

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN**



Seminario de grado

**PROPUESTA EDUCATIVA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN
ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE
LA PARROQUIA NUESTRA SEÑORA DEL PILAR, ZARAGOZA, JUNIO- JULIO
2025.**

PRESENTADO POR:

Mirna Raquel Hernández Roque

Diana Carolina Klee Bonilla

Joyce Michelle López Soto

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO:

LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

ASESORA:

Mpcc. Vanessa Adaluz Iraheta De Pineda.

Ciudad universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador, marzo, 2026

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES



ING. JUAN ROSA QUINTANILLA

RECTOR

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA

VICERRECTORA ACADÉMICA

MSc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA

SECRETARIO GENERAL

LICDO. CARLOS AMÍLCAR SERRANO RIVERA

FISCAL GENERAL

LICDA. ANA RUTH AVELAR VALLADARES

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIO

**AUTORIDADES
FACULTAD DE MEDICINA**



DR. SAÚL DÍAZ PEÑA

DECANO

DR. FRANKLIN ARNULFO MÉNDEZ DURÁN

VICEDECANO

DR. ROBERTO CARLOS HERNÁNDEZ MARROQUÍN

SECRETARIO

LICDA. EILIN ROXANA CALDERÓN DE AGUIRRE

DIRECTORA DE LA CARRERA DE NUTRICIÓN

COORDINADORA DEL SEMINARIO DE GRADO

DEDICATORIA

Raquel Hernández.

A Dios, por concederme la fortaleza, sabiduría y paciencia necesarias para alcanzar mis sueños y metas.

A mis amados padres, Christian Brando Hernández y Myrna Roque de Hernández, por confiar siempre en mí y en mi proceso. Gracias por no rendirse nunca, por ser ejemplo de resiliencia, perseverancia y amor incondicional. Todo lo que soy y he logrado se lo debo a su apoyo inquebrantable y a sus sacrificios.

A mis hermanas, Silvia Hernández y Christy Hernández, por ser una fuente constante de inspiración, motivación y superación. Gracias por su apoyo incondicional y por acompañarme en cada etapa. Su ejemplo ha sido una guía que ilumina mi camino.

A mi sobrino Alejandro Blandón, cuyo amor y ternura me llenaban de energía en los momentos más difíciles. Sus abrazos y cariño me devolvía las fuerzas cuando sentía que no podía más. Gracias por ser mi motor, mi inspiración y el motivo que me impulsa a seguir creciendo y abriéndome paso en el mundo de la nutrición.

A mis amigas y colegas de tesis, Diana Klee y Joyce López, por ser mis compañeras de lucha en este trayecto. Gracias por su motivación constante, por el apoyo en los momentos de dificultad y por recorrer juntas este proceso formativo.

Y en general a todos mis amigos quienes se han sumado en alguna parte de mi vida quienes me han dado palabras que me motivaban a ser una mejor persona y mejor profesional. Su presencia y cariño fueron un sostén invaluable para seguir adelante.

DEDICATORIA

Diana Klee.

A Dios, Jesús y a la Virgen, por ser mi guía y refugio en los momentos de incertidumbre. Gracias por darme fortaleza cuando el cansancio me vencía, sabiduría para decidir con acierto y serenidad para ver en cada reto una oportunidad de crecer. Su amor y su luz me acompañaron en cada paso de este camino.

A mi familia, Reynaldo Klee, Margarita de Klee y Fátima Klee, por su amor, ejemplo y apoyo incondicional. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, la honestidad y la perseverancia, por estar en los momentos difíciles y en los más felices, recordándome siempre quién soy y de dónde vengo. A ustedes debo mi fortaleza y mi deseo de superarme. También lo dedico a mis fieles compañeros, Darko y Kiki, por su ternura y amor incondicional, que llenaron mis días de alegría.

A mi novio, Alejandro Pinto, mi compañero de vida y mi inspiración de crecer día a día. Gracias por tu paciencia, tus palabras de ánimo y tu confianza incluso cuando yo dudaba. Gracias por celebrar conmigo cada logro, por estar cuando sentía que ya no podía y por escuchar mis preocupaciones. Tu amor ha sido un refugio y una fuente de energía para seguir adelante. Este logro también es tuyo, porque estuviste presente en cada paso de este proceso.

A mis amigas y compañeras de tesis, Raquel y Joyce, por su compromiso, esfuerzo y amistad. Gracias por compartir desvelos, tristezas, risas y aprendizajes. Juntas convertimos los desafíos en logros y los momentos difíciles en recuerdos que llevaré conmigo siempre.

A mis Electroliks, por su amistad sincera, por las risas, los consejos y la alegría que trajeron a mi vida cuando más lo necesitaba. Gracias por recordarme que el equilibrio y la compañía hacen el camino más llevadero.

Y finalmente, a mí misma, por no rendirme, por creer en mis capacidades y recorrer este camino con constancia, paciencia y perseverancia. Este logro representa no solo una meta alcanzada, sino también un crecimiento personal que guardaré con orgullo.

DEDICATORIA

Joyce López

A mis padres, Lyssett Soto y Sady López, por su amor incondicional, su apoyo constante y por enseñarme, con su ejemplo, el valor del esfuerzo y la perseverancia. A mi hermana Heissell López, por acompañarme siempre con paciencia, palabras de ánimo y por ser una parte fundamental de mi vida.

A Keiko, Zahori y Freya, que más que mascotas son familia, por llenar mis días de compañía, ternura y equilibrio en los momentos más exigentes del camino.

A Noé Martínez, por su apoyo, comprensión y por estar presente en los momentos más importantes de esta etapa.

A mis queridas amigas y compañeras de tesis, Diana y Raquel, por su compromiso, apoyo y por convertir este proceso en una experiencia compartida de aprendizaje, crecimiento y amistad.

A mis amigos de la carrera, que se convirtieron en una segunda familia, gracias por las risas, los desvelos y el compañerismo que hicieron más llevadero este recorrido académico.

A todos, gracias por ser parte de este logro, por creer en mí y por acompañarme con cariño en cada paso de esta travesía.

AGRADECIMIENTOS

Con la culminación de esta etapa académica, expresamos nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que formaron parte de este proceso y contribuyeron al logro alcanzado. A Dios, por concedernos la sabiduría, la fortaleza y la perseverancia necesarias para cumplir esta meta, guiando cada uno de nuestros pasos con su amor y misericordia.

A nuestros padres, por su apoyo incondicional, su paciencia, comprensión y por creer firmemente en nosotras. Su ejemplo, sacrificio y confianza fueron la base que nos sostuvo a lo largo de esta trayectoria. A nuestras hermanas, por su constante motivación, ayuda desinteresada y respaldo en los momentos más importantes de nuestra formación profesional.

Expresamos un especial agradecimiento a Licda. Vanessa de Iraheta, Dra. Claudia Zometa y a la Dra. Lorena Recinos, por su valiosa orientación, compromiso y acompañamiento durante el desarrollo de este trabajo de investigación. Su guía académica y humana representó un pilar fundamental para la culminación exitosa de este proyecto.

Finalmente, a todas las personas que de una u otra manera nos brindaron su apoyo durante esta etapa, extendemos nuestro más profundo reconocimiento y gratitud. A cada uno de ustedes dedicamos con orgullo y satisfacción este logro profesional.

RESUMEN

La hipertensión arterial representa una de las principales causas de morbilidad en adultos mayores, lo que evidencia la necesidad de fortalecer los estilos de vida saludables y la educación nutricional en este grupo. En la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, del municipio de Zaragoza, se identificó un número significativo de adultos mayores con diagnóstico de esta enfermedad. El estudio tuvo como objetivo contribuir al fortalecimiento de los estilos de vida saludables mediante una propuesta educativa contextualizada. Se utilizó un enfoque cualitativo con diseño de investigación-acción participativa, desarrollado en tres etapas: diagnóstico, diseño y socialización. La recolección de datos se realizó mediante una encuesta y un grupo focal, respetando los principios éticos y la confidencialidad de los participantes. Los resultados del diagnóstico inicial evidenciaron conocimientos limitados sobre alimentación saludable y autocuidado, junto con prácticas influenciadas por factores culturales y económicos. Sin embargo, también se identificaron saberes tradicionales valiosos, como el uso de plantas que ayudan a mejorar la salud cardiovascular, que sirvieron como punto de partida para construir aprendizajes significativos. La socialización del material educativo, elaborado con un lenguaje sencillo, recursos visuales accesibles y ejemplos adaptados al contexto local, favoreció la comprensión y apropiación de los contenidos. Los participantes manifestaron actitudes de gratitud, motivación y compromiso, destacando el impacto positivo del material en su vida cotidiana. Entre los cambios más mencionados se encontraron la reducción del consumo de sal y grasa, el aumento de la ingesta de agua y té naturales, y la práctica de ejercicios suaves. En conclusión, la propuesta educativa contribuyó al fortalecimiento de los estilos de vida saludables y al desarrollo de una mayor conciencia sobre el autocuidado. No obstante, persisten desafíos relacionados con las limitaciones económicas y hábitos arraigados, que requieren acompañamiento continuo y apoyo familiar para garantizar la sostenibilidad de los cambios iniciados.

Palabras clave: Hipertensión, Estilo de Vida Saludable, Promoción de la Salud, Educación en Salud.

ABSTRACT

Arterial hypertension represents one of the main causes of morbidity among older adults, highlighting the need to strengthen healthy lifestyles and nutritional education within this population group. In the parroquia Nuestra Señora del Pilar, located in the municipality of Zaragoza, a significant number of older adults were identified with a diagnosis of this condition. The study aimed to contribute to the strengthening of healthy lifestyles through a contextualized educational proposal. A qualitative approach with a participatory action research design was used, developed in three stages: diagnosis, design, and socialization. Data collection was carried out through a survey and a focus group, ensuring adherence to ethical principles and participant confidentiality. The initial diagnosis revealed limited knowledge regarding healthy eating and self-care, along with practices influenced by cultural and economic factors. However, valuable traditional knowledge, such as the use of medicinal plants, was also identified as a starting point for building meaningful learning experiences. The socialization of the educational material developed with simple language, accessible visual resources, and examples adapted to the local context facilitated comprehension and ownership of the content. Participants expressed attitudes of gratitude, motivation, and commitment, highlighting the positive impact of the material on their daily lives. The most frequently mentioned changes included reducing salt and fat intake, increasing water and herbal tea consumption, and engaging in light physical exercises. In conclusion, the educational proposal contributed to strengthening healthy lifestyles and promoting greater awareness of self-care. However, challenges related to economic limitations and deeply rooted habits persist, requiring ongoing support and family involvement to ensure the sustainability of the changes achieved.

Keywords:

Hypertension, Healthy Lifestyle, Health Promotion, Health Education.

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 16 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 18 |
| 1.1 Situación problema | 18 |
| 1.1.1. Elementos generales de ubicación | 18 |
| 1.1.2. Evolución del problema | 20 |
| 1.1.3. Enunciado del problema | 22 |
| 1.2. Justificación | 22 |
| 1.3 Objetivos | 23 |
| 1.3.1 Objetivo General | 23 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos | 23 |
| II. | 25 |
| 2.1. Contexto | 25 |
| 2.1.1. Generalidades de la población adulta mayor | 25 |
| 2.2 Hipertensión en adultos mayores: contexto y determinantes | 35 |
| 2.2.1 Antecedentes y estrategias internacionales de intervención | 35 |
| 2.2.2. Factores sociales y determinantes demográficos de la hipertensión arterial | 36 |
| 2.2.3. Estilo de vida, actitudes y prácticas relacionadas con la hipertensión arterial | 37 |
| 2.2.4. Impacto del estrés y factores psicológicos | 39 |
| 2.2.5. Educación para la salud y conocimientos del paciente | 39 |
| 2.2.6. Apoyo comunitario y factores del entorno | 41 |
| 2.2.7. Iniciativas educativas para el control de la hipertensión | 42 |
| 2.3 Recomendaciones para el estilo de vida de los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial | 45 |
| 2.4 Conceptos | 47 |
| III. | 49 |
| 3.1 Tipo de estudio | 49 |
| 3.2 Grupo poblacional | 49 |
| 3.3 Lugar de estudio | 50 |
| 3.4 Unidad de análisis | 50 |
| 3.5 Grupo seleccionado | 50 |
| 3.6 Criterios de Inclusión y de Exclusión | 51 |

| | |
|---|-----|
| 3.7 Conformación de Grupos | 51 |
| 3.8 Descriptores | 51 |
| 3.9 Operacionalización de variables | 52 |
| 3.10 Fuentes de obtención de información | 53 |
| 3.11 Técnicas de producción de datos | 53 |
| 3.12 Consideraciones éticas | 53 |
| 3.13 Instrumentos | 54 |
| 3.14 Procesamiento de la información | 54 |
| 3.15 Análisis de la información | 55 |
| 3.16 Categorías de análisis | 56 |
| 3.17 Trabajo de terreno | 56 |
| IV. | 58 |
| V. | 69 |
| VI. | 79 |
| VII. | 95 |
| VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 98 |
| IX. | 107 |
| X. | 108 |
| Apéndice 1: Consentimiento Informado | 108 |
| Apéndice 2: Cuestionario estructurado | 110 |
| Apéndice 3: Preguntas guía del grupo focal. | 116 |
| Apéndice 4: "Recomendaciones Para Una Vida Saludable En Adultos Mayores Que Padecen Hipertensión Arterial" | 118 |
| Apéndices del N°5: Tablas de frecuencia del diagnóstico inicial (características generales, conocimientos, actitudes y prácticas) | 148 |

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial representó uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, afectando a millones de personas y con altas tasas de subtratamiento, según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (3). En El Salvador, en el año 2023, la prevalencia de esta enfermedad alcanzó el 33.6% en la Región Central, de acuerdo con los datos del Ministerio de Salud (4). Esta situación tiene un impacto significativo en las personas adultas mayores, quienes constituyen un grupo vulnerable debido a los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, así como a las limitaciones en el acceso a la atención médica y a la información nutricional adecuada.

