



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.  
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898473*

RFC: ATI120618V12

**Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.**

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

**ISSN: 2007 – 7890.**

**Año: V      Número: 2      Artículo no.26      Período: Octubre, 2017 – Enero 2018.**

**TÍTULO:** Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos.

**AUTORES:**

1. Lic. Minerba Hidalgo Cordero.
2. Lic. Norge Manuel Larramendi Céspedes.
3. Lic. Roger Ríos Escobar.
4. Ing. Omar de Jesús Pérez Lozada.
5. Lic. Yoendris Rafael Marín Saborit.

**RESUMEN:** La investigación aborda un estudio en adultos mayores hipertensos pertenecientes a una de las policlínicas del municipio Manzanillo en la provincia Granma, Cuba. Las conductas inadecuadas en relación con el tratamiento fue la principal problemática, por lo que el objetivo fue diseñar un programa educativo para perfeccionar la cultura de tratamiento médico del adulto mayor hipertenso que favorezca la adherencia terapéutica. La muestra fue de 50 pacientes y se utilizaron métodos teóricos y empíricos. Como resultados del diagnóstico se encontraron: predominio del sexo femenino, nivel de escolaridad medio y estado civil casado. Los insuficientes conocimientos y las creencias inadecuadas respecto a la hipertensión fueron las principales causas, en función de lo cual se diseñó el programa educativo.

**PALABRAS CLAVES:** Programa educativo, hipertensos, Adherencia terapéutica.

**TITLE:** Educative program for improving the therapeutically adherence in hypertensive elderly adults.

**AUTHORS:**

1. Lic. Minerba Hidalgo Cordero.
2. Lic. Norge Manuel Larramendi Céspedes.
3. Lic. Roger Ríos Escobar.
4. Ing. Omar de Jesús Pérez Lozada.
5. Lic. Yoendris Rafael Marín Saborit.

**ABSTRACT:** The research deals with a study of hypertensive elderly adults that belong to one of the policlinics of Manzanillo municipality in Granma Province, Cuba. The main problematic situations of this research were: inadequate behaviors and believes, and the lack of knowledge about Hypertension in relation to the treatment, so that the purpose was: to elaborate an educative program in order to improve the culture of the medical treatment and the therapeutically adherence on these adults. The population sample was 50 patients. The methods used were theoretical and empirical. The main results found in the diagnosis were: the predominance of the female sex, the educational level and a married marital status. The lack of knowledge and the inadequate believes about hypertension were the main causes for designing the educative progra.

**KEY WORDS:** Educative Program, hypertensives, therapeutical adherence.

## **INTRODUCCIÓN.**

El envejecimiento constituye una etapa en la vida de los seres humanos para la cual se debe preparar y aceptar como la culminación de la existencia humana. Para ello se requieren disímiles conocimientos y aptitudes para enfrentar esta etapa de la vida (Arévalo, 2010).

Al situarse en una posición teórica, holística y humanística, se considera que el envejecimiento del ser humano es un proceso dinámico, y como tal se hayan incluidos múltiples factores que se desarrollan en las áreas biológicas, psicológicas, sociales y ecológicas (Rocabruno,1999).

El siglo XX reveló un riesgo demográfico peculiar con alrededor de 60 millones de personas con una edad superior a los 60 años; comparado con otros grupos poblacionales resulta este el segmento que crece más rápidamente en el mundo. Hay más de 32 millones de mayores de 60 años; son mujeres alrededor del 55% y en el 2025 se espera que haya un 96,9% para un 12,8 % (Trinidad, 2009).

La tercera edad, como etapa del desarrollo del ser humano, incluye dentro de sus determinantes lo sociocultural, en el que se agrupan los prejuicios acerca de la edad y la influencia de la cultura y de la época, que conforman la opinión social. Si bien es cierto que todas las edades son portadoras de opiniones sociales, sin dudas esta constituye una etapa de la vida muy influenciada, más bien determinada por la opinión social, por la cultura donde se desenvuelve el anciano (Orosa, 2003).

La autora antes mencionada considera que los elementos conformadores de identidad de esta edad son tomados generalmente de los prejuicios que la cultura como tendencia ha reservado para la vejez. Tales prejuicios inciden, sin dudas, en la actitud que el adulto mayor asume ante problemas de salud frecuentes.

Cuba es un país con un envejecimiento importante de su población, demográficamente este proceso ha tenido gran repercusión en el sector de la salud, entre ellas de gran importancia el carácter humano y ético que están presentes en cada uno de los subprogramas de atención integral

al adulto mayor, al cual se añade la participación de la familia y la comunidad; por otra parte, la estructura sociopolítica también asegura la participación activa de la comunidad, logro alcanzado gracias a los esfuerzos de un sistema de salud altamente justo y humanizado (MEP- ONE,2000).

La sociedad cubana y el sistema de salud deben prepararse para enfrentar el desafío que esto generará en términos de servicios sociales y de salud. El enfrentamiento que representa el rápido envejecimiento de la población y la elevación de la esperanza de vida en salud, necesita de los esfuerzos coordinados de todos los sectores de la sociedad. Debe preverse que el rápido crecimiento de la población adulta pudiera crear un desbalance entre la oferta y la demanda de ayudas a personas de edad, siendo muy importante garantizar el capital humano que enfrentará este reto (MEP- ONE,2000).

