

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CENFUEGOS.

“DR. RAÚL DORTICÓS TORRADO”

Título. Programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos, del consultorio 18. Cruces 2019-2021.

Autor: Dra. Neisy Monzón Quintana.

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

Asesora: MsC. Tania Ponce Laguardia***

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

***Licenciada en Psicología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor asistente. Investigador agregado.

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

Curso 2021

“Año 62 de la Revolución”

Exergo

Hasta cuándo cree usted que podemos seguir en este ir y venir...

Toda la vida.

Es que la vida más que la muerte es la que no tiene límite.

Dedicatoria

A todos las/os adultos mayores

Agradecimientos

A mi tutora por su guía certera.

A mi mamá, que se han mantenido a mi lado.

*A todo el que de una forma u otra contribuyó al desarrollo de esta
investigación.*

Índice

Exergo

Dedicatoria

Agradecimientos

Índice

Resumen

Introducción 1

Marco teórico 6

Diseño metodológico 19

Resultados y discusión 31

Conclusiones 47

Recomendaciones 48

Referencia bibliográficas 49

Anexos

Resumen

Diversos trabajos refieren que las acciones para prevenir la hipertensión arterial son altamente costo-efectivas y de gran impacto, se plantea como **problema de investigación**. ¿Cómo eleva el nivel de conocimientos acerca de la hipertensión y modifica las acciones de autocuidado de los pacientes adultos mayores, hipertensos no controlados, pertenecientes al consultorio 18 del municipio Cruces, la implementación de un programa de autoayuda? **Objetivo general.** Implementar un programa de autoayuda dirigido a adultos mayores hipertensos pertenecientes al consultorio 18 del municipio Cruces. **Método.** Se realizó un estudio de intervención cuasiexperimental, en el período julio 2019 a enero 2021 en el consultorio 18 de Cruces, Cienfuegos. **Universo** estuvo compuesto por 164 pacientes adultos mayores hipertensos pertenecientes al consultorio 18 de Cruces, Cienfuegos, la muestra estuvo conformada por 42 pacientes de ambos sexos con hipertensión arterial, no controlada. **Métodos empíricos:** observación, análisis de documentos, cuestionario nivel conocimientos y medición de la hipertensión. Programa de autoayuda **Métodos estadísticos:** paquete de programas SPSS 19.0 para Windows. Se aplicó el estadístico McNemar. **Resultados.** Al implementar el programa, los adultos mayores adquirieron conocimientos que les permitió conocer su enfermedad, los principales factores de riesgo y realizar acciones de autocuidado. Se modificaron las conductas de riesgo y se elevó el control de esta enfermedad. **Conclusiones.** El programa facilitó que los adultos mayores adquirieran conocimientos acerca de su enfermedad, los principales factores de riesgos y como realizar acciones de autocuidado.

Introducción

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}

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

Esta distribución constituye un reflejo del proceso de envejecimiento que atraviesa el país del cual no escapa la provincia de Cienfuegos tomando en cuenta los datos ofrecidos por la Oficina Nacional de Estadísticas e Información, la provincia, supera la media nacional de indicadores de longevidad y la esperanza de vida es más elevada que la media nacional (de 80,17 años para el sexo femenino y 76,56 para el masculino), el 20,03 % de su población es mayor de 60 años.³

Según los datos obtenidos en el anuario de población, de la Oficina Nacional de Estadística en el 2019 existe una población total de 22165 habitantes de ellos 5031 con 60 años y más, representando el 22.7 % de la población. Dentro de ellos 2476 son masculinos y 2555 femeninos.⁴

El aumento de la esperanza de vida está contribuyendo a que éste incremento de adultos mayores se produzca con mayor rapidez, lo que conlleva al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión. La cual tiene enormes consecuencias personales, sociales y económicas.⁴

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

En el planeta la padecen más de 1 500 millones de personas, tanto en países desarrollados como subdesarrollados⁵. La prevalencia mundial actual, según diferentes estudios regionales, es de 30% de la población total, pero en las personas mayores de 60 años, su prevalencia asciende al 50%.

Se estima que mundialmente 691 millones de personas padecen de Hipertensión arterial. Representaron el 60% de todas las defunciones y el 47% de las causas de morbilidad en todo el mundo; de los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, se estima en 7,1 millones el número de muertes mundiales debidas a la hipertensión arterial, cifra que representa el 13% de la mortalidad total.⁵

Afecta entre el 20-40% de la población adulta en la región de las Américas, lo cual significa que alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta. En Cuba, de acuerdo con la más reciente edición del Anuario Estadístico de Salud³, la prevalencia de hipertensión asciende a 225.2 por cada 1000 habitantes. En el sexo masculino es de 206.8 y en el femenino de 243.4 por cada 1000 habitantes. La prevalencia en personas en edades comprendidas entre 60 y 64 años es de 737.4 por cada 1000 habitantes, masculinos 734.8 y femeninos 739.7.

En la provincia Cienfuegos existe una prevalencia de 234.8 personas hipertensas, en el municipio Lajas en el año 2019 existe una prevalencia de 245.5 hipertensos por cada 1000 habitantes.³

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

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

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.⁷

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.^{8,9}

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.¹⁰ 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, 12}

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.¹³⁻¹⁴ Indicó además un sub-registro de la hipertensión arterial (HTA) a nivel nacional de acuerdo con la tasa de prevalencia en pacientes dispensarizados.

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

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

Justificación

En el Análisis de la Situación de Salud del año 2019, del consultorio 18, con una población integrada por un total de 1429 pacientes, de los cuales 574 habitantes son adultos mayores, de ellos 297 son del sexo femenino, y 277 del masculino, se identificó que la comunidad presenta una población envejecida, debido a que las personas mayores de 60 años constituyen el 40.1 % de la población.

La tasa de prevalencia de hipertensión arterial en la población del consultorio fue de 242.8 x 1000 habitantes. La tasa de prevalencia de hipertensión en la población adulta mayor fue de 49.3 x cada 100 habitantes y de los 347 pacientes hipertensos 283 fueron adultos mayores lo que representa el 81.5 %.

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 las acciones de autocuidado dirigidas al control de la presión arterial en los pacientes adultos mayores hipertensos no controlados, pertenecientes al CMF N°18 del municipio Cruces?

Objetivo general

Implementar un programa de autoayuda que brinde los conocimientos y habilidades requeridos por el autocuidado, en los adultos mayores hipertensos no controlados pertenecientes al CMF N°18 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 la HTA de los pacientes adultos mayores hipertensos no controlados.
- Identificar la frecuencia de prácticas de autocuidado realizadas por los sujetos investigados.
- Evaluar la efectividad del programa implementado.