En el distrito de Zaragoza, ubicado en el municipio de La Libertad Este, se evidenció una situación similar. De acuerdo con el Diagnóstico Social de Salud (2), se estimó una población total de 20,719 habitantes, de los cuales aproximadamente 2,561 correspondieron a personas adultas mayores. Entre ellas, 974 presentaron diagnóstico de hipertensión arterial, siendo las mujeres el grupo más afectado. En la comunidad atendida por la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, donde se llevó a cabo el estudio, se identificó que 15 de los 26 adultos mayores que asistían regularmente a sus actividades padecían esta condición. Esta realidad reflejó la necesidad de fortalecer las acciones educativas dirigidas a promover estilos de vida saludables que contribuyeran al control de la enfermedad.

A nivel internacional, diversas iniciativas como la Iniciativa HEARTS de la Organización Panamericana de la Salud (7) y el Programa Comunitario de Control de la Hipertensión en Catalunya (6) demostraron la efectividad de las estrategias educativas adaptadas a la comunidad. Ante este panorama, se reconoció la importancia de diseñar materiales educativos contextualizados, considerando las limitaciones cognitivas, socioeconómicas y culturales de esta población, con el fin de mejorar la comprensión y práctica de hábitos alimenticios saludables.

En este marco, la presente investigación tuvo como objetivo identificar la percepción de los adultos mayores sobre una propuesta educativa en alimentación y nutrición para el manejo de la hipertensión arterial. El estudio incluyó un diagnóstico del estado nutricional y los conocimientos sobre estilos de vida saludables, seguido del diseño y

socialización de una propuesta educativa adaptada a su contexto. Los resultados evidenciaron un incremento en la comprensión de los participantes sobre la relación entre alimentación y control de la presión arterial, así como una actitud más positiva hacia la adopción de prácticas saludables. Estos hallazgos reafirmaron la relevancia de implementar intervenciones educativas comunitarias que promovieran el autocuidado y mejoraran la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial en el distrito de Zaragoza.

La propuesta educativa desarrollada contribuyó al fortalecimiento de los estilos de vida saludables en personas adultas mayores con hipertensión arterial, evidenciado en la comprensión, apropiación y aplicación parcial de los contenidos. Los participantes manifestaron mejoras en su conocimiento sobre alimentación y autocuidado, lo que confirma la efectividad de una estrategia educativa contextualizada y participativa.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problema

1.1.1. Elementos generales de ubicación

1.1.1.1. Geográficos

Según La Ley de Reestructuración Territorial 2023, el distrito de Zaragoza se encuentra en el municipio de La Libertad Este. Está limitado por los siguientes distritos: al norte por Santa Tecla, al Este por San José Villanueva, al Sur por La Libertad (1).

El presente estudio se llevó a cabo con población adulta mayor que se reúnen en la parroquia de Nuestra Señora del Pilar que se encuentra ubicada en Calle 15 de septiembre, Zaragoza, La Libertad, a media cuadra de distancia de la Unidad de Salud de Zaragoza.

En cuanto a las vías de transporte que conectan la Parroquia de Nuestra Señora del Pilar con las calles aledañas a ella son: carretera pavimentada (CA 4) que de San Salvador y Santa Tecla conduce al Puerto de La Libertad, Chiltiupán, Teotepeque y San José Villanueva, atravesando Zaragoza. Rutas de buses 40A, 40D, 102, 107, 151, 192, y microbuses 102A (2).

1.1.1.2. Demográficos y sociales

En el distrito de Zaragoza, la mayoría de las viviendas tienen acceso al servicio de energía eléctrica, proporcionado por la empresa Del Sur. Además, hay alumbrado público en el área urbana y la mayoría de las zonas rurales que cuentan con colonias urbanizadas. En términos de comunicaciones, tanto la telefonía fija como el celular tienen una cobertura del 100% dentro del municipio (ahora Distrito), y también se dispone de acceso a internet (2). En lo que respecta al abastecimiento de agua en el área urbana, esta proviene del proyecto Zona Norte, administrado por la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA), mientras que en la Colonia Santa Teresa existe un sistema de agua administrado por la comunidad (2).

El transporte en la zona se realiza principalmente a través de carreteras pavimentadas, como la CA-4, que conecta San Salvador y Santa Tecla con el Puerto de La Libertad, Chiltiupán, Teotepeque y San José Villanueva, pasando por Zaragoza. Además, hay varias rutas de autobuses, como las 40A, 40D, 102, 107, 151 y 192, así como los microbuses 102A (2).

Según datos brindados por el Diagnóstico Social de Salud de Zaragoza año 2024, la población total del municipio es de 20,719 personas, con 9,747 hombres y 10,972 mujeres. Sin embargo, no existe un censo poblacional actualizado, y en la mayoría de las zonas rurales no hay promotores censales, por lo que no se dispone de datos precisos sobre la población urbana y rural (anexo 1) (2). En cuanto a la caracterización sociodemográfica, se estima que hay un total de 2,561 adultos mayores en el distrito, aproximadamente 1,108 hombres y 1,452 mujeres (2).

El tipo de construcción de la mayoría de las viviendas es mixto, luego en orden de frecuencia viviendas de adobe, viviendas de lámina y muy pocas de bahareque (2). Las condiciones socioeconómicas en el distrito de Zaragoza reflejan una diversidad de actividades económicas tanto primarias como secundarias. En el sector primario, destacan las fábricas dedicadas a la elaboración de escobas, así como la producción de productos químicos para uso humano y animal. La industria de la construcción también tiene presencia, junto con las fábricas de muebles y colchones. En los últimos años, el comercio ha experimentado un notable crecimiento en el municipio, evidenciado por la presencia de tres gasolineras, una caja de crédito, oficinas corporativas y cuatro centros comerciales, además de zonas residenciales en expansión (2).

Por otro lado, en el ámbito de las actividades económicas secundarias, la producción de granos básicos como el maíz y el frijol es una actividad destacada. La crianza de ganado porcino y vacuno, así como de aves de corral para la comercialización de huevos, también son actividades relevantes en la economía local. Asimismo, la presencia de viveros contribuye a la diversificación de la actividad económica en el distrito (2).

En el Distrito de Zaragoza, los adultos mayores que padecen de Hipertensión Arterial suman un total de 223 hombres y 751 mujeres, según los datos actualizados al año 2024 proporcionados por la Unidad de Acción Social del distrito.

Considerando lo anteriormente expuesto sobre la población adulta mayor del municipio de Zaragoza, se destacó la situación en la parroquia Nuestra Señora del Pilar. De un total de 26 adultos mayores que asisten regularmente a la parroquia, 15 contaron con un diagnóstico confirmado de hipertensión arterial, lo cual representó una situación alarmante. Entre ellos, se observó que la mayoría de las mujeres se encargaban del cuidado de sus nietos, mientras que la mayoría de los hombres convivían con sus esposas y realizaban trabajos informales que les permitían cubrir las necesidades básicas de sus hogares.

1.1.2. Evolución del problema

En 2023 la Organización Mundial de la Salud, publicó su primer informe sobre los efectos devastadores a escala mundial de la hipertensión arterial, que incluye además recomendaciones sobre cómo vencer a este asesino silencioso. Según el informe, aproximadamente cuatro de cada cinco personas con hipertensión arterial no reciben un tratamiento adecuado; con todo, si los países logran ampliar la cobertura, podrían evitarse 76 millones de muertes entre 2023 y 2050 (3).

Según los datos de prevalencia de hipertensión arterial presentados por el Ministerio de Salud de El Salvador en el documento "Recomendaciones de alimentación en el abordaje de enfermedades no transmisibles priorizadas", se revela que, en el año 2015, el 33.6% de la población de la Región Central sufre de hipertensión arterial (4).

Además, de acuerdo con la Organización no gubernamental, Asociación Descartados por la Dignidad de las Personas Mayores, la mayoría de los salvadoreños mueren después de los 60 años por enfermedades cardiovasculares, entre otras enfermedades crónicas no transmisibles. Es habitual que las personas mayores más pobres no reciban diagnóstico ni tratamientos médicos, ya que se dificulta aún más al momento de atender las

indicaciones o recomendaciones brindadas por el personal de salud para los cuidados en casa (5). En el ámbito de la nutrición, para que las personas puedan aplicar la información recibida, es fundamental que tengan una comprensión clara y precisa. Una manera efectiva de lograrlo es mediante la ejecución de actividades educativas y el suministro de material educativo adaptado a cada grupo etario.

A nivel internacional, existen diversos programas y recursos dirigidos a personas adultas con hipertensión arterial. Por ejemplo, en Catalunya se implementó el "Programa para el Control Comunitario de la Hipertensión Arterial" en 2021 (6), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) promueve el Plan Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial, adherido a la Iniciativa HEARTS (7). Además, se han desarrollado programas exitosos en otros países, como Chile, donde se publicó un artículo en la revista del Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico en 2019, mencionando una aplicación para combatir la hipertensión arterial en adultos mayores.

A nivel nacional, aunque existe el recurso de las Guías Alimentarias para las Familias Salvadoreñas, elaboradas por el Ministerio de Salud en el año 2012, estas están diseñadas para personas sanas y no abordan específicamente la hipertensión arterial ni las necesidades de la población adulta mayor. Además, se dispone de otros recursos como folletos, libros para grupos de autoayuda de personas con enfermedades crónicas, y un libro para el uso del personal de salud sobre el "Abordaje de las enfermedades no transmisibles" del año 2019. Sin embargo, dado que la educación alimentaria y nutricional juega un papel crucial en el manejo y prevención de complicaciones asociadas a la hipertensión arterial, es esencial reconocer la necesidad imperante de contar con programas o material educativo específicamente adaptados a las necesidades de la población adulta mayor que padece esta condición de salud (8).

Por consiguiente, es crucial proporcionar una educación alimentaria y nutricional efectiva a las personas de la tercera edad que padecen hipertensión arterial, considerando sus dificultades de aprendizaje, situación socioeconómica y estado de salud. En este sentido, es responsabilidad de los profesionales de la nutrición

adaptarse a las necesidades individuales de los pacientes, con el objetivo de obtener resultados positivos en su salud y bienestar.

1.1.3. Enunciado del problema

Establecido todo lo anterior, se planteó la pregunta de investigación: ¿Cuál fue la percepción, comprensión y aplicabilidad que manifestaron los adultos mayores que asistieron a la parroquia Nuestra Señora del Pilar respecto a una propuesta educativa orientada a mejorar sus hábitos de vida frente al diagnóstico de hipertensión arterial?

1.2. Justificación

En el contexto de la salud y el bienestar de los adultos mayores que padecen hipertensión arterial, la educación nutricional es una herramienta vital para mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de complicaciones asociadas. Este grupo poblacional enfrenta desafíos específicos relacionados con sus necesidades y habilidades particulares, lo que hace esencial el desarrollo de propuestas educativas adaptadas a su realidad.

Según el estudio “Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor” de Cruz-Aranda del año 2019, la prevalencia de esta enfermedad en adultos mayores constituye un problema de salud pública que requiere atención integral, en la que la educación nutricional juega un papel crucial. Sin embargo, persisten limitaciones en la comprensión y práctica de hábitos alimenticios saludables en este grupo etario (9).

El uso de estrategias educativas específicas permite presentar la información de forma comprensible y accesible, considerando posibles limitaciones cognitivas o físicas. Por ello, el diseño de propuestas educativas nutricionales adaptadas resulta fundamental para reducir la brecha educativa y promover la salud cardiovascular en esta población.

La hipertensión arterial es un factor de riesgo clave para enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y otras complicaciones graves (9). Dado que la alimentación influye directamente en su manejo y prevención, resulta indispensable ofrecer recursos educativos diseñados para las

características de los adultos mayores. Estas propuestas facilitan la comprensión y favorecen la adopción de hábitos más saludables, lo que contribuye a un mejor control de la presión arterial.

La relevancia de estas intervenciones radica en su capacidad para empoderar a las personas adultas mayores, brindándoles información que les permita tomar decisiones informadas sobre su dieta y estilo de vida. Asimismo, la promoción de una alimentación saludable en este grupo beneficia no solo a nivel individual, sino también en la reducción de la carga económica que las enfermedades cardiovasculares generan en la sociedad (10).

En este marco, la presente investigación buscó aportar una propuesta educativa adaptada a las necesidades de adultos mayores con hipertensión, como una inversión en salud y en el bienestar colectivo. Al proporcionar información nutricional pertinente y comprensible, se favorece que este grupo asuma un papel activo en el control de su salud cardiovascular y en la mejora de su calidad de vida a largo plazo.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Contribuir al fortalecimiento de los estilos de vida saludables en adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, mediante una propuesta educativa contextualizada en la parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, en junio de 2025.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Explorar el estado nutricional y los conocimientos, actitudes y prácticas sobre estilos de vida saludable en adultos mayores con hipertensión arterial.
- Diseñar una propuesta educativa sobre recomendaciones para una vida saludable, basada en los hallazgos del diagnóstico.
- Implementar la propuesta educativa mediante sesiones participativas dirigidas a los adultos mayores, adaptadas a sus características y contexto.

- Valorar la comprensión de los contenidos y los cambios en conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con estilos de vida saludable posterior a la intervención.
- Analizar las percepciones y experiencias de los participantes respecto a la propuesta educativa implementada.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Contexto

2.1.1. Generalidades de la población adulta mayor

2.1.1.1. Situación demográfica

La Organización Mundial de la Salud menciona que según las Perspectivas de la Población Mundial 2022, la población mayor de 65 años crece más rápidamente que la población por debajo de esa edad (11).

Se ha evidenciado que la proporción de personas de 65 años o mayores aumenta a un ritmo más acelerado que la de los que tienen menos de esa edad. Esto significa que se prevé que el porcentaje de la población mundial mayor de 65 años aumente del 10% en el 2022 al 16% en 2050. Se estima que en 2050 el número de personas de 65 años o más en todo el mundo será el doble del número de niños menores de 5 años y casi equivalente al número de niños menores de 12 años. Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22% (11).

Además, la Organización de las Naciones Unidas indicó que las mujeres superan en número a los hombres a edades más avanzadas debido a su mayor esperanza de vida. en 2022, las mujeres representaban el 55,7% de las personas de 65 años o más en todo el mundo. Se prevé que este porcentaje disminuya ligeramente hasta el 54,5% en 2050 (12).

Por su parte, en El Salvador, el “Diagnóstico de la situación de las personas adultas mayores en El Salvador 2022” señala que no existen datos concretos y confiables que permitan conocer con precisión las condiciones de vida de las Personas Adultas Mayores (PAM) (13). No hay datos oficiales ni un diagnóstico integral, ya que los existentes son inexactos y poco accesibles. Esto ha contribuido a la invisibilización de una población en crecimiento, que representa el 14.2 % de la población total del país, estimada entre 1, 055,273 personas (RNPN, 2022) y 897,588 personas (EHPM, 2020) (13).