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento normal se caracteriza por la presencia de procesos morbosos diagnosticados con tratamientos periódicamente controlados; en tal sentido, frecuente es la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Según estudios realizados, la hipertensión en el anciano se ha convertido hoy en un importante problema de salud, es probablemente la enfermedad crónica degenerativa más frecuente y contribuye significativamente a la retinopatía en los pacientes geriátricos, afecta el corazón, el cerebro, los riñones y grandes vasos (Armario, 2006).

Algunos estudios epidemiológicos realizados en nuestro país concluyen, que varios factores de riesgo guardan relación con la hipertensión arterial, dentro de estos se citan la edad, el sexo, el color de la piel, la herencia, las dietas ricas en sodio, los factores socioculturales, el alcoholismo, el hábito de fumar y las enfermedades como la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y la diabetes. Otro de los factores que también inciden en el curso de la enfermedad es la adherencia al tratamiento; este aspecto es sin duda uno de los más importantes en

el manejo de la enfermedad (Acosta, Debs, Noval y Dueñas, 2005).

Entre los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento están los relacionados con el individuo; algunos autores han asociado a este grupo, la edad, el sexo, la raza, el nivel cultural y la situación económica. Se incluye, también, las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad, unido a la percepción que se han formado de la competencia del equipo asistencial (Colectivo de autores, 2009).

Según Macías y Méndez (1999), el tema del cumplimiento de las prescripciones médicas, en tanto comportamiento humano relacionado con la salud y la enfermedad, ha sido objeto de constante atención por la Psicología de la Salud; por ser un problema importante y no estar aún resuelto.

La hipertensión arterial (HTA) es una de las principales causas de muerte en adultos y la primera en los países desarrollados, existiendo inadecuados comportamientos en relación al cumplimiento del tratamiento médico, y para controlar el aumento de las cifras tensionales en los enfermos resulta imprescindible lograr la adherencia terapéutica, la ausencia de ésta aumenta significativamente el riesgo de sufrir complicaciones de esta enfermedad (Acosta, 2003).

Son variadas las indicaciones no farmacológicas que conforman el tratamiento antihipertensivo (Reducción ponderal de tabaco y alcohol, aumento de la actividad física, incrementar el consumo de potasio y calcio, y restricción de sal en la dieta) que por sus características interfieren en las rutinas de los adultos mayores convirtiéndose en una resistencia al tratamiento en general (Martín, 2007).

La HTA como enfermedad crónica obliga al uso del tipo de relación médico-paciente cooperación guiada, en la que se requiere la activa participación del paciente bajo la guía del facultativo pues su comportamiento es, en si mismo, el principal activo de tratamiento. Aunque en la actualidad existen métodos terapéuticos sencillos y eficaces para el tratamiento de la HTA y a pesar de haber

mejorado en las últimas décadas los niveles de conocimiento de la enfermedad, aún están lejos de ser óptimos.

Lo antes señalado, unido al manejo de sus creencias y los repertorios conductuales asociados al autocuidado, que desde el contexto sociocultural cubano está matizado por rasgos comportamentales típicos caracterizados por la urgencia temporal y la necesidad de obtención de resultados con prontitud, inciden negativamente en la actitud ante el tratamiento de la HTA, por lo que constituye el **problema** de investigación: las conductas inadecuadas en relación con el tratamiento médico que limitan la calidad de vida del adulto mayor hipertenso; el **objeto** es la formación de la cultura de tratamiento médico del adulto mayor hipertenso.

Es importante que el enfoque epidemiológico, para el análisis de este problema de salud, vaya acompañado de adecuadas intervenciones encaminadas a producir resultados, siendo el **objetivo general**: diseñar un programa educativo para perfeccionar la cultura del tratamiento médico del adulto mayor hipertenso que favorezca la adherencia terapéutica, y el **campo de acción**: el desarrollo de la adherencia terapéutica del adulto mayor hipertenso.

## **DESARROLLO.**

### **La adherencia terapéutica en el adulto mayor.**

Estudios epidemiológicos realizados en nuestro país concluyen, que la adherencia al tratamiento es uno de los factores que también inciden en el curso de la enfermedad hipertensiva, este aspecto es sin duda uno de los más importantes en el manejo de la enfermedad y uno de los más difíciles de lograr para el paciente, ya que requiere de la modificación de estilos de vida que hasta el momento habían sido útiles a la persona para adaptarse a su medio (Acosta, Debs, Noval y Dueñas, 2005).

La adherencia terapéutica se considera el concepto más adecuado, dentro de los propuestos hasta el momento, para describir la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada por el facultativo, dado el sentido psicológico que este entraña.

Estudios realizados por Martín (2007) define la adherencia terapéutica como un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza; sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.

En la literatura se recoge la definición del término “adherence” dada por DiMatteo y DiNicola (1982) como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”.

Al hablar de adherencia es bueno considerar como la selección y conformación del esquema de tratamiento modifica el estilo de vida de la persona, dificultando sus actividades y rutinas diarias, a lo que ha dado en llamarse intrusividad. Se plantea que a mayor intrusividad, mayor es la probabilidad de incumplimiento o abandono del tratamiento (DiMatteo y DiNicola, 1982).

Para favorecer la adherencia al tratamiento es prudente mejorar los procesos de comunicación entre pacientes y profesionales, fenómeno que no solo involucra al lenguaje como acto comunicativo sino también al conocimiento de los protocolos de relación cultural y social de los pacientes (Colectivo de autores, 2009).

La adherencia al tratamiento ha sido estudiada por la Psicología de la salud desde los primeros años de su surgimiento como rama independiente. En la década del 70 del siglo XX, aparecieron en Estados Unidos las primeras revisiones generales sobre el tema (Ferrer, 1995).