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 sistólico-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 20018.^{18, 19}

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

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

Para el conocimiento de la fisiología hemodinámica de la presión arterial es necesario establecer una separación entre los factores determinantes de la presión arterial y los mecanismos reguladores de la misma.¹⁸

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

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

cardiaca y el control vasomotor, que por interacciones entre ellos o en forma aislada podrían en algún momento alterar la presión arterial y también conociendo su manejo colaborar en su recuperación.¹⁹

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

La PA al igual que ocurre con la frecuencia cardiaca (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

Los componentes de la variabilidad de la PA pueden ser cíclicos y no cíclicos. Los no cíclicos, representan las respuestas del organismo ante estímulos externos recurrentes como el ejercicio físico, la postura y las emociones. La magnitud de los cambios que éstos producen en la presión arterial es paralela a la intensidad de dichos estímulos y a la eficacia de los mecanismos homeostáticos para prevenir y oponerse a dichos cambios.¹⁸

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

La importancia clínica de la variabilidad de la PA en los hipertensos es un tema aún en discusión científica. No obstante, hay suficiente consenso en afirmar que el control tensional en estas horas críticas parece aconsejable.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 JointNationalComitte 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 tratamiento de la hipertensión sistólica en el geronte, debe basarse principalmente en medidas no farmacológicas, y sólo en los casos en que estas medidas no funcionen, se recurrirá al tratamiento farmacológico. La hipertensión sistólica es difícil de tratar, posiblemente, debido a que el problema de fondo son los cambios estructurales en las arterias de conducción. Por ello, más del 60% de los pacientes con hipertensión sistólica tienen mal control de la presión arterial y no cumplen con el objetivo clínico de 140/90 mm/Hg o presión de pulso de 50 mm/Hg. La reducción de la PA se puede lograr con medidas comportamentales y cambios del estilo de vida, como el yoga y la meditación, y se cree que la respiración lenta controlada, puede ser el factor común responsable de la mejoría.²⁶

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

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

IMC con valores superiores a 24,9 Kg/m² son considerados no saludables, así mismo para la circunferencia de cintura los valores considerados como límite entre lo saludable y no saludable corresponden a 102 cm para hombres y 88 cm para mujeres.²⁷⁻³²

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

No obstante, estos datos sobre los estudios epidemiológicos interculturales han sido muy criticados porque existen otros factores diferentes entre las culturas que podrían

influenciar en la PA, como la ingesta de K, los niveles de actividad física y de estrés, entre otros. Recientemente el estudio Intersalt, demostró una relación débil pero significativa entre la ingesta de Na y la PA, sobre todo con la PAS y el incremento de presión que se produce con la edad. Aun cuando hay evidencias de la posible relación sal- hipertensión, es conocido que solo algunos individuos responden con descenso de PA frente a la restricción salina, lo que podría sugerir una susceptibilidad individual a la sal. Esta hipótesis ha dado como resultado la distinción entre individuos “sal- sensibles” y “sal- resistentes.” 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

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

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden tener efectos adversos sobre la 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 puede 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

El déficit de autocuidado debe contemplarse como resultado de una relación no proporcional entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen: debido a limitaciones existentes, no están a la altura para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico, o sea, del conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos.³⁴

La presencia de una de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas, constituiría una evidencia de que existe un déficit de autocuidado:

- Falta de ocupación continuada en el autocuidado, o falta de adecuación de lo que se hace para cubrir los requisitos de autocuidado.
- Toma de conciencia limitada, o falta de conciencia, del yo y del entorno, excluyendo la debida al sueño natural.
- Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la conducta.

- Limitaciones para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y de familiaridad con las condiciones internas o externas.
- Acontecimientos indicadores de funcionamiento desordenado o alterado, que dan lugar a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y al ajuste de uno o más requisitos de autocuidado universal.
- Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas de autocuidado medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia.

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 ,

³⁹También 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 16 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.⁴¹

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.⁴²

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.^{12, 33}

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.^{10, 33}

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. ^{40, 43, 42}

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. ^{35, 39, 42}

En el aprendizaje que se pretende, el desarrollo de la autorregulación desempeña un papel primordial. El aprender, es el paso de lo interpsicológico a lo 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. ⁴⁴

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.⁴⁴

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.⁴⁴

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.⁴⁴

DISEÑO METODOLÓGICO

Enfoque de la investigación.

La investigación se basó en el enfoque mixto que concilia técnicas cualitativas y cuantitativas. Este permite lograr una perspectiva más precisa del fenómeno en estudio, brindando una percepción holística y completa de este, al combinar datos cuantitativos y cualitativos. Por todas estas características este enfoque se traduce en “mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de entendimiento”.⁴⁵

Tipo de estudio y diseño.

Se realizó un estudio descriptivo con un diseño pre-experimental (preprueba-postprueba con un solo grupo de control). A la muestra seleccionada, se le aplicó un cuestionario, previo al tratamiento experimental (programa de autoayuda), para determinar el nivel del grupo en relación al conocimiento sobre la HTA, y las acciones

Cuadro 1. Operacionalización de variables.

de autocuidado practicadas por los sujetos de la muestra; después se ejecutaron las sesiones del programa, y finalmente, se aplicó el mismo cuestionario con carácter de retest y se contrastaron sus resultados con la referencia inicial.

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	Femenino Masculino	Frecuencia de AM hipertensos por sexo.
Grupo etáreo	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 etáreo.
Color de la piel	Clasificación según color de la piel	Cualitativa nominal	Blanco Mestizo Negro	Frecuencia de AM hipertensos según color de piel
Nivel de escolaridad	Grados académicos cursados.	Cualitativa ordinal	Primaria terminada. Secundaria Preuniversitario 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 (PAS160 ó más mm/Hg PAD100 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 morbida 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 conocimientos	Correspondencia entre el	Cualitativa nominal	Adecuados Inadecuados	Frecuencia de adultos mayores hipertensos que:

sobre HTA.	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).	dicotómica.		• 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.

Escenario investigativo.

La investigación se llevó a cabo en el CMF N° 18 del Policlínico “Manuel Pite Fajardo” ubicado en el consejo popular “San José” perteneciente al municipio de Cruces en la provincia Cienfuegos, en el período comprendido entre julio 2019 a enero 2021.

Población: 164 adultos mayores hipertensos pertenecientes al CMF N° 18.

Tipo de muestreo y criterios para la selección muestral.

Tomando como referencia a Hernández, Fernández-Collado, Baptista,⁴⁵ quienes señalan que para estudios transeccionales, descriptivos o correlacionales, puede ser suficiente con un tamaño de muestra mínimo de 30 casos por grupo o segmento del universo; en función de la complejidad del estudio y de las técnicas a emplear; de las características de la población y del cronograma de la investigación, se seleccionó una muestra de 42 pacientes, a través de un muestreo no probabilístico intencional, siempre que cumplieran con los siguientes criterios:

- Adultos mayores de 60 años de ambos sexos con diagnóstico confirmado de HTA, no controlados.
- Escolaridad mínima de 6^{to} grado para garantizar una adecuada comprensión de las técnicas empleadas.
- Nivel de funcionamiento normal y ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual, con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.
- Disposición a participar en la investigación expresada mediante el protocolo de consentimiento informado.

Se consideraron criterios de salida de la investigación:

- Pacientes que expresaran su deseo de abandonar la investigación.
- Pacientes que por cualquier causa (baja disponibilidad de tiempo, problemas personales, enfermedad) no pudieran responder el instrumento de evaluación.

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), medición de la presión arterial.

Métodos Estadísticos: Descriptivos, análisis de frecuencias absolutas y relativas. Coeficiente de correlación de Spearman, Prueba de McNemar.

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 Feliciano⁴⁶. 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.

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 hace 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.

Medición de la presión arterial. Se utilizó con el objetivo de identificar el control de la hipertensión que presentan los adultos mayores hipertensos. La medición de la presión arterial cumplió la metodología establecida, y a partir de ella se definieron las conductas pertinentes.

Metodología:

- Los pacientes descansaron 5 minutos antes de tomarle la presión arterial.
- No fumaron ni ingirieron cafeína por lo menos 30 minutos antes de tomar la presión arterial.
- Se realizó en posición sentada y con el brazo apoyado. En casos especiales se tomó en posición supina.