Asimismo, se menciona que, del total de la población adulta mayor, las mujeres constituyen el 57.5 %, mientras que los hombres representan el 42.5 %. Además, el 64.3 % de esta población reside en áreas urbanas, y el 35.7 % vive en áreas rurales (13).

Un reportaje titulado “Desprotección, la realidad de las personas adultas mayores en El Salvador” en 2019 señala que, según datos del año 2016 proporcionados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), la población salvadoreña ha registrado un aumento considerable en el número de personas de 60 años o más (14). Asimismo, la exdirectora del Departamento de la Persona Adulta Mayor de la extinta Secretaría de Inclusión Social, Jennifer Soundy, destacó que El Salvador enfrenta una tendencia hacia un envejecimiento acelerado. Según ella, “actualmente, el 11 % de la población salvadoreña está compuesta por personas adultas mayores, es decir, 11 de cada 100 habitantes” (14).

En 2022, la Fundación FUNDAUNGO participó en el Taller-Consulta “Diagnóstico situacional de la vigencia de los derechos humanos de las personas adultas mayores en El Salvador”. Durante este evento, la investigadora Lyla Gil presentó un análisis sobre la situación económica de las personas adultas mayores, considerando la tendencia demográfica, las condiciones socioeconómicas y el funcionamiento del sistema de pensiones. Entre los principales hallazgos, se destacó que el 36 % de los hogares salvadoreños cuentan con la presencia de al menos un adulto mayor. Además, en 2021, los departamentos con mayor concentración de población adulta mayor fueron San Salvador (14.4 %), Santa Ana (12.9 %) y La Libertad (12.8 %) (15).

Según el estudio “La Población Adulto Mayor en El Salvador: indicadores socioeconómicos y demográficos a nivel municipal” de la fundación FUNDAUNGO en el año 2012, en el distrito de Zaragoza, ubicado en el departamento de La Libertad, El Salvador, se registra una población de 1,737 adultos mayores, de los cuales 976 son mujeres y 761 son hombres. Este grupo etario representa una porción significativa de la población, reflejando el envejecimiento progresivo que se observa en muchas comunidades del país. La distribución por género indica una mayor prevalencia de mujeres en esta etapa

de la vida, lo que es consistente con las tendencias nacionales e internacionales, donde la esperanza de vida suele ser mayor para las mujeres (16).

Además, en el mismo estudio de la fundación FUNDAUNGO se da a conocer que en 2012, un 20.7% de los adultos mayores enfrenta dificultades para realizar actividades de la vida diaria, tales como trabajar, alimentarse o moverse. Este indicador evidencia la necesidad de servicios de apoyo, como asistencia domiciliar, acceso a cuidados médicos especializados y programas de rehabilitación. La situación es especialmente relevante en el contexto de distrito donde se mezclan zonas rurales y urbanas, lo que puede influir en el acceso desigual a estos servicios. Estas limitaciones funcionales también reflejan el impacto del envejecimiento en la calidad de vida (16).

En la parroquia Nuestra Señora del Pilar, ubicada en el municipio de Zaragoza, asisten regularmente 26 personas adultas mayores que participan en distintas actividades pastorales y comunitarias. Este grupo representa un sector importante de la población, no solo por su número, sino también por el rol activo que desempeñan dentro de la vida parroquial y familiar. Muchos de ellos enfrentan condiciones de salud crónicas, como la hipertensión arterial, y algunos también asumen responsabilidades en el cuidado de sus nietos o el sostenimiento económico de sus hogares mediante trabajos informales, lo cual refleja una realidad que merece atención desde el enfoque de la salud comunitaria.

2.1.1.2. Situación económica

Según la Organización Mundial de la Salud se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones (11).

Se menciona que este cambio en la distribución de la población de los países hacia edades más avanzadas “lo que se conoce como envejecimiento de la población” empezó en los países de ingresos altos (en el Japón, por ejemplo, el 30% de la población ya tiene más de 60 años), pero los cambios más importantes se están viendo actualmente en los países de ingresos bajos y medianos. En

2050, dos tercios de la población mundial de más de 60 años vivirán en países de ingresos bajos y medianos (11).

Además, la Organización Internacional del Trabajo en el 2022 alertó sobre un deterioro de la cobertura de protección social en la vejez que deja a 34,5 por ciento de los mayores de 65 años sin ningún tipo de ingreso laboral ni pensiones, una situación de vulnerabilidad e inseguridad económica que se ha agravado por el impacto de la pandemia por COVID-19 (17).

De igual importancia se menciona una nota técnica publicada por la Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe la cual declara que “La proporción de personas mayores sin ingreso laboral ni pensión aumentó de 31,9 por ciento en 2019 a 34,6 por ciento en 2020 y 34,5 por ciento en 2021. Esta brecha de cobertura es la más alta de toda la serie disponible desde el año 2012” (17).

En este contexto, a nivel regional se observa que un 46,8 por ciento de los mayores de 65 años recibe solamente pensión, un 5,1 por ciento recibe ingreso laboral y pensión, mientras que 13,6 por ciento reporta solo ingreso laboral. En total, solamente 51,9 por ciento reciben una pensión (17).

Por otro lado, en El Salvador, el libro fotoperiodístico “Descartados” de 2017, escrito por el profesor y periodista Marc Espín, señala que las personas mayores en las zonas rurales de El Salvador dependen principalmente de tres fuentes de ingreso: la familia, el trabajo y las pensiones. La familia, muchas veces enfrentando serias dificultades económicas, asume la mayor parte de la manutención. El trabajo en el campo, por su parte, es escaso, informal, inestable y mal remunerado, sin una edad definida para el retiro. En cuanto al sistema de pensiones, este cubre solo a una de cada cuatro personas mayores de 60 años, siendo la pensión contributiva mínima de USD 207. Aquellas personas que no cotizaron lo suficiente no reciben ninguna prestación, salvo que sean reconocidos como veteranos o lisiados de la guerra civil salvadoreña (1980-1992), o que hayan formado parte de los 31,000 adultos mayores en extrema pobreza que recibían USD 50 mensuales, representando apenas el 20 % de quienes necesitaban ayuda (5).

De acuerdo con el “Diagnóstico de la situación de las personas adultas mayores en El Salvador 2022”, el 26.2 % de los hogares se encuentran en condiciones de pobreza. En el área urbana, esta cifra alcanza el 24.8 %, con un 7 % en pobreza extrema. En las zonas rurales, la pobreza afecta al 28.5 % de los hogares, y el 11.1 % se encuentra en situación de pobreza extrema (13).

Actualmente, el sistema de pensiones (contributivo y no contributivo) cubre únicamente al 16.8 % de la población adulta mayor de 60 años. Como resultado, muchas personas adultas mayores se ven obligadas a continuar trabajando en el mercado informal, a pesar de enfrentar un mayor desgaste físico y mental (13).

En adición, el “Diagnóstico situacional de la vigencia de los derechos humanos de las personas adultas mayores en El Salvador” (2022) detalla que el 51 % de las personas adultas mayores se encuentran en el mercado informal, con una mayor participación de mujeres (57.8 % frente al 47 % de los hombres). Además, el 19.6 % de esta población trabaja como asalariado permanente (25.1 % del total de hombres y 10.1 % del total de mujeres). Por su parte, los adultos mayores inactivos laboralmente declararon que las principales razones para no buscar empleo son: i) el 37 % realiza trabajo doméstico y de cuidados; ii) el 34.9 % tiene una discapacidad que les impide trabajar; y iii) el 17.9 % no trabaja porque recibe una pensión (15).

En relación al sistema de pensiones, para agosto de 2021, las personas adultas mayores con pensión del Sistema Público de Pensiones (SPP) ascendían a 63,136, mientras que aquellas del Sistema de Ahorro de Pensiones (SAP) alcanzaban las 56,096 personas. Esto implica que solo el 12.8 % del total de adultos mayores accede a una pensión contributiva, y únicamente el 16.8 % recibe algún tipo de pensión, ya sea contributiva o no contributiva. En otras palabras, apenas uno de cada cinco adultos mayores tiene ingresos provenientes de una pensión (15).

La situación económica de los adultos mayores en el Distrito de Zaragoza evidencia importantes retos relacionados con la estabilidad financiera y la calidad de vida. La tasa de empleo en este grupo etario alcanza el 26.9%, lo que refleja que una proporción significativa de las personas mayores continúa trabajando, ya sea por necesidad económica o por la falta de acceso a pensiones

adecuadas. En muchos casos, estas actividades laborales están relacionadas con trabajos informales, lo que limita su acceso a beneficios sociales y los expone a condiciones laborales precarias. Por otra parte, el 10.5% de los adultos mayores recibe ingresos provenientes de remesas familiares, lo que subraya el papel fundamental del apoyo económico de familiares que residen en el extranjero para garantizar el sustento de este grupo poblacional. Sin embargo, la dependencia de estas remesas también expone a muchas familias a una vulnerabilidad económica considerable en caso de interrupciones en el envío de fondos (16).

De acuerdo con la información proporcionada por Jesús Beltrán, encargado de la gerencia de acción social (comunicación personal, 15 de noviembre 2024), la situación económica de la población estudiada presenta una distribución significativa. Un 60% de los individuos no se encuentran empleados. El 25% de la población depende de pensiones como su principal fuente de ingreso, mientras que un 15% no recibe ningún tipo de apoyo económico, algunos siguen haciendo pequeños trabajos que ayuden a llevar pan a su mesa. En cuanto a los trabajos que desempeñan los adultos mayores en la comunidad, se destacan actividades como la agricultura, la mecánica de obra, la carpintería y empleos diversos en distintas áreas.

En este contexto, según datos del programa HEARTS en las Américas en la Unidad de Salud Zaragoza el nivel económico de Zaragoza está catalogado en el Quintil IV (18).

Según el padre Nelson Vladimir Rosales, responsable de la parroquia Nuestra Señora del Pilar, la mayoría de los adultos mayores que asisten regularmente a las actividades pastorales enfrentan una situación económica limitada. Algunos dependen de pensiones mínimas o de la ayuda económica de sus familiares, mientras que otros realizan trabajos informales, como ventas ambulantes o labores domésticas, para cubrir sus necesidades básicas. Esta realidad refleja las condiciones de vulnerabilidad en las que vive este grupo, y resalta la importancia de generar intervenciones que consideren tanto sus necesidades económicas como su bienestar integral.

2.1.1.3. Situación educativa

En el portal de Infosalus, en el año 2020, se publicó información sobre un estudio liderado por investigadores del King's College London (Reino Unido), en colaboración con múltiples instituciones de 11 países europeos. Entre estas instituciones se incluyen la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), la Universidad Complutense de Madrid (UCM), el Parc Sanitari Sant Joan de Déu y el CIBER en sus áreas de Salud Mental (CIBERSAM) y Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). El estudio demostró que las personas mayores con un mayor nivel educativo y una renta más alta tienden a envejecer de manera más saludable (19).

La principal conclusión que se desprende de este estudio es que la educación ejerce un efecto protector sobre la salud en la vejez. Según los expertos, la educación no solo favorece el acceso a mayores fuentes de ingresos y prosperidad económica, sino que también proporciona recursos y fomenta la concienciación necesaria para atender las necesidades de salud de manera oportuna. Esto permite evitar un agravamiento de los problemas de salud que puedan surgir (19).

A nivel nacional, en un artículo publicado en el diario El Mundo titulado “El analfabetismo afecta más a los adultos mayores en El Salvador” en 2022, se señala que la tasa de analfabetismo a nivel nacional es del 10 %. Sin embargo, al analizar los datos según la zona geográfica, se observa que el 46.3 % de los adultos mayores de 60 años en áreas rurales no saben leer ni escribir, en contraste con el 20.5 % en zonas urbanas. En términos absolutos, del total de personas con analfabetismo, 435,336 corresponden a adultos mayores de 60 años (20).

En relación con la educación en adultos mayores, el libro Descartados de 2017 resalta que una de cada tres personas mayores de 60 años es analfabeta. Si bien en los últimos siete años la cantidad de salvadoreños que no saben leer ni escribir se ha reducido en un 7 %, la tasa de analfabetismo nacional del 10.14 % se duplica en las zonas rurales. Además, los esfuerzos gubernamentales por disminuir el analfabetismo entre la población adulta mayor no han sido efectivos. Según el análisis, al menos cuatro factores contribuyen a esta situación: una

inversión insuficiente, la escasa profesionalización de los alfabetizadores, la discontinuidad de los programas y la falta de un método de enseñanza adaptado a las necesidades específicas de los adultos mayores, como sus discapacidades, enfermedades, carencia de recursos e inconstancia (5).

Con respecto a Zaragoza, el nivel educativo de los adultos mayores en el Distrito de Zaragoza en el año 2012, según el estudio “La Población Adulto Mayor en El Salvador: indicadores socioeconómicos y demográficos a nivel municipal” de la fundación FUNDAUNGO, refleja profundas desigualdades. Con un promedio de años de escolaridad de apenas 2.8, se observan marcadas diferencias entre las áreas rurales, donde el promedio es de 1.9 años, y las urbanas, con 3.0 años. Además, los hombres presentan un nivel de escolaridad superior (3.5 años) en comparación con las mujeres (2.3 años), lo que evidencia brechas de género persistentes. Estas disparidades también son visibles en la tasa de analfabetismo, que afecta al 39.1% de los adultos mayores, alcanzando el 48.8% en zonas rurales y el 36.7% en áreas urbanas. Las mujeres son particularmente vulnerables, con un analfabetismo del 48.9%, frente al 26.5% registrado en los hombres (16).

De acuerdo con el padre quien es el encargado del Programa de Adulto Mayor en la parroquia Nuestra Señora del Pilar, la mayoría de las personas adultas mayores que participan en las actividades pastorales poseen un nivel educativo básico. Algunos lograron cursar hasta tercer o sexto grado, mientras que otros no tuvieron acceso a la educación formal. Esta limitación educativa influye en su capacidad para acceder y comprender información sobre salud, derechos o programas sociales, lo cual representa un desafío adicional en el abordaje de sus necesidades.