En la década del 90 aparece en la revista “Health Psychology” un artículo de revisión, bajo la autoría de Ferrer (1995), de la Universidad de Islas Baleares, España que se puede considerar paradigmático en la sistematización de las definiciones y las polémicas teóricas existentes sobre el

tema.

En los últimos años, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es de solo 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria (OMS,2004).

La literatura sobre el tema señala que los factores relacionados con la adherencia o no de los pacientes a los tratamientos médicos son múltiples y de distinta naturaleza. Estos autores plantean que en este proceso influyen factores sociales, económicos, familiares, individuales, propios de las características de la enfermedad y el tratamiento, las particularidades de la organización de los servicios de salud, así como la calidad de la atención médica, en especial, lo referido al proceso de comunicación establecido entre profesionales y pacientes (Martín, 2007).

La identificación de los factores que modulan la adherencia terapéutica supone el primer paso, para posteriormente, elaborar programas que faciliten o mejoren su mantenimiento. Dichos programas deben estar encaminados, en lo fundamental, a la educación del paciente hipertenso, que es considerada como la piedra angular de los pilares del tratamiento, que durará toda la vida y responderá cada vez más a las etapas por las que atraviese el paciente.

A pesar de todos los programas llevados a cabo por el personal de salud en el municipio Manzanillo perteneciente a la provincia de Granma en Cuba, se hace difícil mantener controlados a los hipertensos detectados, en particular a los adultos mayores, por ser muy pobre su adherencia al tratamiento por largos períodos de tiempo, lo que pudiera relacionarse con que existen dificultades en cuanto al grado de conocimientos acerca de su enfermedad y creencias inadecuadas sobre esta, así como en la adopción de cambios en los estilos de vida de los mismos.

El conocimiento de que a pesar de tomar cualquier medicamento su enfermedad no desaparecerá, favorece el proceso de adherencia, puesto que subjetivamente está preparado para convivir con

una enfermedad crónica y adaptarse al tratamiento mientras viva. Otro conocimiento que favorece el tratamiento es que la hipertensión arterial puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación (Rosenstock y Kirsch, 1982).

Otro factor que también incide favorablemente en la adherencia al tratamiento es el pleno conocimiento que el adulto mayor tenga de la etapa del desarrollo por la que transita para la cual debe prepararse asumiendo actitudes responsables ante la salud.

Sobre la base de estos supuestos teóricos se inició el diagnóstico. En la propuesta de programa solo se llevó a cabo la etapa diagnóstica.

### **Etapa diagnóstica**

En la etapa diagnóstica se aplicó un cuestionario para identificar conocimientos, creencias y prácticas de los hipertensos sobre adherencia terapéutica, diseñada según revisión bibliográfica y teniendo en cuenta los objetivos de la investigación con un total de 10 preguntas realizadas de manera comprensible para este grupo de pacientes adultos mayores.

### **Procedimiento.**

En un primer momento se visitaron los consultorios médico de la familia # 1 y 2 pertenecientes a la policlínica # 3 “René Vallejo Ortíz” del municipio Manzanillo en la provincia de Granma, Cuba con el objetivo de revisar las historias de salud familiar, a fin de obtener los datos estadísticos acerca de la cantidad de adultos mayores hipertensos grado III, luego se revisaron las historias clínicas individuales de los pacientes escogidos para la investigación con el objetivo de obtener los datos relativos a su enfermedad y la evolución de la misma.

En un segundo momento se visitó a cada uno de estos pacientes, la psicóloga se presentó como responsable de la investigación y se hizo el convenio para la participación de los pacientes en la misma, donde se les explicó en que consistía. Posteriormente se explicó y aplicó el cuestionario de

manera individual a los adultos mayores, el mismo estuvo estructurado en 10 preguntas. Luego se procedió a la evaluación del cuestionario.

En un tercer momento fue aplicada la entrevista a los pacientes, ésta se realizó en correspondencia con el nivel de escolaridad de los mismos, para facilitar sus respuestas. Posteriormente se aplicó esta técnica al médico de la familia, y finalmente se procedió al análisis de las mismas y al diseño de las sesiones de trabajo.

### **Diseño del programa de intervención educativa.**

Partiendo de las insuficiencias detectadas como resultado de las técnicas aplicadas y tomando en cuenta las características de la tercera edad como etapa del desarrollo, se asume como reto enfrentar las barreras que desde lo cultural aún existen, a fin de mejorar la salud de este creciente grupo poblacional, como indicador de su calidad de vida. Sobre estas bases se diseña el siguiente programa.

### **Propuesta de programa educativo.**

Tipo: Programa educativo.

Técnica: Dinámicas de grupo.

Objetivo general: Perfeccionar la cultura de tratamiento médico para favorecer la adherencia terapéutica en los adultos mayores hipertensos.

Objetivos específicos:

1. Proporcionar conocimientos acerca de la enfermedad hipertensiva.
2. Modificar creencias erróneas sobre la enfermedad.
3. Favorecer la adherencia al tratamiento.
4. Establecer un espacio de reflexión grupal.

En consonancia con esto, resultó como tema del programa:” El perfeccionamiento de la cultura de tratamiento médico como eje central de calidad de vida del adulto mayor hipertenso”.

### Metodología.

Al poner en práctica esta metodología se advierten los fundamentos teóricos que sustentan la concepción interventiva, los que se revelan en su carácter regulador:

- ✓ Por ser consecuente con el diagnóstico de la zona de desarrollo próximo del sujeto.
- ✓ Por ofrecer una visión desarrolladora de la educación en la adultez mayor.
- ✓ Por favorecer la participación e implicación individual y colectiva, de manera que los contenidos del proceso educativo cobren sentido personal para los participantes.