- El manguito de goma del esfigmomanómetro cubrió por lo menos dos tercios de la circunferencia del brazo, el cual estuvo desnudo.
- Se insufló el manguito, se palpó la arteria radial y se siguió insuflando hasta 20 mm Hg o 30 mm Hg por encima de la desaparición del pulso.
- Se colocó el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral en la fosa ante cubital y se desinfló el manguito, descendiendo la columna de mercurio o la aguja lentamente, a una velocidad aproximada de 2-3 mm/Hg por segundos.
- El primer sonido (Korotkoff I) se consideró la PA sistólica y la PA diastólica la desaparición del mismo (Korotkoff V). Es importante señalar que la lectura de las cifras fue fijada en los 2 mm/Hg o divisiones más próximos a la aparición o desaparición de los ruidos.
- Se efectuaron dos lecturas separadas por 2 minutos como mínimo. Si la diferencia de las mismas difiere en 5 mm/Hg se efectuó una tercera medición y se promediaron las mismas. Se verificó en el brazo contralateral y se tomó en cuenta la lectura más elevada.²¹

A cada uno de los sujetos de la muestra se le confeccionó un diario donde se registraron las cifras de PA obtenidas en las diferentes mediciones hechas durante el transcurso de un año. La primera cifra de presión arterial que se tomó como punto de partida para evaluar el control de la enfermedad fue la realizada en la sesión inicial del programa, a partir de este momento se le tomó la presión arterial a cada uno de los pacientes mensualmente durante un año. Se consideró paciente no controlado: aquel que en todas las tomas de presión arterial durante un año (3 como mínimo) tuvo cifras superiores a 140/90 mm/Hg

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 Feliciano⁴⁶. Su efectividad ha sido evaluada en la práctica, en las tesis para obtener el título de especialista en Medicina General Integral de las

doctoras CarimerBaes León y Yamile Martínez Sánchez⁴⁷⁻⁴⁸. Está dirigido a fomentar estilos de afrontamiento efectivos a la HTA en los adultos mayores desde el autocuidado.

Se estructura en un conjunto de actividades grupales de carácter teórico-prácticas con la utilización de técnicas participativas, formas de autoevaluación y co-evaluación, que permiten 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 incluyó:

- 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 trasformaciones ocurridas a nivel individual y grupal, después de la aplicación del programa.

Los temas tratados fueron, 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 presentaban 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 perseguía educar a los pacientes para un afrontamiento efectivo de la HTA, para ello se diseñaron las sesiones incorporando técnicas relacionados con las diferentes dimensiones

actitudinales, de manera tal que propiciaran 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°18 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 funcionaron 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°18 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 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 empleados en el análisis y procesamiento de los datos.

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

Procedimientos estadísticos

Para el análisis de los resultados se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 21.00, 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 utilizar serán los siguientes:

- *De la estadística descriptiva:* Frecuencia relativa y porcentajes. Se emplearán como medida de resumen para variables cuantitativas y cualitativas procesadas en la investigación.
- *De la estadística inferencial:* Prueba de Mc Nemar. Es una prueba no paramétrica de comparación de proporciones para dos muestras relacionadas. *Permite probar la eficacia de una intervención educativa, a través de la*

medición en los mismos individuos, de la variable de respuesta en dos momentos, antes y después de la intervención, siempre que esta variable sea dicotómica. El nivel de significación escogido $p < 0,05$.

Si $p < 0,05$ la diferencia es significativa

Si $p < 0,01$ la diferencia es altamente significativa

Si $p < 0,001$ la diferencia es muy altamente significativa

Si $0,05 < p < 0,09$ la diferencia es moderadamente significativa

Si $p \geq 0,09$ no existen diferencias significativas.

- *Método no paramétrico de correlación:* Coeficiente de correlación de rangos de Spearman que aporta una respuesta cuantificable a la relación de asociación que en momentos determinados pueda existir entre dos variables cualitativas ordinales, aceptando un nivel de significación del 95 % ($p < 0,05$) y un valor del estadígrafo de prueba rho de Spearman entre -1 y 1 ($-1 < r_s < 1$). Se interpretarán los resultados de los valores de r_s según la siguiente escala:

- ✓ Correlación negativa perfecta..... -1
- ✓ Correlación negativa fuerte, moderada, débil..... $-0,5$
- ✓ Ninguna correlación..... 0
- ✓ Correlación positiva fuerte, moderada, débil $+0,5$
- ✓ Correlación positiva perfecta..... $+1$

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 P. 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 masculino, con un 61,9% y el rango de edad de 60-70 años con el 42,8%.

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad y sexo. CMF N°18. Cruces. 2021.

Edad	Sexo				Total	
	M	%	F	%	N	%
60-70 años	11	26,2	7	16,6	18	42,8
71-80 años	9	21,4	6	14,3	15	35,7
81-90 años	5	11,9	3	7,1	8	19,04
91 o más	1	2,4	0	-	1	2,4
Total	26	61,9	16	38,1	42	100

Fuente. Historia de salud familiar, Cuestionario

Estos resultados no coinciden con una parte considerable de la literatura revisada que reporta un predominio del sexo femenino^{49, 50, 51,34} asociando tal hecho con la aparición de la menopausia, etapa de la vida en la cual 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

Se hallaron, no obstante, numerosos resultados coincidentes con el predominio masculino en la distribución por el sexo en esta investigación, en estudios realizados en Cuba, o foráneos.^{10, 53, 54, 55, 56,57}

En relación al rango de edad predominante encontramos similitud entre este y el estudio de⁵⁰ donde 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. En tanto no coincide con Díaz Molina⁴⁹³⁹ que obtuvo una mayor presencia de los rangos de edades de 70-79 años, ni con González Rodríguez⁴³⁴⁰ en cuyo estudio predominaron los ancianos con edades comprendidas entre 80 y 89 años representando el 56,1 % de la población adulta mayor.

La exigua 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, asociados todos al envejecimiento, y también a un insuficiente nivel de escolaridad en un grupo longevo y de origen rural.

Tabla 2. Distribución de la muestra según color de la piel. CMF N°18. Cruces. 2021.

Color de la piel	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Negra	9	21,4	5	11,9	14	33,3
Mestiza	10	23,8	7	16,6	17	40,5
Blanca	7	16,6	4	9,5	11	26,2
Total	26	61,9	16	38,1	42	100

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 73,8% del total de la muestra. Resultados similares obtuvo Díaz Molina⁴⁹³⁹ 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 una variable clínica a tener en cuenta en la evolución y tratamiento de la hipertensión. Al respecto, Díaz ⁴⁸ 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°18. Cruces. 2021.

Nivel de escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primaria	11	26,2	6	14,3	17	40,4
Secundaria	7	16,6	4	9,5	11	26,2
Preuniversitario	4	9,5	3	7,1	7	16,6
Técnico	3	7,1	1	2,4	4	9,5
Universitario	1	2,4	2	4,8	3	7,1
Total	26	61,9	16	38,1	42	100

Fuente. Historia de salud familiar

Se aprecia en la tabla 3, que el nivel de escolaridad predominante fue la *primaria* con el 40,4% de la muestra. Este bajo nivel de escolaridad es como ya se ha referido consecuencia de la longevidad y origen rural de esta población.

Resultado similar obtuvo Hernández Mojena,⁵⁹ en cuya investigación el grado que predominó fue primaria terminada que predominó fue primaria terminada con un 41.3%; y Duran Tarazona³⁴, que describió una muestra con un grado de instrucción de primaria completa predominante.