2.1.1.4. Situación de salud

A nivel global, las personas viven más tiempo que en el pasado. Actualmente, la mayoría de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Además, todos los países del mundo están experimentando un aumento tanto en la cantidad como en la proporción de personas mayores dentro de sus poblaciones (11).

Sin embargo, según la Organización de las Naciones Unidas, en 2021 la esperanza de vida en los países menos desarrollados era 7 años inferior a la media mundial. Esta disparidad se debe, en gran medida, a factores como los altos niveles de mortalidad infantil y materna, la violencia, los conflictos y el impacto de la epidemia del VIH (11).

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud indica que, a medida que aumenta la esperanza de vida, también crece el número de años vividos con mala salud. En el caso de los hombres, la esperanza de vida poco saludable se concentra, en la mayoría de los países, entre los 70 y 75 años. Para las mujeres, esta concentración ocurre entre los 77 y 82 años. Además, la relación de causalidad entre estas variables es más fuerte en los hombres, lo que se refleja en una menor dispersión de los datos en comparación con las mujeres (21).

De igual importancia como resultado de la transición epidemiológica, las enfermedades crónicas no transmisibles han reemplazado a las enfermedades transmisibles (condiciones transmisibles, maternas, perinatales) convirtiéndose en la principal causa de muerte (87.2%) de las personas mayores, independientemente del grupo etario, país, o sexo. Entre las primeras 25 causas de muerte en las personas mayores de ambos sexos, en 2019, en la región, se encontraban: la enfermedad isquémica del corazón (20.87%), accidente cerebro vascular (9.15%), enfermedad de Alzheimer y otras demencias (8.55%) (21).

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable y pidió a la OMS que se encargará de liderar su puesta en práctica. La Década del Envejecimiento Saludable de las Naciones Unidas es un proyecto de colaboración a escala mundial que pretende aunar los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, el mundo académico, los medios de comunicación y el sector privado para llevar a cabo una acción concertada, catalizadora y colaborativa a lo largo de 10 años orientada a promover vidas más largas y saludables (11).

En el contexto de El Salvador respecto a las condiciones de salud el libro Descartados 2017 menciona que la mayoría de los salvadoreños muere después de los 60 años por enfermedades cardiovasculares, neumonía, insuficiencia

renal y diabetes. La esperanza de vida es de 72.75 años, 77.44 las mujeres y 68.3 los hombres. La edad avanzada es la primera causa de discapacidad y es una etapa en la que se reduce drásticamente la calidad de vida por dolencias como la ceguera, la sordera, la artritis, el colon irritable, la hipertensión, la anemia y otras enfermedades infecciosas, parasitarias y alérgicas. Es habitual que las personas mayores más pobres no reciban diagnóstico ni tratamientos médicos. El acceso a la salud está condicionado por la lejanía de los centros de atención, la escasez de personal, las esperas excesivas, la atención deficiente y no especializada, la carencia de medicamentos y las dificultades para faltar al trabajo (5).

Según los datos proporcionados por la Dra. María Lorena Recinos, encargada del programa HEARTS en las Américas en la Unidad de Salud Zaragoza, la situación de salud de los adultos mayores en la comunidad muestra una prevalencia significativa de hipertensión arterial (HTA) esencial. Para el año 2024, hasta el mes de septiembre, se registraron 223 hombres y 751 mujeres diagnosticados con esta condición. Estos datos son parte de la información recopilada para la plataforma HEARTS en las Américas, un programa dirigido al manejo del riesgo cardiovascular, con énfasis en el control de la hipertensión arterial (22).

De acuerdo con los registros más recientes, se identificaron 721 hombres y 1,027 mujeres mayores de 60 años en la comunidad atendida por la Unidad de Salud de Zaragoza. Además, se ha estimado que la prevalencia de hipertensión en el adulto mayor en la población atendida en la Unidad de Salud de Zaragoza es del 33.6%, un valor obtenido a partir de los mejores estimados de prevalencia en la zona (22).

Según información proporcionada por el personal voluntario de salud vinculado a la parroquia, una parte significativa de los adultos mayores que asisten regularmente presenta enfermedades crónicas no transmisibles, siendo la hipertensión arterial la más común. También se han identificado casos de diabetes tipo 2, problemas osteoarticulares y deterioro visual. La mayoría no cuenta con un seguimiento médico constante y depende del sistema público de

salud, lo cual dificulta el control adecuado de sus condiciones y puede afectar su calidad de vida.

2.2 Hipertensión en adultos mayores: contexto y determinantes

2.2.1 Antecedentes y estrategias internacionales de intervención

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible que, con el paso de los años, ha mostrado una tendencia creciente, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Aunque a nivel global las cifras se han mantenido relativamente estables entre 1990 y 2019, el análisis por condiciones económicas revela una disminución en la prevalencia de HTA en países de altos ingresos y un incremento en las naciones con menores recursos (23).

Un estudio realizado por la red de médicos e investigadores del Imperial College de Londres, utilizando datos de más de 100 millones de personas entre 1990 y 2019, respalda esta afirmación. Según los hallazgos, países como Canadá, Perú y Suiza registraron en 2019 las prevalencias más bajas de hipertensión a nivel mundial, mientras que en República Dominicana, Jamaica y Paraguay se observaron tasas elevadas en mujeres, y en Hungría, Paraguay y Polonia en hombres (23).

Como parte de los esfuerzos de concienciación global, desde 2005 se conmemora cada 17 de mayo el Día Mundial de la Hipertensión Arterial. Esta fecha busca promover la prevención, el diagnóstico y el control de esta enfermedad, que provoca anualmente alrededor de 10,8 millones de muertes y fue responsable del 8 % al 10 % del total de años de vida ajustados por discapacidad en 2019 (24).

Históricamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado iniciativas significativas en torno al control de la HTA. En 1974, invitó a 14 países a participar en el "Programa para el Control Comunitario de la Hipertensión Arterial", con el objetivo de generar información sobre la prevalencia, el conocimiento que tenía la población sobre su presión arterial, las formas más efectivas de seguimiento y las posibilidades de reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas (25).

En 1997, este programa se fortaleció en Cuba con la participación activa de diversas áreas del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y de institutos nacionales. En ese mismo año, el II Taller Nacional sobre Hipertensión Arterial permitió actualizar conceptos clave e incorporar nuevas estrategias para la atención y control de la enfermedad (25).

En 2016, la OMS junto a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) lanzó la Iniciativa Global del Corazón, orientada a fortalecer los sistemas de salud en la prevención de enfermedades cardiovasculares (26). Como parte de esta estrategia, en 2022 El Salvador se incorporó oficialmente a la iniciativa HEARTS en las Américas, promovida por la OPS/OMS. Esta busca mejorar la atención de la hipertensión desde el primer nivel de atención, siendo ya 21 los países de la región que la han implementado en más de 1,000 centros de salud (27).

Según la Organización Panamericana de la Salud, la hipertensión es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, contribuyendo a 1.6 millones de muertes anuales en la región (28). En El Salvador, datos de la ONG Descartados evidencian que gran parte de las personas mayores de 60 años fallecen por enfermedades crónicas no transmisibles, destacándose las cardiovasculares. Esta etapa de la vida también se ve marcada por una alta carga de discapacidad asociada a afecciones como la hipertensión, además de la ceguera, la sordera, artritis, colon irritable, anemia y otras dolencias (5).

La OPS ha destacado que la hipertensión es prevenible y puede ser postergada mediante estrategias de salud pública que promuevan la reducción del consumo de sal, una dieta equilibrada con frutas y verduras, el ejercicio físico y el mantenimiento de un peso adecuado. De igual manera, impulsa políticas y proyectos que aborden los determinantes sociales de la salud con el fin de crear entornos que favorezcan estilos de vida saludables (28).

2.2.2. Factores sociales y determinantes demográficos de la hipertensión arterial

El estrato socioeconómico ha llegado a influir en gran medida en el desarrollo de hipertensión arterial en las personas de la tercera edad, algo que se demostró

en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Ecuador 2012, donde el nivel socioeconómico medio bajo y bajo son los que tienen el mayor grado de hipertensión, representado por el 10,3% (29).

Asimismo, dentro de un estudio realizado en Cuenca, Ecuador 2017 sobre el cumplimiento en el tratamiento nutricional en los pacientes del club de hipertensos del Cantón Paute, se demostró que la mayor parte de los participantes se identificaron dentro de estos estratos socioeconómicos medio bajo con un 51.3% y estrato socioeconómico bajo con un 29.9% (30).

Por otro lado, la buena relación con la familia es un aspecto fundamental, ya que representa el principal apoyo para sobrellevar enfermedades, especialmente en la etapa adulta mayor. Esto se evidenció en un estudio realizado en México en 2020, titulado Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial, el cual concluyó que a mayor funcionalidad familiar, mayor calidad de vida en los ámbitos global, psicológico, social y ambiental. Asimismo, se observó que la calidad de vida variaba según el género, nivel educativo, estado civil, pertenencia a un club social y práctica de alguna religión (31).

2.2.3. Estilo de vida, actitudes y prácticas relacionadas con la hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad tratable y controlable mediante el uso de medicamentos y la adopción de un estilo de vida saludable. Por ello, se hace énfasis en los cambios en el estilo de vida que deben adoptar los pacientes para lograr un adecuado control de la enfermedad y reducir el riesgo de complicaciones asociadas (28).

Es bien sabido que las creencias personales influyen en el cuidado de la salud y en los estilos de vida de los pacientes, lo cual puede favorecer o dificultar el control adecuado de las enfermedades. En un estudio realizado en Medellín, Colombia, en 2003, cuyo objetivo fue comprender la búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial, se evidenció que el tratamiento farmacológico no siempre es comprendido por los pacientes. Aunque los medicamentos permiten mantenerse sin síntomas por largos períodos, muchos solo los consumen cuando experimentan molestias. Además, continúan

recurriendo al uso de plantas que ayudan a mejorar la salud cardiovascular. Así, para mantenerse saludables, los pacientes emplean diversas alternativas que están fuertemente ligadas a creencias y saberes tradicionalmente transmitidos (32).

Las actitudes hacia la alimentación reflejan una disposición favorable a adoptar prácticas más saludables orientadas a reducir el consumo de sodio, lo cual es un componente clave en la prevención y el control de la hipertensión arterial. Sin embargo, este cambio de actitud no siempre se traduce en una modificación real del comportamiento, ya que persisten actitudes complacientes frente a los hábitos actuales. Esto pone de manifiesto la necesidad de diseñar e implementar estrategias que no solo informen, sino que también motiven y faciliten la adopción sostenida de conductas saludables (33).

Además, el estudio: Exploración del conocimiento, las actitudes y las prácticas hacia los adultos mayores con hipertensión en atención primaria (34) aporta una dimensión importante al análisis al evidenciar cómo las creencias personales de los pacientes, incluyendo la preferencia por tratamientos alternativos y el uso de suplementos herbales, así como la influencia de los medios de comunicación, pueden reforzar la percepción de que la hipertensión es una condición fuera de su control. Este tipo de percepciones socava la efectividad de las intervenciones clínicas y educativas, al disminuir la adherencia a los tratamientos médicos y desalentar cambios positivos en el estilo de vida. En conjunto, estos hallazgos subrayan que, para lograr un manejo efectivo de la hipertensión arterial, es necesario abordar tanto los factores cognitivos como los socioculturales que moldean las actitudes y prácticas de los pacientes.

En una investigación sobre hábitos alimentarios en personas adultas mayores con hipertensión arterial, se concluyó que los pacientes mantienen prácticas alimentarias inadecuadas, caracterizadas por un alto consumo de sodio, lo cual resulta perjudicial para su salud. El estudio señala que, por lo general, los pacientes hipertensos consideran que la enfermedad está controlada al estar medicados, por lo que restan importancia a la adopción de buenos hábitos alimenticios. Además, desconocen los beneficios de una alimentación reducida en sal, condimentos y grasas en el manejo de su patología (35).

2.2.4. Impacto del estrés y factores psicológicos

Existe una relación entre el estrés y la hipertensión arterial, ya que un manejo inadecuado del estrés en las situaciones cotidianas puede agravar esta enfermedad. Por ejemplo, algunas personas recurren al consumo de alcohol, tabaco, alimentos poco saludables o adoptan un estilo de vida sedentario como mecanismos para enfrentar el estrés, lo cual resulta perjudicial para quienes padecen hipertensión (36).

En un artículo publicado en la revista de Ciencias de la Salud MasVita, que aborda la importancia de los estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial, realizado en el Centro del Adulto Mayor Renta Luque en 2019, se señala que el 19% y el 18% de los sujetos estudiados presentan niveles elevados de conductas no saludables en cuanto a nutrición y manejo del estrés, respectivamente. En contraste, el 85% mantiene una rutina de actividad física saludable, lo cual podría atribuirse a su participación en el programa para adultos mayores y a la realización de ejercicios diarios. Se identificaron tres prácticas especialmente preocupantes por su impacto negativo en la salud: la baja responsabilidad en el autocuidado (67%), el deficiente manejo del estrés (75%) y el consumo de alcohol y tabaco (83%), siendo esta última la de mayor prevalencia dentro del grupo etario evaluado (36).

El estudio también destaca la importancia de contar con un acompañamiento psicológico permanente, así como con un seguimiento nutricional adecuado por parte del programa que atiende a estos adultos mayores. Se recomienda la implementación de talleres prácticos sobre preparación de alimentos saludables, así como actividades como yoga o ejercicios de relajación, que contribuyan a reducir los niveles de estrés, especialmente en aquellos pacientes que presentan comorbilidades como la hipertensión arterial (37).

2.2.5. Educación para la salud y conocimientos del paciente

En los pacientes con hipertensión arterial, los conocimientos que poseen sobre su enfermedad, incluyendo las causas, consecuencias, formas de tratamiento y prevención de riesgos mayores, son fundamentales para un adecuado seguimiento del tratamiento, tanto farmacológico como nutricional. Este

conocimiento también influye directamente en la adopción de cambios positivos en su estilo de vida, lo cual contribuye a una mejor calidad de vida (33).