El programa educativo consta de cinco sesiones, diseñadas de acuerdo a los objetivos planteados para la intervención con una duración aproximada de una hora. Las sesiones se proyectan como espacios de reflexión grupal con el fin de perfeccionar la práctica educativa, en la cual resultó útil aplicar los tres momentos de trabajo grupal, que son:

- I. Momento inicial.
- II. Momento de planteamiento temático y elaboración.
- III. Momento de integración, evaluación y cierre.

### Sesión primera.

- ✓ La presentación de los participantes, el diagnóstico de sus expectativas, así como la realización del encuadre constituyen los núcleos de esta.
- ✓ Importante resulta la presentación de los integrantes, en tanto de ello dependerá en buena medida el futuro desempeño del grupo; este momento debe transcurrir de manera dinámica, evitando la monotonía.
- ✓ El diagnóstico de las expectativas así como la presentación, ameritan un enfoque contextual. Tienen suma importancia por cuanto informa acerca de qué espera obtener el grupo, qué desea conocer y hasta dónde aspira llegar la membresía.

- ✓ A través del encuadre se ubica a los participantes en la tarea, es considerado el marco en el que tiene lugar la tarea; aquí se trazan entre otros los objetivos, contenidos, metodología a utilizar, duración y lugar, los recursos, algunas normas de trabajo en grupo, número de sesiones, tiempo de duración y horario.
- ✓ De esta manera, el encuadre resulta el instrumento regulador de la dinámica por parte del coordinador, que no puede ser considerado como algo inamovible, en tanto pueden aceptarse algunas contingencias en las que como seres humanos podemos vernos inmersos, lo que debe ser previsto de antemano; se crea un clima psicológico de seguridad y confianza en el grupo.

### Sesiones temáticas.

Las sesiones temáticas son un punto significativo en el aprendizaje grupal. En ellas resulta relevante el desmontaje de la realidad a partir de la conciencialización de lo que constituye la meta interventiva. Otro rasgo característico es la introducción de nuevos elementos cognoscitivos como precedente de la reconfiguración sistemática del fenómeno. En su decurso se define la tendencia de la dinámica grupal.

### Sesión final.

Es la sesión de cierre del programa. Representa una vuelta a los presupuestos de partida, en tanto balance de lo alcanzado y de su impacto en el sujeto. Como resultado del aprendizaje en esta sesión se “crea” un producto final colectivo.

### **Descripción de las sesiones.**

#### **Sesión #1.**

Título: Reflexión sobre elementos culturales del tratamiento en hipertensos.

#### Objetivos:

1. Fomentar un clima favorable en torno a la actividad grupal, creando un espacio de seguridad y confianza.

2. Explorar las expectativas de los participantes en relación con el programa.
3. Definir el encuadre y la metodología que se debe seguir.

Contenidos:

1. Presentación de la coordinación y de los participantes.
2. Expectativas de los participantes.
3. Encuadre y metodología.

Tiempo: 1 hora.

**Secuencia de actividades.**

I. Momento inicial.

- Presentación del coordinador.

El coordinador se presenta desde su rol profesional de una manera breve:

- ✓ Su nombre.
- ✓ Su centro de trabajo.
- ✓ Su profesión.
- ✓ Su intención de brindarles elementos de análisis para la interiorización de la necesidad del cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.
- Caldeamiento inespecífico.

Técnica: “La silla vacía”. Consiste en que el grupo debe estar sentado en círculo y se añade una silla vacía. La persona que tiene esa silla a su derecha comienza el juego. Se presenta y llama a otra persona del grupo para que ocupe la silla vacía. Ej.: “Me llamo María y quiero que la silla vacía la ocupe usted señalando a otro compañero del grupo.

De este modo quedan presentados todos los participantes.

- Ejercicio para la exploración de las expectativas de los participantes:

Técnica: “Mis expectativas”. Se le entrega a cada participante una pequeña hoja de papel en blanco y se le da la siguiente consigna: Cuando se les convocó a este programa: ¿Qué pensaron que pasaría?, ¿de qué trataría?, ¿qué esperaban?, ¿qué temas les interesaría abordar? Después de responder de forma individual y anónima se colocan los papeles en una caja u otro recipiente para mezclarlos. Una vez mezclados, cada participante toma uno al azar y va leyendo en alta voz para todo el grupo. Las expectativas que no están contenidas en el programa se incluirán, a fin de satisfacer las necesidades de la membrecía.

- Presentación del programa.

Los temas que se abordarán durante el programa serán escritos en una pizarra, dejando espacio entre uno y otro para que puedan incluirse las expectativas surgidas del paso anterior. Luego el coordinador las relacionará con el programa y hará una valoración.

- Presentación del encuadre.

En este paso se definen colectivamente los objetivos que se persiguen, las funciones de los participantes (según sus preferencias) y del coordinador, la forma de evaluación del programa, el número de sesiones, su tiempo de duración y horario, los requisitos de asistencia (se trabaja con un grupo cerrado), la metodología de trabajo, y las normas de trabajo del grupo, entre otras condiciones que se consideren necesarias. Se seleccionará, dentro del grupo, el miembro que más condiciones tiene para que recoja de forma resumida los aspectos más importantes tratados en cada sesión. Este informe será leído al inicio de la sesión posterior y propiciará el debate de cualquier punto que no haya quedado suficientemente bien comprendido o las inquietudes, a la vez que quedará como memoria del funcionamiento del grupo.