La autora coincide con Sánchez Villafañes⁵⁴ cuando 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 Flores¹⁰, 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.

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; pero también se considera que tal nivel es perfectamente compatible con las exigencias cognitivas del programa aplicado, exigiendo, eso sí, 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°18. Cruces. 2021.

Tipo de HTA (grado)	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
HTA I	6	14,3	3	7,1	9	21,4
HTA II	20	47,6	13	30,9	33	78,6
Total	26	61,9	16	38,1	42	100

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 78,6% de pacientes con hipertensión arterial tipo II, con un comportamiento similar en ambos sexos (tabla 4)

Resultados semejantes obtuvo Flores¹⁰ en su estudio donde un 45,1 % de la muestra presentan una presión arterial grado I en un 48,8%, seguidamente de presión normal alta en 46,1%.

Por su parte Díaz Molina⁴⁹ 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°18. Cruces. 2021.

Tipo de HTA (etiología)	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Esencial	24	57,1	15	35,7	39	92,8
Secundaria.	2	5.71	1	4.16	3	7,1
Total	26	61,9	16	38,1	42	100

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 92,8% de la muestra.

Los resultados son semejantes a los de Randy David Pérez Pupo⁵² donde la mayor parte de los hipertensos diagnosticados son esenciales y por tanto, pacientes en los cuales la hipertensión será de curso crónico, por lo que deben seguir tratamiento y régimen apropiado durante muchos años, probablemente durante toda su vida, siendo el desconocimiento de este aspecto un factor desfavorable para la ejecución de acciones de autocuidado en estos pacientes.

En la tabla 6 se observa que la mayoría de los adultos mayores, el 52,4% han padecido la enfermedad por un período de tiempo mayor de 10 años, en tanto ocupa la segunda posición el grupo de seis a diez años, con el 30,9%. Coinciden estos resultados con los descritos por Minier Pouyou⁶⁰ 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.⁵⁷, describen una muestra con predominio de más de 10 años de evolución de la enfermedad (51,7 %).

Tabla 6. Distribución de los pacientes adultos mayores del CMF N°18 según tiempo de evolución de la enfermedad. CMF N°18. Cruces. 2021.

Tiempo de evolución de	Masculino	Femenino	Total
------------------------	-----------	----------	-------

la enfermedad.	N	%	N	%	N	%
Hasta 5 años.	5	11,9	2	4,8	7	16,6
De 6 a 9 años.	8	19,04	5	11,9	13	30,9
10 años o más.	13	30,9	9	21,4	22	52,4
Total	26	61,9	16	38,1	42	100

Fuente. Historias clínicas individuales

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 deconstruir. 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.

Determinar el nivel de conocimientos sobre la HTA de los pacientes adultos mayores hipertensos no controlados.

El segundo objetivo de la investigación era realizar un diagnóstico del nivel de conocimientos de los adultos mayores, aspecto que debía regular la implementación y la evaluación del programa. La tabla 7 muestra los resultados obtenidos en el diagnóstico sobre el nivel de conocimientos según sus indicadores. 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 66,6%; en el resto de los indicadores el conocimiento es inadecuado.

Este 66,6% 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. CMF N°18. Cruces. 2021.

Indicador	Nivel de conocimientos			
	Adecuado		Inadecuado	
	N	%	N	%
Características de la HTA.	28	66,6	14	33,3
Signo y síntomas de descompensación	13	30,9	29	69,04
Complicaciones de la HTA.	10	23,8	32	76,2
Factores de riesgo de crisis de HTA.	8	19,04	34	80,9
Sobre medidas para controlar la PA.	12	28,6	30	71,4
Conocimiento global	8	19,4	34	80,9

Barzola Saldaña, GuimacChuqui y Horna Cruz⁴¹, evaluaron la efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimiento de DM2 y prácticas de autocuidado, en una población constituida por 78 adultos de ambos sexos, entre edades de 50 a 70 años. Ellos utilizaron un diseño experimental e inicialmente 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.

Los resultados coinciden con los de Pérez Pupo y Rodríguez Lazo⁵², quienes refieren que en relación con los conocimientos que poseen los pacientes sobre las generalidades de la HTA, un gran número de hipertensos 81 para 55,5% conoce qué es la HTA, sin embargo, el 51,4% poseen conocimientos en la categoría de regular sobre la evolución crónica de la enfermedad. La autora asume el criterio de estos autores cuando refieren que la mayor parte de los hipertensos diagnosticados son esenciales y por tanto, pacientes en los cuales la hipertensión será de curso crónico, por lo que deben seguir tratamiento y régimen apropiado durante muchos años, probablemente durante toda su vida, por lo que el desconocimiento en este aspecto es un factor desfavorable para el cumplimiento del tratamiento en estos pacientes.

En relación al nivel de conocimientos acerca de los principales síntomas de descompensación de la enfermedad, el 80,9% dio respuestas inadecuadas.

Aplicando los criterios de Hernández (1998) citado por Martín Alfonso ⁶⁰, 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 presentan una enfermedad de curso asintomático y no dispone de “claves internas” para la acción, no recibe refuerzos para el seguimiento de las mismas.⁶⁰

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.⁶⁰

Por otra parte, existe un conocimiento bastante generalizado en la muestra sobre el hecho de que la HTA causa complicaciones letales, solo tres 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 (76,2%) porque desconocen el *daño renal* y la *pérdida de visión*, esta última la menos conocida. Tal resultado es similar al obtenido por Barraza⁶², donde las complicaciones oftalmológicas son las menos conocidas por los hipertensos, y no coincide con Anchiraco 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 trata durante periodos de siete a diez años tienen un gran riesgo de presentar complicaciones importantes. Casi 30% sufre complicaciones de

ateroesclerosis y más del 50% mostrara lesiones de los órganos relacionados con la Hipertensión, entre ellos; cardiomegalias, insuficiencia cardiaca congestiva, retinopatía, accidentes cerebros 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 (80,9%) respecto a los factores de riesgo de crisis hipertensiva: 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 Redon⁶³ 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.⁶⁰

Para combatir tales factores de riesgos se han aplicado diferentes estrategias psicológicas adicionadas 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 cols⁵⁵, 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 Lazo⁵², 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 Anchiraco Ildelfonso³⁵ 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, Álvarez Ramos⁶⁴ 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.

Identificar la frecuencia de prácticas de autocuidado realizadas por los sujetos investigados.

Era preciso conocer en la muestra cómo el nivel previo de conocimiento sobre la HTA estaba mediando las prácticas de autocuidado, por ello se realizó un análisis detallado de las respuestas del ítem 4 del cuestionario. Los resultados estadísticos se presentan a continuación.

Tabla 8. Distribución de la muestra según prácticas de autocuidado (pre-intervención). CMF N°18. Cruces. 2021.