En un estudio realizado en Cuba en 2011 sobre estrategias educativas para adultos mayores con hipertensión arterial en un consultorio del Policlínico Previsora, se destaca la novedad científica de la investigación relacionada con la fundamentación teórica empleada para educar a este grupo de pacientes hipertensos. Esta metodología proporciona un sistema de conocimientos que promovió el desarrollo de hábitos saludables y habilidades, lo que a su vez facilitó la toma de decisiones adecuadas frente a la hipertensión arterial y mejoró la calidad de vida de los pacientes. Además, al finalizar el estudio, se observó que el nivel de información sobre la hipertensión arterial antes de la intervención educativa era regular, mientras que después de esta, mejoró significativamente. En resumen, la intervención educativa demostró ser eficaz en el aumento del nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en adultos mayores (37).

Conocimientos más específicos respecto a la alimentación son los que se lograron identificar en una investigación realizada en San Salvador 2019 sobre conocimientos actitudes y prácticas sobre hipertensión arterial en usuarios que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Milagro de La Paz, San Miguel, según los resultados de la investigación gran parte de la población considera que los factores tales como el seguimiento adecuado del tratamiento, bajar de peso y dieta baja en grasa y sal aportan beneficios y ayudan tanto en la prevención de la enfermedad, así como las medidas terapéuticas. La mayoría parece estar de acuerdo o muy de acuerdo en que los factores antes citados aportan beneficios para las personas que padecen de hipertensión arterial, así como también para los que no la padecen, ya que un 50% consideró que bajar de peso es beneficioso y solo un 11% no lo considera así. Esto genera un factor protector para los usuarios que ven estas habilidades como una defensa ante la enfermedad de riesgo de nivel alto para la aparición de complicaciones relacionadas con la hipertensión (38).

El conocimiento por parte de los pacientes, sus familias y la comunidad permite desarrollar actividades preventivas y de promoción de la salud, lo que contribuye a disminuir la incidencia de la enfermedad y sus complicaciones. Por otro lado,

también existen saberes tradicionales que los pacientes suelen emplear para el manejo de la hipertensión arterial. Así lo señala un estudio realizado en Medellín, Colombia (2003), cuyo objetivo fue comprender la búsqueda del bienestar en pacientes atendidos en un programa de hipertensión arterial. Dicho estudio destaca que, en relación con los conocimientos tradicionales, la familia desempeña un papel fundamental en su transmisión y práctica, siendo generalmente la mujer quien, debido a su rol cultural, busca, utiliza y difunde estos saberes (33).

2.2.6. Apoyo comunitario y factores del entorno

El control adecuado de la hipertensión arterial puede verse limitado por múltiples factores tanto del ámbito clínico como del entorno del paciente. Entre estos se incluyen: falta de diagnóstico oportuno, retrasos en el ajuste del tratamiento, conformidad médica ante reducciones moderadas de la presión arterial sin alcanzar valores óptimos, así como una escasa implicación del paciente. A ello se suman dificultades de adherencia al tratamiento relacionadas con aspectos educativos, condiciones socioeconómicas, número de medicamentos indicados, frecuencia de las tomas diarias, edad avanzada, deterioro cognitivo y el carácter silente de la enfermedad, lo cual puede llevar a la suspensión del tratamiento farmacológico (39).

En una investigación realizada en Pinar, Cuba 2017 sobre caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores se plasmó que, la dificultad para lograr un buen control se debe a motivos diversos, atribuibles al médico o al paciente: falta de diagnóstico, retraso en el aumento o cambio de la medicación, satisfacción con moderadas reducciones de presión arterial ligada a la falta de compromiso con el paciente, falta de adherencia al tratamiento por factores educativos, socioeconómicos, cantidad de drogas, cantidad de tomas diarias, edad del paciente, deterioro cognitivo y evolución silente de la enfermedad, que conlleva a la suspensión de la medicación (40).

Cabe señalar que entre las características clínico-epidemiológicas más relevantes de la hipertensión arterial destaca su mayor prevalencia en edades avanzadas y su asociación con múltiples factores de riesgo. Algunos estudios

también han evidenciado que un apoyo social insuficiente se relaciona con incrementos en los niveles de presión arterial. Sin embargo, son escasos los estudios que analicen a profundidad el papel del apoyo comunitario en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial (41).

2.2.7. Iniciativas educativas para el control de la hipertensión

En todo el mundo, se han implementado diversos programas, proyectos y materiales educativos dirigidos a adultos mayores que padecen hipertensión con el objetivo de mejorar su calidad de vida y reducir el impacto de esta condición en su salud. Estas iniciativas suelen centrarse en proporcionar información relevante sobre la hipertensión arterial, promover hábitos de vida saludables y fomentar el autocuidado. Por ejemplo, en países como Cuba, Perú, España y muchos otros, se han llevado a cabo programas educativos que incluyen estrategias como charlas informativas, talleres de autocuidado, sesiones de ejercicios físicos adaptados y materiales educativos impresos o digitales (42).

Estos programas buscan ayudar a los adultos mayores que padecen hipertensión para que puedan comprender mejor su condición, tomar decisiones informadas sobre su salud y adoptar medidas preventivas para controlar la hipertensión y reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares. La diversidad de enfoques y la colaboración entre profesionales de la salud, organizaciones comunitarias y gobiernos locales demuestran el compromiso global en mejorar la atención y el bienestar de esta importante población. En El Salvador, también se han implementado iniciativas dirigidas a adultos mayores que padecen hipertensión para abordar esta preocupante situación de salud pública. Se han desarrollado programas de educación y concientización sobre la hipertensión arterial, tanto a nivel comunitario como en establecimientos de salud, con el fin de promover la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo adecuado de esta enfermedad (43). Además, se han establecido políticas de salud que priorizan la atención integral de los adultos mayores, incluyendo servicios de atención primaria y acceso a medicamentos esenciales para el tratamiento de la hipertensión (44).

Un estudio realizado en Lima, Perú (2021) resaltó la efectividad de un programa educativo, este incrementó el nivel de prácticas de autocuidado en adultos mayores hipertensos (45). La relevancia de abordar adecuadamente este tema radica en el potencial impacto positivo que puede tener en la calidad de vida de los adultos mayores que padecen hipertensión. Al fomentar prácticas de autocuidado adecuadas a través de programas educativos, se puede contribuir significativamente a la prevención de complicaciones asociadas con la hipertensión, así como a la mejora general de la salud y el bienestar de esta población vulnerable. Así como lo menciona el estudio “Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada” realizado en Barcelona, España (46), el cual en la finalización de la investigación concluyó que la aplicación de una intervención educativa sobre hipertensión arterial y riesgo cardiovascular asociado a la misma actividad asistencial fue capaz de elevar el nivel de conocimientos de los pacientes que padecen hipertensión en los adultos mayores ingresados. Esta iniciativa demostró ser efectiva al proporcionar información crucial sobre la condición de salud, al tiempo que empoderó a los pacientes al brindarles herramientas para gestionar mejor su enfermedad y reducir los riesgos asociados.

En El Salvador, la hipertensión arterial representa un problema de salud pública en aumento. En el departamento de La Libertad se reportó una prevalencia del 21.5%, y entre 2009 y 2011 se documentó un 20.9% en comunidades agrícolas. A nivel nacional, la Encuesta de Enfermedades Crónicas de 2015 reveló una prevalencia del 37.0%, equivalente a más de 1.4 millones de adultos. El riesgo aumenta con la edad, alcanzando el 66.0% en mayores de 60 años, y afecta más a mujeres (38.0%) que a hombres (35.8%). Estas cifras evidencian la necesidad de intervenciones educativas y estrategias de prevención eficaces (47).

Frente a esta situación epidemiológica, distintas instituciones del país han desarrollado intervenciones educativas orientadas a mejorar la prevención, el diagnóstico y el control de la hipertensión arterial. En el año 2015, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social elaboró una “Guía de Manejo Clínico de la Hipertensión Arterial del ISSS” (48). Este es un documento normativo que tuvo el propósito principal de orientar a los profesionales de la salud en el proceso de

toma de decisiones para enfrentar y manejar la hipertensión arterial. En el mismo año, se elaboró dentro del Ministerio de Salud un documento correspondiente a las “Guías de buenas prácticas clínicas para la atención de pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica” (49), el cual contiene recomendaciones de buenas prácticas clínicas basadas en la mejor evidencia disponible, las cuales debían ser seguidas en la atención de pacientes con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Enfermedad Renal Crónica. Dirigido a los Médicos del Primer Nivel de atención con el propósito esencial de proporcionar un marco de referencia en la toma de decisiones y favorecer la calidad de los controles realizados a estos pacientes, con el fin de reducir las complicaciones y la mortalidad asociada a estas condiciones. El 24 de febrero del año 2022, El Salvador se sumó a la iniciativa HEARTS, dirigida hacia la prevención y el control de la hipertensión, el país fue incluido oficialmente a la iniciativa HEARTS en las Américas, liderada por la OPS/OMS (27).

La iniciativa HEARTS, va dirigida a mejorar la prevención y el control de la hipertensión arterial y la diabetes, se estructura en seis pilares fundamentales que abordan diversos aspectos para optimizar la atención de estas enfermedades en el primer nivel de atención. En primer lugar, promueve la adopción de cambios en los hábitos modificables, como la alimentación saludable y la actividad física, mientras se reduce el consumo de alcohol y tabaco. Seguidamente, se utiliza la evidencia científica disponible para desarrollar protocolos de atención que estandarice el manejo clínico de estas enfermedades, garantizando así una atención basada en las mejores prácticas. Además, se prioriza el acceso a medicamentos y tecnología necesarios para el tratamiento mediante una gestión eficiente de suministros en los establecimientos de salud. Paralelamente, se propone evaluar el riesgo cardiovascular de los pacientes para una intervención más precisa. La formación de equipos multidisciplinarios se destaca como otro pilar crucial, permitiendo una atención integral que considere todos los aspectos de la salud del paciente. Finalmente, se implementa un sistema de monitoreo con indicadores estandarizados para evaluar continuamente la efectividad de las acciones implementadas en la prevención y el manejo de estas enfermedades cardiovasculares (22).

2.3 Recomendaciones para el estilo de vida de los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial

Diversos estudios han evidenciado que los estilos de vida influyen directamente en la salud cardiovascular, especialmente en personas adultas mayores con diagnóstico de hipertensión arterial. Factores como la nutrición, la actividad física, el manejo del estrés y el consumo de sustancias nocivas (como alcohol y tabaco) son determinantes en la evolución de esta condición. Según Pender, el estilo de vida se relaciona con las decisiones y hábitos que las personas adoptan cotidianamente, los cuales pueden mejorar o deteriorar su salud (50).

En un estudio realizado en Ecuador en 2021, se identificó que el 87% de los adultos mayores con hipertensión mantenía un estilo de vida poco saludable, solo un 8% presentaba un estilo saludable y un 5% llevaba un estilo no saludable. Además, en dimensiones específicas, se encontraron niveles preocupantes de conductas poco saludables: 67% en responsabilidad en salud, 75% en manejo del estrés y 83% en consumo de alcohol y tabaco. Estos resultados evidencian la necesidad urgente de implementar estrategias educativas enfocadas en la adopción de hábitos protectores que favorezcan el control de la hipertensión en este grupo etario (51).

La calidad de vida es un concepto de creciente relevancia en la actualidad, abordado desde múltiples enfoques y modelos teóricos a nivel mundial. En el caso de los adultos mayores, la calidad de vida adquiere una significación especial debido a la pérdida de ciertas capacidades físicas y la importancia de aspectos psicológicos como la autoestima y la aceptación de los cambios asociados al envejecimiento. La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en este grupo etario, reconocida tanto como enfermedad como factor de riesgo para otras afecciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. La prevención, el control y la educación sobre los factores de riesgo de la HTA son medidas sanitarias esenciales y de bajo costo, con un impacto significativo en la calidad de vida del adulto mayor. Factores como dietas altas en sal y grasas, bajo consumo de frutas y vegetales, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol y tabaquismo han sido identificados como riesgos para el desarrollo y agravamiento de la HTA. Las

intervenciones enfocadas en la modificación de estilos de vida son fundamentales en la prevención y tratamiento integral de la HTA, aunque su efectividad a largo plazo depende de la adherencia del paciente. Además, el trabajo interdisciplinario de los profesionales de la salud y el apoyo familiar son cruciales para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos (52).

Un estudio realizado en México en 2019 destaca que el incremento de las cifras de tensión arterial a lo largo de la vida está directamente asociado con el envejecimiento, siendo su causa compleja y multifactorial. Factores como el entorno social y ambiental influyen considerablemente en este fenómeno. Sin embargo, el estudio también revela que una gran parte de los pacientes en especial los adultos mayores no reciben suficiente orientación sobre modificaciones al estilo de vida, representando una oportunidad clave para mejorar el tratamiento de la hipertensión arterial en este grupo poblacional (53).

El consumo excesivo de sodio desempeña un papel clave en la fisiopatología de la hipertensión arterial, sobre todo en adultos mayores. Una dieta alta en sal contribuye a la rigidez arterial por acumulación de colágeno en las paredes vasculares y, al combinarse con una disminución de la función renal propia del envejecimiento, provoca retención de sodio y aumento del volumen sanguíneo. El estudio TONE demostró que reducir la ingesta de sodio en adultos mayores disminuye en un 30% la necesidad de medicación antihipertensiva. Esto representa una ventaja significativa, ya que reduce el riesgo de efectos adversos por polifarmacia. Es fundamental que los profesionales de salud informen sobre los beneficios de disminuir el consumo de sal y deriven a los pacientes con personal capacitado en nutrición (53).

La dieta DASH, rica en frutas, verduras y baja en grasas saturadas, ha demostrado beneficios en el control de la presión arterial. En personas hipertensas, puede reducir hasta 10 mmHg la presión en tan solo ocho semanas. No obstante, en adultos mayores frágiles se deben tener precauciones especiales, ya que limitar el consumo de ciertos alimentos sin una supervisión nutricional puede incrementar el riesgo de desnutrición. Además, muchos adultos mayores enfrentan barreras económicas y físicas para acceder a una dieta saludable. Por ello, es crucial que un profesional en nutrición supervise

cualquier cambio alimentario para garantizar un estado nutricional adecuado (53).

La obesidad está directamente asociada con el aumento de la presión arterial y del riesgo cardiovascular. Se estima que, por cada 10 kg de peso extra, la presión puede aumentar en 3 mmHg. A su vez, la pérdida de peso y el ejercicio físico contribuyen a disminuir la necesidad de fármacos antihipertensivos, como se evidenció también en el estudio TONE. Sin embargo, la práctica de actividad física en adultos mayores presenta desafíos particulares como limitaciones físicas, problemas de movilidad, y falta de espacios seguros. Por ello, la intervención de un equipo multidisciplinario es esencial para prescribir y acompañar un plan de actividad física adaptado (53).