Al final de cada sesión hará un análisis crítico de la misma, dándole una calificación de Bien (B), regular (R) y mal (M), teniendo en cuenta las insuficiencias y explicando el por qué de esa evaluación.

En cada sesión se seleccionan aquellos miembros que garantizarán los instrumentos y recursos necesarios para la ejecución del programa. Será responsable de la limpieza y organización del local, también publicarán en lugares visibles los documentos que van quedando como memoria escrita.

## II. Momento de planteamiento temático y elaboración.

- Reflexión grupal sobre la hipertensión arterial como problemática actual del adulto mayor.
- Caldeamiento específico.

Técnica: “El dominó analítico”. La utilización de esta técnica permite aprovechar el clima suscitado en el caldeamiento específico, a partir de la autoreferencia como síntesis cognoscitiva y afectiva de la configuración actitudinal. Esta técnica permite profundizar en los aspectos caracterizadores de la HTA desde la percepción de los educadores, a punto de partida de la revisión de las prácticas individuales. Esto posibilita detectar causas y consecuencias de la problemática en estudio, y por consiguiente, introducir nuevos referentes de análisis, que contribuyan a objetivizar en la representación de la conducta antihipertensiva, la importancia de la instrucción en la vejez. Se entrega a cada participante una hoja de papel (ficha en blanco) y partiendo del problema inicial que pone el coordinador deberá, por turno, llenar su media ficha con un dato, hecho o comentario personal relacionado con el presentado. Si es anterior al tiempo inicial, se coloca a la izquierda; si es posterior a la derecha. Si son simultáneos, el de mayor importancia se coloca arriba y el de menos abajo. Cada participante explicará la razón de su ficha y de su ubicación. Si el plenario está de acuerdo se deja; si no, se retira, propiciando una discusión profunda y dinámica.

En este paso, la intervención del coordinador se dirige a promover el análisis, el debate y la reflexión sobre la cultura de tratamiento antihipertensivo reparando en la posición de los sujetos, con vistas a motivar la objetivación de los nuevos referentes a nivel de la representación del

comportamiento ante la enfermedad. De esta manera, el coordinador debe potencializar los emergentes mediante una relectura de la problemática, aportando criterios que la clarifiquen desde el enfoque histórico-cultural.

### III. Momento de integración, evaluación y cierre.

- Resumir los contenidos abordados en la sesión, enfatizando en los aspectos a reconceptualizar en la comprensión de la cultura del tratamiento antihipertensivo.

- Indicación de la tarea.

Se pide a los participantes que traigan por escrito y de forma anónima la respuesta a la siguiente pregunta: ¿Para qué necesita el adulto mayor conocer sobre hipertensión?

- Evaluación y cierre.

Para terminar se pide a los participantes que definan con una palabra lo que han sentido durante la sesión. De los comentarios que surjan en relación con esas emociones, se configura una idea de la forma en que los participantes asimilaron la sesión de trabajo.

## **Sesión #2.**

Título: Conociendo sobre HTA.

Objetivos:

1. Conocer las manifestaciones sintomatológicas de la HTA.
2. Definir colectivamente el concepto de síntoma de HTA.

Contenido:

1. La sintomatología de la HTA.

Tiempo: 1 hora.

### **Secuencia de actividades:**

I. Momento inicial:

- Caldeamiento inespecífico.

Técnica: “Cuento vivo”. Se utiliza para introducir al grupo en la actividad, al tiempo que permite valorar la elaboración personal en relación con el objeto de intervención; de igual manera propicia un clima emocional favorable. La técnica se realiza teniendo como premisa que el coordinador comienza a contar un relato basado en la necesidad de la instrucción del adulto mayor y en el mismo incorpora personajes en determinadas actitudes y acciones. Cuando el coordinador señale cualquier sujeto, este debe continuar el relato y enriquecerlo. Las designaciones sucesivas serán reguladas por el tiempo: cada participante contará con cinco minutos para aportar su versión personal. Cada nueva versión debe conservar las generales del relato: personajes y su perfil. Si alguien se equivoca el grupo le impondrá una penalización.

- Ronda inicial.

Los participantes se colocan formando un círculo. Se les orienta que se agrupen en dúos o tríos para que comenten lo ocurrido en la reunión anterior: de qué trató, qué hicieron, qué pensaron.

Se les debe dar el tiempo necesario para los comentarios y solicitar que un miembro del equipo haga una exposición breve ante todo el grupo, aunque también pueden hacer acotaciones individuales.

- Informe del monitor.

Este miembro del grupo da el resultado de la calificación de la sesión anterior y explica los motivos de la misma. Pueden debatirse los aspectos negativos o positivos que resulten interesantes. Este paso permite al coordinador conocer la opinión de los participantes, detectar aspectos negativos que pudieran mejorarse y reforzar los positivos.

El informe de este compañero constituye un momento ideal para enfatizar aspectos que no quedaron bien comprendidos en la sesión anterior, o para aclarar dudas que surjan en la resignificación de la cuestión en estudio.

- Recogida y lectura comentada de la tarea.

Cada participante va depositando la tarea escrita en una caja. El coordinador las mezcla y distribuye a cada miembro del grupo. Una vez que se designa un individuo para que comience la lectura en voz alta, continuará en la dirección derecha. Mientras, el coordinador escribirá las palabras claves en la pizarra. Al finalizar, se propiciará una reflexión sobre el resultado.

- Caldeamiento específico.