Prácticas de autocuidado	Frecuencia		
	Siempre	Algunas veces	Casi nunca

	N	%	N	%	N	%
Tomar las dosis de medicamento indicadas.	25	59,2	15	35,7	2	4,8
No automedicarse.	10	23,8	18	42,9	14	33,3
Chequeo periódico de la PA.	23	54,8	17	40,5	2	4,8
Asistir a consultas planificadas.	17	40,5	20	47,6	5	11,9
Acudir al médico de inmediato si está descompensado.	15	35,7	25	59,2	2	4,8
Establecer y respetar horarios de alimentación.	21	50	13	30,9	8	19,0
Dieta sin sal o baja en sal.	11	26,2	16	38,1	15	35,7
Consumo preferente de aceite vegetal.	25	59,5	11	26,2	6	14,3
Evitar alimentos fritos.	11	26,2	15	35,2	16	38,1
Incorporar a la dieta alimentos saludables.	12	28,6	22	52,4	8	19,0
Dormir alrededor de 6 horas nocturnas.	21	50	14	33,3	5	11,9
Realizar los ejercicios físicos recomendados.	2	4,8	2	4,8	38	90,5
Evitar consumo excesivo de alcohol.	34	80,9	8	19,0	-	-
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.	23	54,8	12	28,6	7	16,6
Afrontar positivamente el estrés.	12	28,6	16	38,0	14	33,3

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

Puede observarse que las prácticas de autocuidado con menor frecuencia realizadas por los adultos mayores para controlar su PA son: *Realizar ejercicios físicos* (90,5%), y *Controlar y chequear su peso corporal* (64,3%). Estos resultados son los más desfavorables para los propósitos del programa de atención al paciente hipertenso,

pero ciertamente no son las únicas que afectan a la muestra. 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* (73,3%) y *Evitar consumo excesivo de café* (72,1%) y *Afrontar positivamente del estrés* (71,4%) 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.

Resultaba también muy preocupante que solo el 59,2% de la muestra refiriera *Tomar las dosis indicadas* siempre, *No automedicarse* el 23,8%, *Asistir a consultas planificadas* el 40,5% 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.

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 crónicas^{65, 66, 61, 67}, 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.⁶⁸

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.⁶²

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 Pomares, Vázquez y Ruíz⁵⁷. 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.

Solo el 50% de la muestra tiene una frecuencia adecuada del *Sueño/descanso*. Entre sus causas probables se encuentra: 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.⁶⁹

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. La duración total del sueño disminuye gradualmente, se duerme menos (seis horas nocturnas y una o dos diurnas) y con un sueño de peor calidad al cursar con múltiples interrupciones, a lo que se adiciona la incapacidad para volver a dormirse. Una causa frecuente de despertares son los horarios inadecuados de la toma de diuréticos, en razón de la nicturia.

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 (80,9%). 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^{70,71} y el alcoholismo en una menor proporción.^{72, 73} 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.⁷⁴

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 la región de América Latina, con la que compartimos fuertes patrones culturales.

AchiongEstupiñán y cols.¹⁵, plantearon que dentro de las causas que provocan las crisis de los pacientes se encuentran: el incumplimiento del tratamiento no farmacológico por el 67,8% de los pacientes. Se encontró que la dieta excesiva de sal, de grasa, el consumo insuficiente de frutas y vegetales, y el fumar constituyeron factores asociados al no control de la hipertensión arterial.

Duran Tarazona ³⁴, concluye que un porcentaje mínimo de los pacientes hipertensos que pertenecen a la cartera del adulto mayor del Hospital UldaricoRoccaFernández 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., 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.⁷⁵

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*")⁶⁷, 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 (47,5%), 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.⁶²

Se acepta el criterio de García⁵⁵ cuando refiere que el automanejo resuelve la mayoría de los problemas en personas que presentan una enfermedad crónica (80%); de ahí la importancia de fortalecer estas intervenciones en el primer nivel de atención.

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, afectan el perfil de seguridad de los ancianos haciéndolos vulnerables; situaciones que desde marzo del 2020 han sido particularmente atípicas, por el impacto que la Covid-19 ha tenido en todas las esferas de actuación, en un escenario caracterizado por una profunda crisis económica y déficit de medicamentos, y la forzada separación familiar. 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 “deconstruir” 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 33,3% *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.⁷⁶ 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, auto percepción y autocuidados de su enfermedad, disminución de internaciones y costos sanitarios, y por lo tanto, la mejoría en su salud.⁷⁷

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 indicadores del nivel de conocimientos sobre HTA (pre-post intervención). CMF N°18. Cruces. 2021.

	Nivel de conocimientos (pre)	Nivel de conocimientos (post)	
--	------------------------------	-------------------------------	--

Indicador	N		Adecuado		Inadecuado		McNemar (p<,05)
	A	I	%	N	%		
Características de la HTA.	66,6	33,3	42	100	-	-	,0311
Signo y síntomas de descompensación	30,9	69,04	39	92,8	3	7,1	,0000
Complicaciones de la HTA.	23,8	76,2	39	92,8	3	7,1	,0000
Factores de riesgo de crisis de HTA.	19,04	80,9	40	95,2	2	4,8	,0000
Sobre medidas para controlar la PA.	28,6	71,4	40	95,2	2	4,8	,0000
Conocimiento global	19,4	80,9	39	92,85	3	7,1	,0233

Posteriormente a la implementación del programa, el análisis estadístico de las respuestas correctas, mediante la prueba de McNemar, evidenció una mejoría significativa en todos los indicadores y en el nivel de conocimiento sobre la HTA: se logró incrementar al 100% el nivel de conocimientos adecuados acerca de las características de la hipertensión y del resto de los indicadores, dos alcanzaron un 92,8% y dos, un 95,2%.

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.

Se concuerda con los resultados obtenidos por Otaño Álvarez⁷⁸ 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 cols., 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.⁷⁷

Barzola, Guimac y Horna ⁴¹, 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.

Rodríguez y Oliva⁵¹, reportan que se elevó el nivel de conocimiento luego de la intervención educativa, pues casi la totalidad de los adultos mayores respondieron adecuadamente después de aplicada la estrategia. Al inicio el nivel de conocimientos era regular en el 49,1% de los pacientes y mal en el 43,3 %, se lograron revertir estos resultados para el segundo corte, donde el 89.1% alcanza la calificación de bien en la evaluación cualitativa. Inicialmente fueron identificados errores conceptuales y desconocimiento en varios aspectos.

En relación al impacto que tiene una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de factores de riesgo, Suarez R ⁷⁹, 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.⁸⁰, 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%.

Arocha yCastellón ⁴¹,realizaron una intervención educativa sobre estilos de vida saludables en adultos mayores con factores de riesgo coronario mayores, que influyó de forma positiva en el nivel de conocimientos sobre los estilos de vida saludables pues se elevaron considerablemente los conocimientos de los gerontes al respecto.

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 10. Distribución de la muestra según prácticas de autocuidado (pre-intervención). CMF N°18. Cruces. 2021.

Indicador	Frecuencia esperada (pre)	Frecuencia (post)						%+
		Siempre		Algunas veces		Casi nunca		
	Siempre	N	%	N	%	N	%	
Tomar las dosis indicadas.	59,2	37	88,0	5	11,9			28,6
No automedicarse.	23,8	35	83,3	5	11,9	2	4,8	59,5
Chequeo periódico de la PA.	54,8	38	90,5	4	9,5	-	-	35,7
Asistir a consultas planificadas.	40,5	33	78,6	9	21,4	-	-	38,1
Acudir al médico de inmediato si está descompensado.	35,7	38	90,5	4	9,5	-	-	54,8
Establecer y respetar horarios de alimentación.	50	36	85,7	5	11,9	1	2,4	35,7
Dieta sin sal o baja en sal.	26,2	36	85,7	3	7,1	3	7,1	59,5
Consumo preferente de aceite vegetal.	59,5	33	78,6	9	21,4	-	-	19,0
Evitar alimentos fritos.	26,2	38	90,5	-	-	4	9,5	64,3
Incorporar a la dieta alimentos saludables.	28,6	28	66,6	14	33,3	-	-	38,1
Dormir alrededor de 6 horas nocturnas.	50	32	76,2	9	21,4	1	2,4	26,2

Realizar los ejercicios físicos recomendados.	4,8	23	54,8	6	14,3	13	30,9	50
Evitar consumo excesivo de alcohol.	80,9	40	95,2	2	4,8	-	-	14,3
Evitar el hábito de fumar.	59,5	30	71,4	8	19,0	4	9,5	11,9
Evitar consumo excesivo de café.	23,8	31	73,8	8	19,0	3	7,1	50
Llevar una vida organizada y con rutinas.	54,8	30	71,4	9	21,4	3	7,1	16,6
Afrontar positivamente el estrés.	4,8	26	61,9	12	28,6	4	9,5	57,1

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: Evitar alimentos fritos (64,3%); *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* y *Evitar el consumo excesivo de café* (50%).

