cuidado en recoger cada palabra y quien la dijo.

Responsable: Enfermera.

Segunda sesión

Tuvo 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 los cuales anotaron 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 los gerontes que le permitió 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 comprobó que ayudar a los pacientes a controlar el estrés y los estados emocionales negativos puede tener una influencia importante en la reducción de las cifras tensionales y conductas de riesgo.

1-Técnica “Un buen consejo”. Se entrenó a los ancianos a partir de técnicas de autoayuda para afrontar los estados emocionales negativos. Se les brindó orientaciones que podían 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 hicieron una lista de:

Lugares que le gustaría visitar de la ciudad.

Actividades nutricias 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: Pusimos tres sillas una al lado de la otra; cuando la persona se sentó en la primera silla expresó sus vivencias al inicio de la actividad o también, a sentarse en la segunda silla manifestó lo que experimentó durante la sesión y en la última silla comentó sobre las vivencias al final de la actividad. También de acuerdo al desarrollo de la sesión se pudo explorar las vivencias más relacionadas con la comunicación: “Cómo llegué, cómo me sentí, cómo me voy.”

Segunda sesión.

Tuvo 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 los cuales anotaron 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 encontraban sentados en círculos al igual que sus familiares. El entrenador le dio lectura inicialmente a una situación donde los adultos mayores se veían afectados en relación a la atención de sus problemas de salud especialmente en el control de la hipertensión por sobrecarga doméstica o por falta de apoyo familiar .De manera individual los participantes y su familiares hicieron un análisis de cuáles serían las respuestas que darían si se encontraran en esa situación y luego argumentaron, con la intención de convencer a los demás de cuál sería la solución más acertada. Cada una defendió su punto de vista y al final ponerse de acuerdo.

Actividad 2 Ejercicio de relajación. Todos los adultos mayores se entrenaron en la relajación.

Actividad3-Técnica “Pide permiso para abrazar”

Objetivo: fortalecer las relaciones afectivas y relaciones interpersonales.

La técnica consistió en que cada uno de los miembros del grupo con los ojos cerrados, se abrazaron unos a los otros para favorecer el contacto humano y las relaciones interpersonales. Cuando abrieron los ojos.

En un papelógrafo apareció 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 pidió a cada miembro del grupo que expresará con una palabra lo que sentía o pensaba con relación a cómo se sintió en la sesión. A continuación se inició la ronda y el facilitador puso cuidado en recoger cada palabra y quien la expresaba. **Responsable:** Enfermera.

Segunda sesión

Objetivos: 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. Se tomó la presión arterial a los adultos mayores, anotándose diariamente las cifras de tensión arterial en un papel. 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 permitan la solución de conflictos.

Actividad

Actividad 1-Técnica “Deje aquí su carga pesada... y recoja alegría”.

Actividad 2 Gerocultura.

Actividad 3- Ejercicio de relajación.

Actividad 4.Evaluación y cierre

Desarrollo

Actividad 1 Técnica “Deje aquí su carga pesada... y recoja alegría”.

Antes de entrar al local, cada participante tomó una tarjeta en blanco y escribió aquello que identificó como su carga pesada y se desprendió de ella al colocarla en una bolsa. Después recogieron un mensaje que les generó alegría o algún obsequio, se comunicaron con los demás y expresaron como se sintieron. **Responsable:** Enfermera.

Actividad 2 Gerocultura. Presentación de manifestaciones culturales por los adultos mayores del grupo; tales como: declamar, cantar, pintar, entre otras. **Responsable:** Enfermera.

Actividad 3- Ejercicio de relajación .Responsable: Psicóloga

Actividad 4.Evaluación y cierre .Se pidió a los participantes que definieran con una palabra lo que sintieron durante la sesión .De los comentarios que surgieron en relación con estas emociones, se tuvo una idea de la forma en que los participantes asimilaban esta sesión de trabajo.

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. Se tomó la presión arterial a los adultos mayores las cuales fueron anotadas sus 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 empleó con el objetivo de animar al grupo y lograr la concentración. Todos los participantes se sentaron en círculo, se comenzó esta de derecha a izquierda, logrando que cada uno de los participantes expresaran su vivencia en voz alta, recordando espontáneamente. Aquel que tardó más de 10 segundos en responder, dio una prenda o salía del ejercicio.

Actividad diagnóstica: se realizó el diagnóstico de la problemática a tratar, posterior a la participación de los ancianos en el programa de autoayuda para conocer si se modificó los conocimientos acerca de la hipertensión arterial, y si se apropiaron de técnicas de autocuidado que permitan el control de su presión arterial, se aplicó el cuestionario utilizado en la fase diagnóstica, los ancianos fueron 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 dividieron en dos. El entrenador introdujo la idea de que cada persona debe confeccionar imaginariamente un regalo para su compañera, el cual debe ocasionar mucha alegría. Las parejas conversaron unos minutos sobre sus gustos e intereses. Luego reunidos en grupos se intercambiaron verbalmente los regalos. Posteriormente la persona que lo deseó pudo realizar un regalo a otro integrante del grupo.

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

Responsable: médico de familia

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. Se tomó la presión arterial a los adultos mayores los cuales anotaron las cifras de tensión arterial en un diario .Responsable enfermera

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