El estrés, la ansiedad y la depresión tienen una estrecha relación con la hipertensión arterial, dificultando el control de la presión incluso en pacientes bajo tratamiento. En adultos mayores, estas condiciones son frecuentes y se agravan por factores como la soledad, dificultades económicas, dependencia y maltrato. Aunque no siempre son modificables a corto plazo, reconocer su impacto es esencial para abordar integralmente la hipertensión. El apoyo emocional, la atención psicológica y el acompañamiento social deben formar parte de las estrategias no farmacológicas para mejorar el bienestar y la calidad de vida del adulto mayor (53).

2.4 Conceptos

Educación Alimentaria y Nutricional

Se define como la combinación de distintas estrategias educativas que junto con el apoyo del ambiente ayudan a adoptar ciertas elecciones y conductas tanto nutricionales como alimentarias que conducen a mejorar el estado de la salud. Es un proceso continuo que tiene como objetivo proporcionar a las personas los conocimientos, habilidades y actitudes en relación con la alimentación y nutrición. Es llevada a cabo en diversos entornos con la finalidad de promover la salud y el bienestar a lo largo de la vida (54).

Adulto Mayor

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años (55).

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial, definida como presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg o presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg, es uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad renal crónica (56).

Propuesta educativa

Una propuesta educativa es un documento que define los objetivos, estrategias y actividades de un proyecto educativo, ya sea en una institución educativa o un programa específico, buscando mejorar la calidad y eficiencia de la educación (57).

Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias

Se refieren a tres dimensiones clave que permiten comprender el comportamiento nutricional de una persona o grupo: los conocimientos información que poseen sobre nutrición, alimentos y sus efectos en la salud, las actitudes a las creencias, percepciones y predisposiciones hacia ciertos hábitos y las prácticas son conductas alimentarias reales y hábitos que adoptan en su vida diaria. Permite identificar barreras y facilitadores del comportamiento alimentario y es ampliamente utilizado para diseñar intervenciones de educación nutricional efectivas (58).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, con un diseño de investigación–acción participativa. Este tipo de investigación se caracteriza por su naturaleza colaborativa y transformadora, ya que no solo busca comprender una realidad específica, sino también intervenir en ella junto con los actores involucrados para mejorarla.

En este caso, se pretendía contribuir al fortalecimiento de los estilos de vida saludables en adultos mayores con hipertensión arterial, a través de un proceso que incluyó un diagnóstico participativo, el diseño de una propuesta educativa, su socialización y la valoración colectiva de los posibles cambios generados. Esta metodología permitió integrar el conocimiento científico con los saberes y experiencias de los participantes, promoviendo una transformación contextualizada y sostenible.

El enfoque cualitativo se seleccionó debido a que el interés principal del estudio fue comprender las percepciones, experiencias y valoraciones de los adultos mayores respecto a la propuesta educativa implementada, explorando cómo vivieron los cambios en sus estilos de vida y cómo interpretaron el material educativo desde sus propias palabras.

Aunque se incorporó un instrumento cuantitativo en la fase diagnóstica, su función fue principalmente descriptiva y de apoyo para caracterizar las condiciones iniciales de la población, sin constituir el eje central del análisis. De acuerdo con Roberto Hernández Sampieri, el enfoque cualitativo se utiliza cuando se busca comprender significados, experiencias y percepciones desde la perspectiva de los participantes, aspectos que no pueden obtenerse únicamente mediante datos numéricos.

3.2 Grupo poblacional

La población de estudio estuvo conformada por 15 adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten a la Parroquia Nuestra Señora del Pilar en el distrito de Zaragoza del municipio de la Libertad Este, departamento de La Libertad (ver anexo 2).

3.3 Lugar de estudio

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar contiguo a Unidad de Salud de Zaragoza, departamento de La Libertad, ubicada en Avenida Monseñor Romero Calle 15 de septiembre. Este lugar fue seleccionado debido a que en dicha parroquia se desarrollan actividades regulares con adultos mayores de la comunidad, entre quienes se identificó un número significativo de personas con diagnóstico de hipertensión arterial. La ubicación facilitó el acceso y seguimientos de los participantes, lo cual favoreció la implementación de la propuesta educativa y la comprensión contextualizada de los estilos de vida de esta población.

3.4 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por adultos mayores de 60 años, tanto mujeres como hombres, con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten a la Parroquia Nuestra Señora del Pilar. Las características de interés incluyeron su edad, la enfermedad crónica que padecen y su pertenencia al grupo seleccionado para la socialización de la propuesta educativa.

3.5 Grupo seleccionado

El grupo de estudio se seleccionó por conveniencia, considerando que todos los participantes debían ser adultos mayores de 60 años con diagnóstico de hipertensión arterial. El grupo estuvo conformado por quince adultos mayores que cumplieran con los criterios de inclusión.

3.6 Criterios de Inclusión y de Exclusión

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ser hombre o mujer mayor de 60 años. • Contar con diagnóstico médico de hipertensión arterial. • Participar en actividades de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar. • Comprometerse a asistir a la reunión programada en la fecha y hora establecidas para la socialización del material educativo. • Aceptar participar voluntariamente y firmar el consentimiento informado al inicio de la recolección de información. | <ul style="list-style-type: none"> • Presentar una discapacidad cognitiva, sensorial o de comunicación que limite significativamente la participación activa en el proceso de socialización y en la descripción de su percepción sobre el material educativo. |

3.7 Conformación de Grupos

Según los objetivos de la investigación se formó un solo grupo de 15 adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, que tenían la voluntad y disponibilidad de tiempo para participar, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.8 Descriptores

| Descriptor | Subdescriptores | Fuente de información | Técnica e instrumento | Instrumento |
|---|------------------------------|---|--|--|
| Percepción de la utilidad y comprensión del material educativo. | 1. Utilidad percibida | Primaria, adultos mayores con hipertensión arterial | Grupo focal / Guía de discusión estructurada | Guía de discusión (ver apéndice 3), diseñada para explorar las percepciones, valoraciones y experiencias de los participantes en torno a la propuesta educativa. |
| | 2. Comprensión del contenido | | | |
| 3. Diseño del material educativo | | | | |
| 4. Factores que influyen en la puesta en práctica. | | | | |
| 5. Recepción en el entorno familiar | | | | |
| Valoraciones sobre el material educativo. | | | | |

3.9 Operacionalización de variables

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Indicadores | Escala | Valor | Ítems del instrumento |
|---------------------------------|--|--|---|--------------|---|----------------------------|
| Estado nutricional (IMC) | Relación entre peso y talla que permite clasificar el estado nutricional en adultos mayores según criterios OMS. | Se calcula dividiendo el peso (kg) entre la talla al cuadrado (m ²). Clasificación para adultos mayores según OMS. | <ul style="list-style-type: none"> - Peso - Talla - Cálculo de IMC | Bajo peso | (<23) | 1-4 |
| | | | | Normal | (23–28) | |
| | | | | Sobrepeso | (28–32) | |
| | | | | Obesidad | (≥32) | |
| Conocimientos sobre HTA | Nivel de comprensión sobre la hipertensión arterial, valores normales y medidas de control. | Se consideran respuestas correctas a ≥60% de los ítems definidos como indicadores de conocimiento. | <ul style="list-style-type: none"> - Sabe qué es HTA - Conoce valores normales - Medidas de control | Conoce | ≥60% de los indicadores | 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 |
| | | | | No conoce | ≤59% de los indicadores | |
| Actitudes frente a HTA | Disposición personal hacia los cambios en estilo de vida y tratamiento de la HTA. | Valoración positiva o negativa según respuestas que indiquen intención o motivación de cambio. | <ul style="list-style-type: none"> - Deseo de mejorar - Valoración del tratamiento - Apertura al cambio | Favorable | ≥60% del puntaje total posible | 14-17 20, 25, 26 |
| | | | | Neutral | 40–59% del puntaje total posible | |
| | | | | Desfavorable | ≤39% del puntaje total posible | |
| Prácticas alimentarias | Comportamientos habituales relacionados con alimentación, actividad física y tratamiento. | Se explorará mediante preguntas sobre hábitos de cocción, uso de sal y frecuencia de consumo de determinados alimentos. | <ul style="list-style-type: none"> - Medicación regular - Tipo de cocción - Ejercicio - Consumo de sal, agua y alimentos - Frecuencia de consumo | Adecuadas | ≥60% de los indicadores | 12-14, 18-24, 27-30, 31-39 |
| | | | | Inadecuadas: | ≤59% de los indicadores | |
| | | | | Favorable | ≥ 60% de los alimentos con frecuencia adecuada. | 23 |
| | | | | Desfavorable | ≤ 59% de los alimentos con frecuencia adecuada. | |

3.10 Fuentes de obtención de información

Se hizo uso de fuentes de información primarias ya que contenían información original basada en testimonios directos, respetando los datos proporcionados por los participantes.

3.11 Técnicas de producción de datos

La producción de datos se realizó mediante una metodología mixta que integró técnicas cualitativas y cuantitativas complementarias, permitiendo una comprensión integral del fenómeno estudiado.

En una primera fase, se aplicó una encuesta utilizando un cuestionario estructurado diseñado para recopilar datos cuantitativos sobre el estado nutricional, hábitos alimentarios, conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación. Este instrumento facilitó la obtención de información sistemática y estandarizada, fundamental para la elaboración del diagnóstico nutricional de la población en estudio.

En una segunda fase, se llevó a cabo un grupo focal, empleando como instrumento una guía de discusión estructurada. Esta técnica permitió profundizar en las valoraciones, experiencias y posibles cambios en estilos de vida percibidos por los participantes tras la socialización de la propuesta educativa. Se exploraron aspectos relacionados con la comprensión, utilidad, aceptación y factores que influyeron en la aplicación práctica del material educativo, enriqueciendo el análisis con perspectivas subjetivas y contextuales.

3.12 Consideraciones éticas

Los criterios éticos considerados en la presente investigación se basaron en tres principios básicos, el respeto a las personas, la búsqueda del bien y la justicia. Los participantes debían estar de acuerdo para dicha participación, así como también conocer sus derechos y responsabilidades a través del consentimiento informado firmado, el cual se les entregó previo a la recolección de información.

Se aseguró la protección de la identidad de las personas que participaron para dicha investigación a través de la confidencialidad de los datos. Los datos recolectados fueron resguardados para fines académicos (ver apéndice 1).

3.13 Instrumentos

Para iniciar el proceso de recolección de datos, se aplicó un cuestionario que constó de 38 preguntas abiertas y cerradas, además de dos tablas de frecuencia de consumo (ver apéndice 2). Este instrumento permitió recopilar información precisa y organizada sobre aspectos clave, como los hábitos alimentarios, el estado nutricional y otros factores determinantes de la nutrición en la población evaluada, con el objetivo de respaldar la elaboración del diagnóstico nutricional en adultos mayores con hipertensión arterial.

Posterior a la socialización de la propuesta educativa, se realizó la sesión de grupo focal, cuya recolección de datos se llevó a cabo mediante una guía de discusión de grupo focal conformada por 12 preguntas, diseñada para capturar y explorar en profundidad las opiniones espontáneas de los participantes. Esta herramienta enriqueció el análisis y ofreció una visión completa sobre la percepción de los adultos mayores respecto a la propuesta educativa (ver apéndice 3).

3.14 Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información recopilada durante el diagnóstico nutricional, se construyó una base de datos en el programa Microsoft Excel (versión 2016), donde se sistematizaron las respuestas obtenidas a través del cuestionario estructurado. Esta información fue organizada y analizada mediante estadísticas descriptivas básicas, y los resultados se presentaron en tablas y gráficos que facilitaban su interpretación, identificando patrones en los hábitos alimentarios, el estado nutricional y otros factores relacionados.

En cuanto a la información cualitativa generada a partir de la sesión de grupo focal, se llevó a cabo un análisis temático. Este consistió en la transcripción textual de la discusión grabada, seguida de una codificación que permitió identificar categorías emergentes y patrones recurrentes en las percepciones de los adultos mayores sobre

la propuesta educativa. Se priorizó una presentación narrativa que resumió los temas clave, ilustrados con citas textuales representativas que dieron voz a los participantes y enriquecieron la interpretación de los hallazgos.

Todos los hallazgos fueron interpretados en función de los objetivos específicos del estudio, lo cual permitió comprender tanto las condiciones iniciales de la población evaluada como su experiencia frente a la propuesta educativa.

3.15 Análisis de la información

Para el desarrollo del diagnóstico nutricional, se realizó un análisis con enfoque descriptivo, cuyo propósito fue detallar las características de los datos recopilados. Esto permitió obtener una visión general del estado nutricional, los hábitos alimentarios, así como los conocimientos y actitudes relacionados con la alimentación en adultos mayores con hipertensión arterial. Esta caracterización sirvió como base para la elaboración y contextualización de la propuesta educativa.

En una segunda fase, se aplicó un análisis cualitativo mediante el método de análisis temático de los datos obtenidos en el grupo focal. Este proceso incluyó la lectura exhaustiva de las transcripciones, la codificación inicial y la agrupación de las ideas emergentes en categorías temáticas, lo que permitió identificar patrones significativos en las percepciones de los participantes sobre la propuesta educativa. Los hallazgos fueron presentados mediante descripciones narrativas acompañadas de citas textuales representativas, considerando siempre el contexto cultural y social de la población.

Asimismo, se realizó una triangulación de datos, integrando la información proveniente de los instrumentos cuantitativos y cualitativos, así como la revisión de literatura relevante. Esta estrategia fortaleció la validez del estudio al permitir contrastar y complementar diferentes perspectivas sobre el fenómeno investigado.

Finalmente, se llevó a cabo una discusión crítica de los hallazgos a la luz de los objetivos del estudio, considerando las posibles implicaciones para la promoción de prácticas alimentarias saludables en personas adultas mayores con hipertensión arterial.