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.

Persiste 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 Alfonso⁶¹, 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, Casihuamany cols.⁸¹, concluyen en su investigación que los pacientes con buen nivel de conocimiento no siempre practican un estilo de vida favorable.

En este sentido, Baca Narváez⁸², 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.

De forma general, los resultados se asemejan a los de Arrieta-Reales⁸³, al afirmar: que el 98% de los pacientes sintió cambios en su salud desde que se encuentran asistiendo al programa de HTA y el 98,4% indicó que la educación brindada por el personal de salud del programa lo ha llevado a cambiar su estilo de vida. Los pacientes modificaron hábitos poco 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.

En la tabla 12 se observa el control de la presión arterial de los pacientes un año después de la primera medición de esta en la primera sesión del programa. En un grupo de 42 pacientes inicialmente no controlados, se constató una estabilidad en las cifras de presión arterial en el 88,1 % de ellos, con cifras inferiores a 140/90 mmHg. Solo un 11,9% presentó cifras superiores a 140/90 mmHg, en más de tres ocasiones, por lo que se consideró no controlado. Por otra parte, el valor del coeficiente de Spearman, $r_s = 0,821$ indica una correlación positiva fuerte entre las variables nivel de conocimiento sobre la HTA y control de la enfermedad, lo que significa que en la medida en que se incrementa el nivel de conocimiento sobre la HTA se incrementa el grado de control sobre la misma, mediado por el incremento de la frecuencia de las prácticas de

autocuidado. Estos resultados corroboran que la intervención educativa definitivamente constituye una herramienta fundamental en el tratamiento de la PAE.

Tabla 12. Distribución de la muestra según nivel de conocimiento sobre HTA y grado de control de la enfermedad (post intervención). CM N°18. Cruces. 2021.

Nivel de conocimiento	Grado de control de la HTA				Total	
	Controlada		No controlada			
	N	%	N	%	N	%
Adecuado	37	88,1	2	4,8	39	92,6
Inadecuado	-	-	3	7,1	3	7,1
Total	37	88,1	5	11,9	42	100
Correlación		r _s =,821		α=0,05 p=,002		

Fuente. Historia clínica individual

Díaz Fariasm realizó una Intervención educativa sobre factores de riesgos modificables en pacientes hipertensos. Con ella se modificó de forma favorable el nivel de conocimiento, inicialmente inadecuado, lo cual propició comportamientos de control de los factores de riesgo hipertensivos. La investigadora reportó un aumento del número de pacientes hipertensos controlados tras la intervención.⁵¹

Achiong Estopiñán¹⁵ encontró asociación positiva significativa entre el grado de control de la HTA y el nivel de adherencia al tratamiento, en particular en la adherencia a las indicaciones no farmacológicas (dieta baja en sal y grasa, consumo de frutas y vegetales, y no fumar).

Dado el papel de las prácticas de autocuidado en el control de la HTA y la efectividad de las intervenciones educativas, las estrategias de trabajo deben conducir al desarrollo en el paciente de competencias para la autorregulación, de la capacidad para dirigir su comportamiento de manera autónoma, independiente y responsable con respecto a su rol de enfermo y todos los aspectos que este incluye. Las brechas que persisten en la muestra respecto a la frecuencia ideal de ejecución de tales prácticas, demuestra que aún se debe seguir trabajando a pesar de la notable mejoría alcanzada por la muestra en un parámetro tan importante como el nivel de conocimientos sobre la HTA.

Conclusiones

Se evidenció la utilidad de las intervenciones educativas en aras de incrementar los conocimientos de los adultos mayores en relación al tratamiento no farmacológico de la HTA. ⁵⁵

- Los rangos de edad que predominaron en los adultos mayores estudiados fueron entre 60 y 70 años. Prevalció el sexo masculino, como grado de escolaridad el nivel primario. En cuanto a las características clínicas relacionadas con la propia enfermedad, hubo un predominio de pacientes con hipertensión arterial tipo II. El tiempo de padecer la enfermedad osciló de seis a diez años, casi la mitad no había logrado controlar su enfermedad, presentaban bajo nivel de adherencia terapéutica.
- Antes de participar en el programa de autoayuda los adultos mayores hipertensos, presentaban un bajo nivel de conocimientos de su enfermedad, de

sus principales factores de riesgos, sus complicaciones y de las acciones de autocuidado. Consumían conductas de riesgos que contribuyen a que la hipertensión no esté controlada.

- Durante la aplicación del programa de autoayuda dirigido a los adultos mayores hipertensos, se enfatizó en la reflexión acerca de la HTA y de los principales síntomas, en el reconocimiento adecuado de las consecuencias de la enfermedad, sus complicaciones, los principales factores de riesgos que pueden provocarle las crisis hipertensivas y en técnicas de autocuidado.
- Los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimientos acerca de la hipertensión posterior a implementar el programa, demostraron que los adultos mayores adquirieron conocimientos que les permiten conocer su enfermedad, los principales factores de riesgos y realizar acciones de autocuidado.

Recomendaciones

- Resulta de gran valor práctico asistencial, la presencia de un programa de autoayuda dirigido a los adultos mayores hipertensos. Por lo que recomendamos valorar la necesidad de implementar el programa aplicado en otros contextos.
- Divulgar los resultados de la investigación entre los profesionales de la salud, para desde el punto de vista comunitario, fortalecer la labor de prevención de las consecuencias de la hipertensión arterial.

Referencias bibliográficas

1. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. RevPanam Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 7 de marzo 2020];17(5-6):353-361. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500007
2. Organización Mundial de la Salud. Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud [Internet]. 2015 [citado 19 de marzo 2019]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3Acrecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=en
3. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud .Anuario Estadístico de Salud, 45 ed. La Habana. Cuba, 2019. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electrónico-Español-2018-ed-2019-compressed.pdf>
4. Oficina Nacional de Estadística e Información. El Envejecimiento de la Población. Cuba y sus territorios. Centro de estudios de Población y Desarrollo. Edición, Marzo de 2018, La Habana, Cuba. Disponible en <http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/envejecimiento2017.pdf>
5. Aguilera Velasco M. Intervención Socioeducativa para la preparación de la jubilación en los adultos mayores. Revista colombiana de salud ocupacional [revista en internet]. 2015 [citado 19 de marzo 2019];3(1):3-4. Disponible en <http://revistasoj.s.unilibrecali.edu.co/index.php/rcso/article/view/79>
6. Vera Romero OE, Failoc Rojas VE, Vera Romero FM. Rol y condiciones estratégicas del médico dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional. Med. segur. trab. [Periódico na Internet]. 2015 Mar [citado 19 de marzo 2019];61(238):34-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2015000100004>