Técnica: “Desfile de modas”. Este ejercicio sirve de caldeamiento e introducción lúdica del grupo al tema que se va a tratar. Consiste en un juego dramatizado. Se forman dos subgrupos, uno de hombres y otro de mujeres, para reunirse en pequeños círculos por separado. Se les orienta preparar un “*desfile de modas*” pero no con atributos concretos sino con la descripción de síntomas y malestares propios de la HTA en adultos mayores (aclarar que todos los modelos deben ser distintos).

De igual manera, se realizará un breve intercambio de las vivencias suscitadas en la dramatización. Por último, el coordinador debe hacer una breve devolución sentando las bases para profundizar en el análisis sobre la base del desmontaje de las construcciones socioculturales que orientan la representación que sobre la sintomatología de la HTA tienen estos adultos mayores.

## II. Momento de planteamiento temático y elaboración.

- Reflexión grupal sobre las características de las manifestaciones sintomatológicas de la HTA del adulto mayor.

Técnica: “Dramatización demostrativa”. En este caso, el argumento dramático se construye a partir de los emergentes de la técnica “Desfile de Modas”. Con el objetivo de interpelar las nociones vigentes en el imaginario grupal, se utilizan técnicas básicas del psicodrama como: soliloquio, cambio de roles, espejo, multiplicación de roles.

- Construcción grupal del concepto síntoma.

Se hace un conteo de uno, dos y tres, repetido hasta que cada participante tenga uno de estos números. Posteriormente se forman tres grupos: todos los unos, todos los dos y todos los tres. Cada equipo debe discutir y presentar escrito qué entiende por síntoma; luego, mediante una lluvia de ideas, el coordinador irá escribiendo en la pizarra las que expresen los participantes sobre el concepto de síntoma y las agrupará en un cuadro.

### III. Momento de integración, evaluación y cierre.

- Sistematizar los contenidos abordados en la sesión.

Técnica: “La carta”. Se entrega a cada participante una hoja y un lápiz. Cada uno escribirá una carta dirigida a un amigo(a) donde le cuente sobre los malestares o síntomas que ha tenido desde que enfermó de hipertensión. Al finalizar, los participantes intercambiarán mediante la lectura de sus cartas en los tres equipos creados durante la sesión; como resultado del intercambio, el equipo decidirá qué carta enviar, la cual será compartida en el plenario. El coordinador recogerá todas las cartas.

Como parte de este paso, el coordinador profundizará en la reflexión sobre las potencialidades del adulto mayor; asimismo, distinguirá los emergentes que aparecieron como índices de aprendizaje durante la sesión.

- Indicación de la tarea.

Se pide a los participantes que traigan por escrito y de forma anónima, la respuesta a la siguiente pregunta ¿Qué síntomas tienes cuando estas hipertenso?

- Evaluación y cierre.

Cada participante deberá expresar con una sonrisa la satisfacción con la tarea, lo que denotará aprendizaje, bienestar, desarrollo. En caso de expresarse la tenencia de vivencia desagradable, constituirá el primer objetivo del grupo darle tratamiento particularizado a ese mayor.

### **Sesión #3.**

Título: Cumplir mi tratamiento. ¿Por qué es importante?

Objetivo: Reflexionar sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento en los pacientes hipertensos.

Contenido:

1. Tratamiento antihipertensivo.

Tiempo: 1 hora.

### **Secuencia de actividades.**

#### I. Momento inicial.

- Caldeamiento inespecífico.

Técnica: “Cuento vivo”. Todos los participantes están sentados en círculo. El coordinador comienza a contar un relato sobre cualquier argumento que incorpore personajes en determinadas actitudes y acciones. Cuando el coordinador señale cualquier compañero, este debe continuar el relato y aportar su versión personal. Se designarán tantos participantes como se desee para que continúen el mismo cuento.

- Caldeamiento específico.

Técnica: “Puro cuento”. Se utiliza para evaluar el dominio que los participantes tienen del tema.

Se lee un cuento que contenga fallas en la utilización de conceptos o de interpretación. Cuando alguien encuentre algo falso, se levanta y lo argumenta. La respuesta se analiza en el colectivo. Al elaborar los cuentos se deben introducir los errores, preferiblemente en aspectos donde la teoría difiera del sentido común o donde el ideal se aleje de la realidad, a fin de propiciar el debate.

## II. Momento de planteamiento temático y elaboración.

- Importancia del cumplimiento del tratamiento en los pacientes hipertensos.

Técnica: “Discusión de casos”. Permite llegar a conclusiones o formular alternativas sobre un problema, en tal sentido se estará tratando el tema: Cumplimiento del tratamiento médico. Se prepara un caso, donde se ilustre el incumplimiento del tratamiento médico antihipertensivo por parte de un adulto mayor; se discute en colectivo. Se realiza una síntesis, ordenando los problemas. Se busca una solución, y finalmente, se reflexiona sobre la relación del caso con la realidad.

## III. Momento de cierre.

- Resumen de los contenidos de la sesión.

Técnica: “Lluvia de ideas”. Permite buscar un conjunto de ideas o conocimientos y llegar a síntesis, conclusiones o acuerdos comunes. A partir del tema (Cumplimiento del tratamiento) se recogen en un papelógrafo o en un pizarrón todas las ideas que se produzcan por el plenario, en el orden en que aparezcan. No importa su lógica aparente, ni su relación directa con el tema, cuantas más ideas, mejor. Luego se discute cada una de las ideas o soluciones, eliminándolas o aceptándolas según el consenso grupal. El coordinador debe hacer una síntesis final del resultado del trabajo y cuidar de no demeritar las ideas eliminadas, sino resaltar las más acertadas.