3.16 Categorías de análisis

| Categoría de análisis | Descripción |
|--|--|
| 1. Opiniones y actitudes hacia la propuesta educativa | Valoración general sobre el contenido, presentación y utilidad del material educativo. |
| 2. Comprensión del contenido relacionado con hipertensión | Nivel de comprensión sobre los temas abordados en la propuesta educativa. |
| 3. Relevancia de la propuesta para el manejo de la hipertensión | Utilidad percibida para su situación personal y control de la hipertensión. |
| 4. Facilitadores y barreras para la adopción de recomendaciones | Factores que favorecen o dificultan la implementación de lo aprendido. |
| 5. Rol del entorno familiar y social en la adherencia | Influencia del entorno cercano en la aplicación de las recomendaciones. |

3.17 Trabajo de terreno

Antes de iniciar el trabajo de campo, se realizó una prueba piloto del cuestionario para identificar dificultades en la redacción, evaluar la claridad del contenido y verificar que las categorías de análisis fueran adecuadas. Los ajustes realizados fortalecieron la validez del instrumento.

Se gestionó la autorización con el encargado de la parroquia Nuestra Señora del Pilar, y el trabajo de campo se desarrolló en tres etapas:

1. Primera etapa: se aplicó la encuesta a 15 adultos mayores con hipertensión arterial, recopilando información sobre indicadores antropométricos, hábitos alimentarios y conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación y el autocuidado. Estos datos sirvieron de base para elaborar participativamente la propuesta educativa.
2. Segunda etapa: se presentó el material educativo a los participantes (ver apéndice 4), explicando su propósito y contenido, y motivándolos a revisarlo y aplicarlo voluntariamente durante tres semanas.
3. Tercera etapa: tres semanas después se realizó un grupo focal con los participantes, utilizando una guía de discusión validada. Se exploraron sus percepciones sobre la propuesta educativa, su claridad, aplicabilidad y utilidad.

La actividad se grabó en audio para garantizar la fidelidad de la información y permitir la expresión libre de opiniones.

IV. RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

4.1. Evaluación de indicadores del estudio

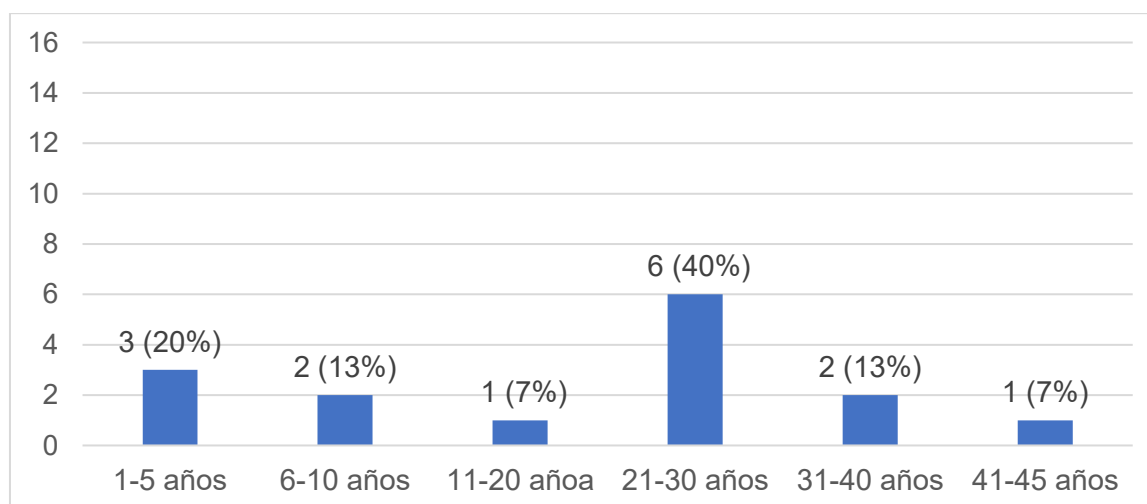
4.1.1. Perfil y características de los participantes

Tabla N°1: Distribución por género y edad de adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025

| | Género | | Edad | | | | | |
|------------------|--------|-----|------------|-----|-------------|-----|------------|----|
| | | | 60-70 años | | 71- 80 años | | 81-90 años | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Masculino | 3 | 20% | 2 | 13% | 1 | 7% | - | - |
| Femenino | 12 | 80% | 8 | 53% | 3 | 20% | 1 | 7% |

La Tabla N°1 muestra la distribución por género y edad de los participantes. Predominan las mujeres (12 participantes) sobre los hombres (3 participantes). La mayoría se encuentra en el rango de 60 a 70 años, mientras que la participación disminuye en los grupos de mayor edad, con solo una mujer en el rango de 81 a 90 años. Esto sugiere que los adultos mayores más jóvenes son los que mayormente participan en este tipo de actividades.

Gráfica N°1: Distribución de adultos mayores con hipertensión según tiempo desde el diagnóstico en la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025.



La gráfica presenta la distribución del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de hipertensión arterial en los adultos mayores participantes. El grupo más numeroso corresponde al 40% (6 participantes), quienes reportaron haber sido diagnosticados entre 21 y 30 años atrás. Le sigue un 20% (3 participantes) que indicó un tiempo de diagnóstico entre 1 y 5 años.

Estos resultados evidencian que una parte importante de la población lleva un período prolongado conviviendo con la enfermedad, mientras que un grupo menor fue diagnosticado en años más recientes. Esta variabilidad en el tiempo de evolución permite identificar trayectorias distintas dentro de la población estudiada, desde participantes con larga convivencia con la hipertensión hasta otros que se encuentran en etapas más tempranas de su proceso de atención.

4.1.2. Estado Nutricional (IMC)

Tabla N°2: Distribución del estado nutricional de adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025

| Clasificación de IMC | n | % |
|-----------------------------|----------|----------|
| Normal | 7 | 47% |
| Sobrepeso | 6 | 40% |
| Obesidad | 2 | 13% |
| Total | 15 | 100% |

La tabla muestra que solo el 47% (7 participantes) presenta un índice de masa corporal dentro del rango normal. En contraste, el 40% (6 participantes) se encuentra en sobrepeso y el 13% (2 participantes) en obesidad. En conjunto, estos resultados indican que más de la mitad de los adultos mayores evaluados presentan un estado nutricional alterado por exceso, lo que constituye un factor relevante en el abordaje de la hipertensión arterial y el cuidado de la salud en esta población.

4.1.3. Conocimientos sobre la hipertensión arterial.

Tabla N°3. Clasificación del nivel general de conocimiento sobre hipertensión arterial en adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025.

| Conocimiento | n | % |
|--|----------|----------|
| Conoce ($\geq 60\%$ de indicadores) | 7 | 46.6% |
| No conoce ($\leq 59\%$ de los indicadores) | 8 | 53.3% |
| Total | 15 | 100% |

Los resultados muestran que el 46.6% (7 participantes) de los adultos mayores presenta un nivel de conocimiento adecuado sobre la hipertensión arterial, mientras que el 53.3% (8 participantes) evidencia un nivel insuficiente. En términos generales, se observa un predominio de conocimientos limitados en relación con la enfermedad.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los ítems que conforman la variable de conocimientos sobre hipertensión arterial, con el propósito de profundizar en los aspectos específicos evaluados.

- En relación con la definición de hipertensión arterial, el 60% (9 participantes) indicó conocerla, mientras que el 40% (6 participantes) manifestó no conocerla (ver tabla A5.1). Estos datos reflejan una comprensión heterogénea del concepto básico de la enfermedad entre los adultos mayores participantes.
- Respecto al conocimiento de los valores normales de la presión arterial, el 60% (9 participantes) señaló conocerlos, mientras que el 40% (6 participantes) indicó no tener esta información (ver tabla A5.2), evidenciando diferencias en el manejo de este aspecto fundamental para el control de la hipertensión.
- En cuanto al conocimiento del nombre del medicamento utilizado para el control de la hipertensión arterial, el 80% (12 participantes) manifestó conocerlo, mientras que el 20% (3 participantes) indicó no conocerlo (ver tabla A5.3), lo que muestra un nivel de familiaridad general con la medicación prescrita.
- Sobre las medidas de control relacionadas con el estilo de vida, el 100% (15 participantes) reconoció la importancia de tomar medicamentos. Asimismo, se identificó conocimiento sobre otras medidas como comer con menos sal (88.7%, 13 participantes), realizar ejercicio físico (80%, 12 participantes) y

evitar vicios (66.7%, 10 participantes). Sin embargo, prácticas como dormir adecuadamente (40%, 6 participantes) y evitar el estrés (46.7%, 7 participantes) fueron menos mencionadas (ver gráfica A5.1).

- En relación con el consumo de agua y su vínculo con la hipertensión arterial, solo el 33% (5 participantes) manifestó conocer los beneficios del consumo adecuado de agua para el control de la presión arterial, mientras que el 67% (10 participantes) indicó no conocer esta relación, lo que evidencia un bajo nivel de conocimiento en este aspecto (ver tabla A5.4).
- En cuanto al conocimiento sobre la etiqueta nutricional, el 80% (12 participantes) indicó saber qué es, mientras que el 20% (3 participantes) manifestó no tener conocimiento sobre este tema (ver tabla A5.5). No obstante, al indagar sobre la búsqueda de elementos específicos en la etiqueta nutricional, únicamente el 20% (3 participantes) señaló saber qué información observar, frente a un 80% (12 participantes) que indicó no conocerlo (ver tabla A5.6).
- Respecto al conocimiento sobre huertos caseros o familiares, el 87% (12 participantes) manifestó tener conocimiento sobre esta práctica, mientras que el 13% (3 participantes) presentó poco conocimiento (ver tabla A5.7). Sin embargo, al evaluar el conocimiento sobre los beneficios del cultivo de alimentos para una alimentación saludable, solo el 47% (7 participantes) indicó conocer dichos beneficios, mientras que el 53% (8 participantes) manifestó no conocerlos (ver tabla A5.8).

4.1.4. Actitudes frente a la hipertensión arterial.

Tabla N°12. Clasificación del nivel general de actitudes frente a la hipertensión arterial en adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025.

| Actitudes | n | % |
|--|----------|----------|
| Favorable $\geq 60\%$ del puntaje total posible | 5 | 33.3% |
| Desfavorable $\leq 39\%$ del puntaje total posible | 10 | 66.6% |
| Total | 15 | 100% |

Los resultados muestran que el 33.3% de los adultos mayores presentan actitudes favorables frente a la hipertensión arterial, mientras que el 66.6% manifiesta actitudes desfavorables. Esto indica que, en términos generales, predomina una disposición limitada hacia la adopción sostenida de conductas orientadas al control de la enfermedad.

A continuación, se describen los resultados correspondientes a los ítems que integran la variable de actitudes frente a la hipertensión arterial, lo cual permite analizar la disposición de los adultos mayores hacia el autocuidado, la adherencia al tratamiento y la adopción de conductas favorables para el control de la enfermedad.:

- En relación con el cumplimiento de la toma de medicamentos, el 73.3% (11 participantes) refirió seguir la prescripción médica, mientras que el 26.7% (4 participantes) reconoció no hacerlo adecuadamente (ver tabla A5.9). Estos resultados evidencian que, aunque la mayoría manifiesta una actitud favorable hacia el tratamiento farmacológico, persisten dificultades en un grupo de participantes.
- Respecto a la interrupción del tratamiento médico, el 33.3% (5 participantes) indicó no haber suspendido su medicación, mientras que el 40% (6 participantes) manifestó haberla interrumpido en algún momento y el 26.6% (4 participantes) no recordó si lo había hecho (ver tabla A5.10). Esta distribución refleja una adherencia terapéutica inconstante entre los adultos mayores evaluados.
- En cuanto a los motivos de interrupción del tratamiento farmacológico, entre los participantes que reportaron suspensión del mismo, la causa más frecuente fue “no sentirse mal” (57%), seguida del “olvido en la toma del medicamento” (43%) (ver tabla A5.11). Estos resultados permiten identificar factores relacionados con la percepción de la enfermedad y con dificultades propias del manejo cotidiano del tratamiento.
- En relación con los cambios realizados en la alimentación, la modificación más frecuente fue la disminución del consumo de sal, reportada por el 80% (12 participantes). No obstante, otras acciones como el aumento del consumo de frutas y agua fueron poco referidas (7%) (ver tabla A5.12), lo que evidencia que los cambios dietéticos no se adoptan de manera integral.

- Respecto a la influencia de las creencias religiosas en la alimentación, el 53% (8 participantes) manifestó que estas influyen en sus prácticas alimentarias, mientras que el 47% (7 participantes) indicó que no existe relación (ver tabla A5.13). Este resultado muestra que, para una parte importante del grupo, las creencias religiosas forman parte de los factores que influyen en sus decisiones alimentarias.
- Finalmente, en cuanto a la influencia del círculo social en la alimentación, el 73% (11 participantes) señaló que las actividades sociales afectan su alimentación, mientras que el 27% (4 participantes) manifestó no verse influenciado (ver tabla A5.14). Esto evidencia la relevancia del entorno social en la configuración de los hábitos alimentarios de los adultos mayores.

4.1.5. Prácticas frente a la hipertensión arterial.

Tabla 19. Clasificación del nivel general de prácticas frente a la hipertensión arterial en adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025

| Prácticas | n | % |
|---|----------|----------|
| Adecuadas $\geq 60\%$ de indicadores | 4 | 27% |
| Inadecuadas $< 60\%$ del puntaje total posible | 11 | 73% |
| Total | 15 | 100% |

Los resultados muestran que únicamente el 27% de los adultos mayores realiza prácticas adecuadas frente a la hipertensión arterial, mientras que el 73% mantiene prácticas inadecuadas. Esto evidencia que, aunque algunos participantes conocen las recomendaciones para el control de la enfermedad, la mayoría no las aplica de manera constante en su vida cotidiana.