7. Giraldo-Trujillo José C., Martínez José W., Granada-Echeverry Patricia. Aplicación de la escala de Framingham en la detección de riesgo cardiovascular en empleados universitarios, 2008. Rev. Salud pública [Internet]. 2016 Ago [citado 2019 Feb 26]; 13(4): 633-643. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000400008&lng=pt
8. Da Silva Barreto, M. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en la Internet]. 2015 [citado 2019 Mar 08]; 22(3):491-8. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
9. TrindadeRadovanovic, C. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 jul.-ago [citado 2019 Feb 22]; 22(4):547-53. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
10. Martínez MJA, Gutiérrez GT, Peñarrieta CMI, Flores BF, León HRC, Piñones MMS. La edad y sexo como factores condicionantes de control de enfermedad crónica en el primer nivel de atención: estudio retrospectivo. Cuid salud [Internet]. 2015 Jul-Dic [citado 2019 Feb 22]; 2(2):213-219.
11. Arias Morales A, García Hernández R, Oliva Pérez M. Riesgo cardiovascular global en pacientes ancianos hipertensos. Rev cubana med [Internet]. 2015 Jun [citado 2019 Jun 03]; 53(2): 178-188. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-558X2015000300005&lng=es
12. 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.
13. Cruz Betancourt A, Martínez García E, Lara Delgado H, Vargas Ramírez L, Pérez Pérez A. Morbilidad y mortalidad en adultos mayores, relacionada con las crisis hipertensivas. ccm [Internet]. 2015 Dic [citado 19 de marzo 2019];19(4):656-67.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000400006&lng=es

14. Brevis Urrutia I, Valenzuela Suazo S, Sáez Carrillo K. Educational effectiveness of nursing intervention on the modification of risk factors coronary. Cienc. Enferm. [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Jun 03];20(3):43-57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300005>
15. AchiongEstupiñán F, Morales Rigau J, Acebo Figueroa F, González Hernández Y, Abreu Leon E, Vega Rico O. Intervención integral educativa en hipertensión arterial. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio de Cárdenas, 2015. RevMéd Electrón [Internet]. 2015 Marz-Abr [citado 19 de marzo 2019]; 36(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol2%202014/tema06.htm>
16. Bonet GM, Varona PP, Chang LR, García RG, Suárez R, Arcia OC et al. III Nacional de Factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. 2014
17. Abbian F y cols. Guías para la monitorización de la presión arterial ambulatoria. Clin Invest Arterioscl[Internet] 2013 [citado 19 de marzo 2019]; 25(2):74-82.
18. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman CW, Dennison C, Handler J. et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA; 311(5), 507-520.
19. Herrera AD, de Armas Rojas N, González MD, de la Noval García R. Prehipertensión Arterial. Prevalencia y evolución en población cubana de 35 años y más. Rev Cuba CardiolCirCardiovasc [Internet]. 2014 [citado 19 de marzo 2019]; 19(3-4):142–6.
20. Vicente Peña E. Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento. Capítulo 8. Hipertensión arterial. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.
21. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión arterial. Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018.

22. Oviedo RG, Niño O, Bellomío C, González RD, Guerra M. Entrenamiento, presión arterial y lípidos en adultos con prehipertensión. Retos, [Internet]. 2015 [citado 19 de marzo 2019]; 27, 67-72.
23. Salazar Cáceres PM, RottaRotta A, Otiniano Costa F. Hipertensión en el adulto mayor. RevMedHered [Internet]. 2016 Ene [citado 19 de marzo 2019]; 27(1): 60-6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-
24. Rubio Ruiz ME, Pérez Torres I, Soto ME, Pastelín G, GuarnerLans V. Aging in blood vessels, Medicinal agents FOR systemic arterial hypertension in the elderly. Ageing Res Rev. [Internet]. 2014 [citado 19 de marzo 2019];18:132-147. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2014.10.001>
25. Osorio Bedoya EJ, Amariles P. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. RevColombCardiol [Internet]. 2018 [citado 19 de marzo 2019];25(3):209-221. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-avance>
26. González Rodríguez R, Lozano Cordero JG, Aguilar Méndez A, Gómez Domínguez OL, Llanes Díaz M. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Jun [citado 19 de marzo 2019];33(2):199-208. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200005&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200005&lng=es)
27. Observatorio Venezolano de Riesgo. Una aproximación a conocer la prevalencia de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida en Venezuela. SocVenezCardiol [Internet]. 2014 [citado 19 de marzo 2019]; 34(2):128-34.
28. 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-
29. 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]. 2014 [citado 2 dic 2018]; 67(4):270-6. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/demografia-caracteristicas-clinicas-hipertension-resistente/articulo/90283552/>
30. Caldoza JJ, Balmaseda RF. Sistema de ejercicios para el tratamiento de la hipertensión arterial en las personas de la tercera edad de la comunidad 11 de abril del municipio Caroní. Lecturas: Educación Física y Deportes [Internet]. 2015 Marzo [citado 2 dic 2018]; 18(190):1-8.
 31. Rojas CA, Prado O, Mesa L. Ejercicios físicos para disminuir los niveles de hipertensión arterial en los adultos mayores de la comunidad Adicora, Estado Falcón. Lecturas: Educación Física y Deportes [Internet]. 2015 Abril [citado 2 dic 2018]; 19(191):1-9.
 32. Díaz Ramos, D Intervención educativa para el control de la Hipertensión Arterial. Consultorio 111. Matanzas [Tesis de especialización]. [Matanzas]: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Genera; 2015.
 33. Simplício Oliveira P, Lopes Costa MM, Lopes Ferreira JD, Jácome Lima CL. Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico. Enferm. glob. [Internet]. 2017 [citado 2 dic 2018]; 16(45):634-88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.249911>.
 34. Duran Tarazona LP. Conocimientos, prácticas y actitudes de autocuidado en pacientes hipertensos pertenecientes a la cartera del adulto mayor en el Hospital Uldarico Rocca Fernández. Villa El Salvador [tesis de especialidad en Internet]. [Lima-Perú]: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2015.
 35. Anchiraico Ildefonso D. Nivel de conocimiento sobre autocuidados en pacientes hipertensos que acuden al cap II de Villa Rica - Essalud Oxapampa –Pasco 2015 [tesis de especialidad en Internet]. [Lima-Perú]: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2015.
 36. D. Orem. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Ediciones Científicas y Técnicas, (1993), pp. 130
 37. Prado LA, González M, Paz N, Romero K. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. RevMedElectron[Internet]. 2014 [citado 22 Feb 2018];36(6):[aprox. 5p].

Disponible

en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1139/html>

38. 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>
39. Fortes A, De Olivera MV, De Araujo TL. Teoría do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 [citado 2 dic 2018];14(3):[aprox. 7p]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>
40. Sánchez Villafañes D, Rodríguez González D, Sánchez Reyes DM, Gómez Liriano DA, Coss Rodríguez D. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Rev. inf. cient. [Internet]. 2014 [citado 2 dic 2018];85(3):[aprox.8p.].Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1125>
41. Barzola Saldaña TI, GuimacChuqui AC, Horna Cruz MN. Efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de diabetes mellitus II y prácticas de autocuidado 2017 [tesis de grado en Internet]. [Lima-Perú]: Universidad peruana Cayetano Heredia; 2017.
42. Bajaan Vargas F. “Diseño de estrategia educativa para elevar conocimientos sobre hipertensión arterial. Consultorios médicos 5 y 15. Centro de salud pascuales 2015-2016” [tesis de especialidad en Internet]. [Guayaquil-Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017.
43. González Rodríguez R, Cardentey García J, Otaño Arteaga A, Pérez González R. Aspectos epidemiológicos relacionados al envejecimiento poblacional en un área de salud. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta [Internet]. 2015 [citado 2 dic 2018];40(12):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/356>
44. Molerio O.Estrategia Dirigida a fomentar la adherencia terapéutica en pacientes con HTA esencial[Tesis de maestría]. [Santa Clara-Villa Clara]: Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara; 2007.

45. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4ta ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2006.
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. 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
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. Bell Planche D. Intervención educativa en pacientes hipertensos. Revista Electrónica de Portales Médicos [Internet]. 2016 Jun [citado 2 dic 2018]

Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/intervencion-educativa-pacientes-hipertensos/3>

54. Sánchez Villafañes D, Rodríguez González D, Sánchez Reyes DM, Gómez Liriano DA, Coss Rodríguez D. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Rev. inf. cient. [Internet]. 2014 [citado 2 dic 2018];85(3):[aprox.8p.]. Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1125>
55. 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]. 2008 Jul-Ago[citado 2 dic 2018];12(4)
56. Martínez de Murga García G, Sujo Sit M, Estévez Perera A. Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. Rev. Med. Gener. Integ[Internet]. 2020 [citado 16 Dic 2018]; 36(1).
57. Pomares Avalos AJ, VázquezNúñez MA, RuízDomínguez ES. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. RevFinlay [Internet]. 2017 [citado 16 Dic 2018]; 7(2): 81-88.
58. Vega Angarita O (2014). Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia). Rev Salud Uninorte [Internet]. 2018 Jul [citado 16 Dic 2018];30(2) Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/5416/7042>
59. Hernández Mojena G, Carrasco García MR, Rosell Conde F, Gómez Alarcón MA. Incidencia de factores de riesgo social en adultos mayores del Municipio Cerro. RevGerolInfo [revista en I Internet] 2014 [citado 2018 Jun 12]; 9 (2). Disponible en: <http://files.sld.cu/gericuba/files/2015/02/factores-de-riesgo-social.pdf>
60. MinierPouyou 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

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; 2009 [citado 7 Ene 2020]. Disponible en: <http://revsalud.sld.cu>
62. Barraza L. Sarmiento C. Conocimiento de la enfermedad en una población hipertensa colombiana. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2014 [citado 18 de marzo 2020];62(3):410-419. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43370>
63. 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/>
64. 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]:2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4175/%C3%81lvar?s_equence=1
65. Martínez DomínguezGI, Martínez SánchezLM, Lopera ValleJS, Vargas GrisalesN. La importancia de la adherencia terapéutica. Rev. Venez. Endocrinol. Metab [Internet]. 2016 Jun [citado 2 dic 2020];14(2).
66. 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.
67. 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
68. 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 2019];49(1):37-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n1-2017004>.
69. Fernández Ballesteros R, Moya fresneda R, Íñiguez Martínez J, Zamarrón MD. ¿Qué es la psicología de la vejez? Ed. Biblioteca Nueva; 1999.
70. M, Prats Álvarez OM, Gómez Guerra DB. Prevalencia de factores de riesgo de aterosclerosis en adultos mayores con diabetes tipo 2. GacMédEspirit [Internet]. 2015 [citado 3 de abr 2019];17(2):23-31. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000200003
71. Veliz Rojas L, Mendoza Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. Enfermería universitaria [Internet]. 2015, Mar [citado 5 de oct 2020];12(1):3-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.003>
72. Zerquera Trujillo G, Vicente Sánchez B, Rivas Alpizar 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 2019];6(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000400005
73. 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>
74. 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

75. Troncoso Pantoja C, Delgado Segura D, Rubilar Villalobos C. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. RevCostarr Salud Pública [Internet]. 2013 Ene-Jul [citado 19 de nov 2020];22(1):9-13.
76. 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.
77. 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.
78. 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).
79. Suárez 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>
80. Ruiz C. D, Garcia M. M, Antunez T. J, Rodriguez C. L. Intervencion educativa sobre conocimientos de los factores de riesgos y su influencia en pacientes con episodio de urgencia hipertensiva. AMC [Internet]. 2011 [citado 18 de mar 2019]; 15(1):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-

81. 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.
82. 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>
83. Arrieta Reales. Programa educativo para incrementar acciones de autocuidado en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 18 de mar 2019];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 18. Cruces 2019-2021, previa explicación recibida por parte de la Dra. Neisy Monzón Quintana, 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 18. Cruces 2019-2021, previa explicación recibida por parte de la Dra. Neisy Monzón Quintana, 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.

Sobre medidas para controlar la PA.	12	28,6	30	71,4		40	95,2	2	4,8	,000		
-------------------------------------	----	------	----	------	--	----	------	---	-----	------	--	--

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

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%),*

Tabla 10. Distribución de la muestra según prácticas de autocuidado (pre-intervención). CMF N°18. Cruces. 2021.

Indicador	Frecuencia esperada (pre)	Frecuencia (post)						%+
		Siempre		Algunas veces		Casi nunca		
		Siempre	N	%	N	%	N	
Tomar las dosis indicadas.	59,2	37	88,0	5	11,9			28,6
No automedicarse.	23,8	35	83,3	5	11,9	2	4,8	59,5
Chequeo periódico de la PA.	54,8	38	90,5	4	9,5	-	-	35,7
Asistir a consultas planificadas.	40,5	33	78,6	9	21,4	-	-	38,1
Acudir al médico de inmediato si está descompensado.	35,7	38	90,5	4	9,5	-	-	54,8
Establecer y respetar horarios de alimentación.	50	36	85,7	5	11,9	1	2,4	35,7
Dieta sin sal o baja en sal.	26,2	36	85,7	3	7,1	3	7,1	59,5
Consumo preferente de aceite vegetal.	59,5	33	78,6	9	21,4	-	-	19,0
Evitar alimentos fritos.	26,2	38	90,5	-	-	4	9,5	64,3
Incorporar a la dieta alimentos saludables.	28,6	28	66,6	14	33,3	-	-	38,1
Dormir alrededor de 6 horas nocturnas.	50	32	76,2	9	21,4	1	2,4	26,2
Realizar los ejercicios físicos recomendados.	4,8	23	54,8	6	14,3	13	30,9	50
Evitar consumo excesivo de alcohol.	95,2	40	95,2	2	4,8	-	-	-
Evitar el hábito de fumar.	59,5	30	71,4	8	19,0	4	9,5	11,9
Evitar consumo excesivo de café.	23,8	31	73,8	8	19,0	3	7.1	50
Llevar una vida organizada y con rutinas.	54,8	30	71,4	9	21,4	3	7,1	16,6
Afrontar positivamente el estrés.	4,8	18	45,2	15	35,7	9	21,4	38,0

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 ancianas.

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 permitió 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 bajar 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 aspira 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 pulseras puestas. Al oír la indicación, todas las que tengan pulseras puestas deben cambiar de asiento entre sí, momento en que el coordinador aprovecha 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** sí 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 asimilaban 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 comenzo a hacer un relato sobre cualquier cosa, donde incorporó personajes, animales en determinadas actitudes y acciones, luego le pasó 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 3 Técnicas 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 intercambió 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.