## **Sesión #4.**

Título: ¿Qué significa para mí ser un paciente hipertenso?

Objetivo: Reflexionar acerca de las creencias que sobre la HTA tienen los adultos mayores.

Contenido:

1. Las creencias sobre la enfermedad hipertensiva.

Tiempo: 1 hora.

**Secuencia de actividades:**

I. Momento inicial.

- Caldeamiento inespecífico.

Técnica: La liga del saber. Se utiliza para evaluar el tema. Simula un concurso transmitido por TV. Se forman equipos y se establece el nombre de cada equipo. Gana el que más preguntas responda correctamente.

- Caldeamiento específico.

Técnica. “Mesa redonda”. Discusión informal de un grupo de expertos sobre un tema, que escucha un auditorio en forma de conversación y no de discurso. El coordinador debe propiciar que los especialistas que participan confronten puntos de vistas opuestos y argumenten sus posiciones. Finalmente, el coordinador hace un resumen de lo tratado en La Mesa Redonda por los especialistas.

II. Momento de planteamiento temático y elaboración

- Las creencias sobre hipertensión en los adultos mayores.

Técnica: “Lluvia de ideas”. Permite buscar un conjunto de ideas o conocimientos y llegar a síntesis, conclusiones o acuerdos comunes.

A partir del tema: “Lo que creo de mi enfermedad”, se recogen, en papelógrafo o en un pizarrón, todas las ideas que se producen por el plenario en el orden que aparezcan. No importa su lógica aparente, ni su relación directa con el tema. Cuantas más ideas mejor. Luego se discute cada una

de las ideas o soluciones, eliminándolas o aceptándolas según el consenso grupal.

El coordinador debe hacer una síntesis final, cuidando de no demeritar las ideas eliminadas, sino resaltar las más acertadas.

### III. Momento de integración, evaluación y cierre.

- Sistematización de los contenidos de la sesión.

Técnica: “La carta”. Se entrega a cada participante una hoja y un lápiz. Cada uno escribirá una carta dirigida a un amigo(a), donde le cuente cuanto han cambiado sus creencias sobre su enfermedad. Al finalizar, los participantes intercambiarán en equipos la lectura de sus cartas, y como resultado del intercambio, el equipo decidirá qué carta enviar, la cual será compartida en el plenario. El coordinador recogerá todas las cartas.

Como parte de este paso, el coordinador profundizará en la reflexión sobre las potencialidades del adulto mayor y su capacidad de aprendizaje.

- Indicación de la tarea.

Se le pide a los miembros del grupo que traigan por escrito para el próximo encuentro: lo que aprendí de la hipertensión.

### **Sesión #5:** Sesión de cierre.

Título: La despedida.

#### Objetivos:

1. Sistematizar los conocimientos adquiridos durante la aplicación del programa.
2. Evaluar cualitativa y cuantitativamente las transformaciones ocurridas tanto en el grupo como en sus miembros, después de la aplicación del programa.

#### Contenidos:

1. Sistematización, evaluación y cierre.

Tiempo: 1 hora.

**Secuencia de actividades.**

I. Momento inicial.

- Caldeamiento inespecífico.

Técnica: “Las tres posiciones”. Entre todo el grupo se eligen tres gestos; por ejemplo: cantar como gallos, levantar las manos e imitar a los monos, cuanto más chistoso sea el gesto, mejor. Se ensayan los gestos y el coordinador hace tres grupos. Cada grupo se reúne por separado y en secreto elige uno de los tres gestos. Cuando cada grupo ya ha elegido su gesto, sin que se den cuenta los demás, todos se ponen frente a frente. A una señal del coordinador, los tres grupos hacen al mismo tiempo el gesto que habían elegido. El objetivo es lograr que los tres grupos hagan el mismo gesto al mismo tiempo. Claro, sin ponerse de acuerdo.

- Ronda inicial.

Similar al procedimiento descrito en la Sesión No. 2, los comentarios deben recoger las vivencias durante la implementación de las sesiones precedentes del programa.

- Informe del Monitor.

Recogida y lectura comentada de la tarea.

- Caldeamiento específico.

Técnica: “Puro cuento”. Se utiliza para evaluar el dominio que los participantes tienen del tema. Se lee un cuento, que contenga fallas en la utilización de conceptos o de interpretación. Cuando alguien encuentre algo falso, se levanta y lo argumenta. La respuesta se analiza en el colectivo. Al elaborar los cuentos, se deben introducir los errores preferiblemente en aspectos donde la teoría difiera del sentido común o donde el ideal se aleje de la realidad, a fin de propiciar el debate.

## II. Momento de planteamiento temático y elaboración.

- Ejercicio de resumen.

Se dispone de todos los informes del Monitor acumulados durante el desarrollo del programa. A partir de ello, el coordinador divide el grupo en cinco equipos y a cada uno se le entrega un informe diferente, pidiéndoles que lo resuman en un párrafo. Al concluir la tarea, un vocero por cada equipo leerá el párrafo resumen. Como resultado se obtiene en cinco párrafos el resumen del contenido del programa.

## III. Momento de Cierre.

- Cierre.

Técnica: “Las Tres Sillas”. Permite integrar el contenido temático del programa aplicado, haciendo una síntesis de su significación; asimismo, posibilita rescatar cómo el grupo se ha sentido en las actividades desarrolladas y cómo ha comprendido el significado de desarrollar la cultura de tratamiento del adulto mayor hipertenso. El coordinador ubica tres sillas frente al grupo y explica a los participantes que estas representan tres momentos diferentes. Silla # 1. - ¿Cómo llegaste? ¿Qué sentías y pensabas el día de la primera sesión?. Silla # 2.- ¿Cómo te sentiste durante las sesiones realizadas?. Silla # 3.- ¿Cómo te vas? ¿Qué aprendiste? ¿Qué sentimientos te llevas?. El coordinador explica que cada participante expresará frente al grupo las respuestas a las preguntas, teniendo en cuenta que se sentará en la primera silla para responder la pregunta # 1, pasará a la segunda para responder la pregunta # 2, y se trasladará a la tercera para responder la pregunta # 3. Al terminar cada participante, pasará a repetir lo anterior.

- Despedida.

Técnica: “Me despido de ti...”. Consiste en que cada participante se despida de cualquier otro que desee, expresándole una tristeza y una alegría que le haya provocado el tema analizado; ejemplo:

“V”, me despido de ti con la tristeza de..., pero me voy con la alegría de... Debe insistirse en que, primero se diga la tristeza y después la alegría).

Basado en el contenido abordado, el coordinador hará un breve resumen, resaltando los aspectos más importantes y agradeciendo a todos la participación en el programa.

## **CONCLUSIONES.**

En el presente trabajo se definen como conclusiones que:

- En correspondencia con el problema científico, el objeto de investigación y el campo de acción se dilucidan los referentes teóricos que sirven de sustento a la elaboración del programa educativo. Este instrumento metodológico es valorado mediante talleres de socialización, en los que se obtienen criterios favorables a su concepción lógica, a su utilidad práctica y se confirman los criterios que justifican su desarrollo.
- Los resultados obtenidos en la investigación permiten aseverar que el instrumento elaborado es apropiado para transformar el objeto de investigación y contribuir a la solución del problema científico, lo que confirma la validez de la investigación realizada en el orden teórico y metodológico.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Acosta, M. (2003). Diagnóstico educativo sobre adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Tesis para optar por el Título de Máster en Promoción de Salud. Policlínico docente “Mártires de Corinthya”. La Habana: ENSAP.
2. Acosta, M., Debs, G., Noval, R., y Dueñas, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en adherencia terapéutica. Revista Cubana de Enfermería, 3 (3-4), 1-3.

3. Arévalo, L. (2010). Factores de riesgo psicosociales que influyen en el tratamiento del adulto mayor con osteoartrosis (octubre 2007- octubre 2008). Tesis para optar por el título de Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. La Habana: ENSAP.
4. Armario, P. (2006). Guía Española de Hipertensión Arterial. Sociedad Española de Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Disponible en Url:<http://www.sehlelha.org>. Consultado. 2010, Octubre 15.
5. Colectivo de autores (2009). La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH. La Habana: ENSAP.
6. DiMatteo, M. y DiNicola, D. (1982). Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioners role. New York: Pergamon Press.
7. Ferrer, V. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Revista de Psicología de la Salud 7 (1),2-4.
8. Macías, D. y Méndez, F. (1999). Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. En: Simón, M.A. (Ed.). Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva.
9. Martín, L. (2007). Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud de nivel primario. Tesis de grado en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud. La Habana: ENSAP.
10. Ministerio de Economía y Planificación, Oficina Nacional de Estadísticas (MEP-ONE). (2000). El envejecimiento de la población en Cuba y sus territorios. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo.
11. Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra.
12. Orosa, T. (2003). La tercera edad y la familia. La Habana: Editorial Félix Varela.

13. Rocabruno, J. C. (1999). Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. Aspectos psicológicos. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
14. Rosenstock, I. y Kirsch, J. (1982). Why people seek health care? In. Stone, G.C. et al. (Dirs.). Health Psychology Handbook. San Francisco, Ca: Jossey-Bass.
15. Trinidad, M. (2009). Envejecimiento biológica. Manual de geriatría. Universidad católica de Chile. Disponible en: <http://www.geriatria/vc/archivos.html>

#### **DATOS DE LOS AUTORES.**

- 1. Minerba Hidalgo Cordero.** Licenciada en Psicología y Máster en Longevidad satisfactoria. Profesora Asistente. Trabaja en el Policlínico # 3 “René Vallejo Ortíz”. Manzanillo, Granma. Correo electrónico: [mhc6610@gmail.com](mailto:mhc6610@gmail.com)
- 2. Norge Manuel Larramendi Céspedes.** Licenciado en Historia y Máster en Ciencias de la Educación. Profesor Auxiliar y trabaja en la Universidad de Granma. Correo electrónico: [larramendic33@gmail.com](mailto:larramendic33@gmail.com)
- 3. Roger Ríos Escobar.** Licenciado en Enfermería y Especialista en cuidados intensivos. Profesor Asistente y trabaja en el Instituto Superior de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”, Filial Nuevitas. Camagüey. Correo electrónico: [rogermelani66@gmail.com](mailto:rogermelani66@gmail.com)
- 4. Omar de Jesús Pérez Lozada.** Ingeniero Mecánico, Máster en TICs y Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular y trabaja en el Centro Universitario Municipal de Manzanillo, Granma. Correo electrónico: [operezl@udg.co.cu](mailto:operezl@udg.co.cu)
- 5. Yoendris Rafael Marín Saborit.** Licenciado en Psicología y Máster en Psicología Social. Profesor Asistente y trabaja en el Policlínico # 3 “René Vallejo Ortíz”. Manzanillo, Granma.

**RECIBIDO:** 6 de septiembre del 2017.

**APROBADO:** 26 de septiembre del 2017.