A continuación, se presentan los resultados por ítem de la variable de prácticas frente a la hipertensión arterial, con el fin de describir las conductas habituales relacionadas con la alimentación, la actividad física y otros aspectos del autocuidado

- En relación con el uso de sal en la preparación de los alimentos, el 47% (7 participantes) reportó no adicionar sal a sus comidas, mientras que el 53% (8 participantes) indicó que la utiliza de forma frecuente u ocasional (ver tabla

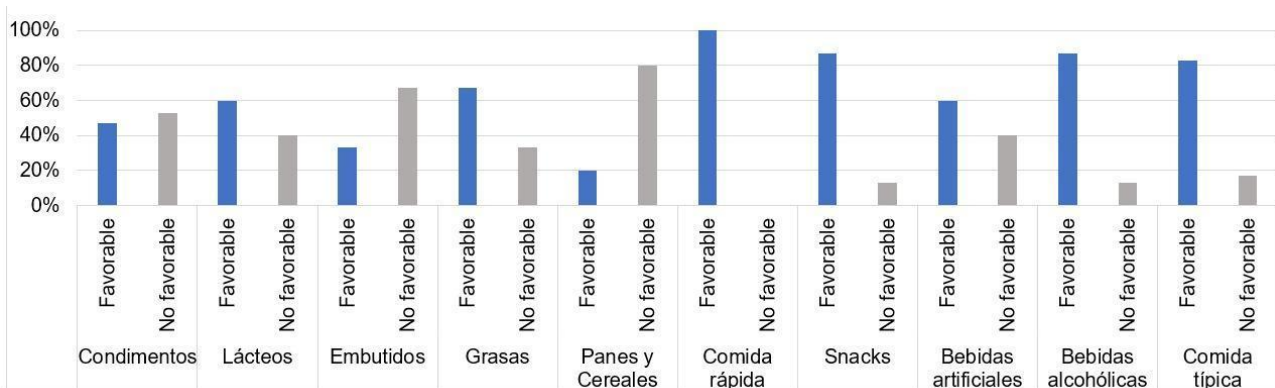
A5.15). Estos resultados reflejan prácticas heterogéneas en el manejo del sodio en la dieta.

- Respecto a las técnicas culinarias empleadas, la totalidad de los participantes (100%) manifestó utilizar métodos como asado, sancochado, cocción al vapor o a la plancha (ver gráfica A5.2), lo que constituye una práctica favorable para el control de la hipertensión arterial.
- En cuanto a los factores que influyen en la elección de alimentos, solo el 20% (3 participantes) refirió tomar decisiones basadas principalmente en la salud, mientras que la mayoría señaló como determinantes la economía, la disponibilidad y el gusto personal (ver gráfica A5.3).
- Por su parte, en relación con la actividad física, el 60% (9 participantes) realiza ejercicios adecuados para su edad, mientras que el 40% (6 participantes) mantiene prácticas insuficientes (ver tabla A5.16). En cuanto a la frecuencia, el 66.6% (10 participantes) reportó realizar actividad física de manera regular, frente a un 33.4 % (5 participantes) que la practica de forma esporádica (ver tabla A5.17).
- Respecto al consumo de agua, el 53% (8 participantes) indicó ingerir dos litros o más al día, mientras que el 47% (7 participantes) reportó un consumo menor a un litro, considerado inadecuado (ver tabla A5.18).
- En relación con la lectura de etiquetas nutricionales, únicamente el 27% (4 participantes) manifestó revisarlas al momento de comprar alimentos, y solo tres de ellos indicaron saber qué información buscar para cuidar su salud (ver tabla A5.19).
- Finalmente, en cuanto a la disponibilidad de alimentos saludables, el 40% (6 participantes) cuenta con huertos caseros, mientras que el 60% (9 participantes) no dispone de esta práctica (ver tabla A5.20).

En conjunto, los resultados evidencian que las prácticas alimentarias son en su mayoría adecuadas, aunque con deficiencias en la educación nutricional, la interpretación de etiquetas y la adopción de hábitos sostenibles. Por ello, se recomienda fortalecer los programas de educación alimentaria y autocuidado, orientados a mejorar la autonomía, la toma de decisiones y el cumplimiento del tratamiento dietético en adultos mayores con hipertensión arterial (33).

4.1.5.1 Frecuencia de consumo

Gráfica N° 2: Distribución del consumo favorable y .no favorable según grupo de alimentos de los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025



En la gráfica se presenta la distribución porcentual del consumo favorable y no favorable de los diferentes grupos de alimentos evaluados en los adultos mayores participantes. Para efectos de este análisis, el consumo favorable se definió de acuerdo con criterios específicos para cada grupo alimentario, considerando la frecuencia recomendada o la baja o nula ingesta de alimentos no aconsejados para personas con hipertensión arterial.

En cuanto al consumo no favorable, los valores más altos se registraron en los grupos de panes y cereales (80%), embutidos (67%) y condimentos (53%), lo que evidencia una elevada exposición a alimentos con alto contenido de sodio, grasas y azúcares, factores que pueden influir negativamente en el control de la presión arterial. Asimismo, se identificaron porcentajes relevantes de consumo no favorable en lácteos (40%), bebidas artificiales (40%) y grasas (33%).

Por otro lado, los grupos con mayor proporción de consumo favorable fueron la comida rápida y las bebidas alcohólicas, ambos con un 100%, lo que refleja una baja o nula ingesta de estos productos. Les siguieron los snacks (87%), la comida típica (83%), las grasas (67%), los lácteos (60%) y las bebidas artificiales (60%), mostrando patrones de consumo que, en términos generales, se consideran más adecuados para el control de la hipertensión arterial. Estos resultados evidencian diferencias en

los patrones alimentarios de los adultos mayores según el tipo de alimento consumido.

A continuación, se describen los resultados correspondientes a cada grupo de alimentos evaluado.

- En relación con el grupo de condimentos, se identificó un predominio del consumo no favorable. El 87% de los adultos mayores reportó un consumo frecuente de cubitos o sazonadores industrializados. En cuanto a las sopas instantáneas, el 60% de los participantes indicó un consumo bajo o poco frecuente. Respecto a la sal y los consomés, los resultados se distribuyeron de manera similar entre consumo favorable y no favorable; sin embargo, predominó la clasificación no favorable. En conjunto, este grupo se caracterizó por un uso frecuente de condimentos industrializados (ver tabla A5.21).
- En cuanto al grupo de lácteos, el 87% de los adultos mayores reportó consumo frecuente de queso tipo Kraft y el 67% consumo de queso duro, ambos clasificados como consumo no favorable según los criterios establecidos. Estos resultados evidencian una preferencia por lácteos procesados. De manera general, el grupo de lácteos se clasificó con predominio de consumo no favorable (ver tabla A5.22).
- Respecto al grupo de embutidos, el 67% de los adultos mayores presentó un consumo clasificado como no favorable. Aunque algunos participantes indicaron consumo ocasional, en la mayoría predominó la ingesta de productos cárnicos procesados. En conjunto, este grupo se caracterizó por un patrón de consumo no favorable (ver tabla A5.23).
- En relación con el grupo de grasas, el 93% de los adultos mayores reportó un consumo bajo o poco frecuente de manteca de cerdo, lo cual se clasificó como consumo favorable según los criterios establecidos. En contraste, el 60% manifestó un consumo frecuente de margarina vegetal, clasificado como no favorable. En general, el grupo de grasas presentó resultados mixtos, con predominio del consumo favorable asociado a una baja ingesta de ciertos tipos de grasa (ver tabla A5.24).
- En el grupo de panes y cereales se observó un predominio de consumo no favorable. El 93% de los adultos mayores reportó un consumo elevado de

tortillas, el 87% un consumo elevado de azúcar y el 80% un consumo frecuente de pan francés. Esta clasificación no favorable no se atribuye al tipo de alimento de forma aislada, sino a la frecuencia y cantidad de consumo, así como a la predominancia de harinas refinadas y azúcares simples en la dieta (ver tabla A5.25).

- En cuanto al grupo de snacks, el 87% de los adultos mayores presentó un consumo bajo o poco frecuente, lo que se clasificó como consumo favorable. Este resultado indica una menor ingesta de productos ultraprocesados dentro de esta población. En general, el grupo de snacks mostró un predominio de consumo favorable (ver tabla A5.26).
- Respecto al grupo de comida rápida, el 100 % de los adultos mayores reportó no consumir este tipo de alimentos o hacerlo de manera excepcional. De acuerdo con los criterios establecidos, este grupo presentó un consumo completamente favorable (ver tabla A5.27).
- En el grupo de bebidas artificiales, el 60% de los adultos mayores manifestó un consumo bajo o moderado, clasificado como favorable, mientras que el 40% reportó consumo frecuente, clasificado como no favorable. En conjunto, el grupo mostró un predominio de consumo favorable (ver tabla A5.28).
- En relación con el grupo de bebidas alcohólicas, el 100 % de los adultos mayores reportó no consumir este tipo de bebidas. De acuerdo con los criterios establecidos, este grupo presentó un consumo completamente favorable (ver tabla A5.29).
- En cuanto al grupo de comida típica, se observa que los adultos mayores tienen diferentes niveles de consumo. Alimentos como pupusas, tamales y yuca frita se consumen en cantidades que van desde “poco” hasta “frecuente”, lo cual no se considera favorable debido a su contenido de sodio y grasas. Por otro lado, las preparaciones dulces en miel muestran un consumo mayormente bajo, lo cual se clasifica como favorable dentro del grupo. En conjunto, aunque algunos alimentos presentan un consumo no favorable, la baja frecuencia en otros permitió clasificar este grupo con una tendencia favorable, de acuerdo con los criterios establecidos para el análisis. (ver tabla A5.30).

4.1.6. Principales hallazgos del diagnóstico y su aporte al diseño de la propuesta educativa

El diagnóstico permitió identificar un nivel heterogéneo de conocimientos, actitudes y prácticas en las personas adultas mayores con diagnóstico de hipertensión arterial. En el ámbito del conocimiento, se evidenció que la mayoría presenta mayor familiaridad con aspectos relacionados con la medicación y algunas medidas básicas de control, mientras que se observaron limitaciones en temas específicos, como la definición de la hipertensión arterial, los valores normales de presión arterial, la importancia del consumo adecuado de agua y el uso de la etiqueta nutricional como herramienta para el autocuidado.

Asimismo, se identificaron vacíos de información en relación con prácticas complementarias para la promoción de la salud, tales como el manejo del estrés, el descanso adecuado y los beneficios del cultivo de alimentos mediante huertos caseros, los cuales constituyen estrategias de apoyo, pero no determinan por sí mismas la capacidad de las personas para cuidar su salud.

En cuanto a las actitudes, se observó una disposición favorable hacia el tratamiento y el control de la enfermedad; no obstante, persistieron dificultades en la adherencia terapéutica, principalmente asociadas a la suspensión del medicamento ante la ausencia de síntomas y al olvido de la toma, lo que refleja la necesidad de reforzar la educación continua sobre la naturaleza crónica de la hipertensión arterial.

Respecto a las prácticas, se identificaron conductas positivas como el uso de técnicas culinarias más saludables y el bajo consumo de comida rápida y bebidas alcohólicas. Sin embargo, también se evidenciaron prácticas que requieren fortalecimiento, entre ellas el uso frecuente de sal en las preparaciones, el consumo insuficiente de agua, la limitada lectura de etiquetas nutricionales y patrones alimentarios poco favorables en algunos grupos de alimentos.

Estos hallazgos orientaron el diseño de la propuesta educativa, priorizando el reforzamiento de conocimientos clave, la promoción del autocuidado desde una perspectiva realista y culturalmente pertinente, y el fortalecimiento de prácticas alimentarias saludables, considerando las condiciones y recursos del contexto. El análisis interpretativo

profundo de estas dinámicas se desarrolla posteriormente a partir de los resultados del grupo focal.

V. PROPUESTA EDUCATIVA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

5.1 Justificación

Los resultados del diagnóstico realizado a los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial evidenciaron la presencia de diversas necesidades relacionadas con los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la enfermedad. Si bien la mayoría de los participantes reconoce la importancia de mantener hábitos saludables, se identificaron limitaciones en la comprensión de los factores que influyen en el control de la presión arterial, así como dificultades en la selección de alimentos adecuados y en la interpretación de información nutricional relevante para su condición.

En relación con las prácticas alimentarias, el diagnóstico permitió identificar patrones de consumo que no favorecen el adecuado control de la hipertensión arterial, caracterizados principalmente por la persistencia de hábitos dietéticos asociados a un elevado consumo de sodio, grasas y azúcares. Estas prácticas se encuentran influenciadas por factores culturales, sociales y económicos propios del contexto, los cuales condicionan la disponibilidad, selección y preparación de los alimentos en la población adulta mayor.

Asimismo, aunque se evidenció una actitud generalmente positiva hacia el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables, se observó que dicha disposición no siempre se traduce en prácticas sostenidas que contribuyan de manera efectiva al control de la enfermedad. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los procesos educativos, de manera que el conocimiento adquirido pueda transformarse en acciones concretas y mantenidas en el tiempo.

Ante este panorama, la Educación Alimentaria Nutricional se plantea como una estrategia fundamental, ya que permite proporcionar a las personas herramientas prácticas para comprender su enfermedad, mejorar la toma de decisiones alimentarias y adoptar hábitos saludables acordes con sus necesidades y

posibilidades. Este enfoque promueve además el empoderamiento y la autonomía en el autocuidado, aspectos clave para favorecer la adherencia al tratamiento dietético y farmacológico en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial.

En respuesta a las necesidades identificadas, se elaboró la propuesta educativa titulada “Recomendaciones para un estilo de vida saludable en adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial”, la cual consiste en un material educativo diseñado como apoyo para reforzar conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación, la actividad física, la hidratación y el control de la presión arterial. A través de este material se busca facilitar la comprensión de la importancia de una alimentación balanceada, la reducción del consumo de sodio y grasas, el aprovechamiento de alimentos locales y la adopción de hábitos que favorezcan la salud cardiovascular.

Finalmente, esta propuesta se alinea con los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los cuales destacan la importancia de implementar estrategias educativas orientadas a la promoción del envejecimiento saludable, la prevención de enfermedades no transmisibles y la participación activa de las personas adultas mayores en su proceso de autocuidado (59). De esta manera, la intervención propuesta busca contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población estudiada, mediante una educación alimentaria contextualizada, accesible y adaptada a sus necesidades.

5.2 Objetivos

Objetivo general:

- Promover estilos de vida saludables en adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, orientados al control de la enfermedad, la prevención de complicaciones y la mejora de su bienestar general.

Objetivos específicos:

- Describir, de manera clara y comprensible, qué es la hipertensión arterial, sus principales factores de riesgo y las estrategias básicas para su control en el adulto mayor.

- Fomentar una alimentación equilibrada mediante el uso del “plato saludable”, incorporando refrigerios nutritivos, accesibles y acordes a las necesidades del adulto mayor.
- Fortalecer hábitos de autocuidado que favorezcan la salud cardiovascular y contribuyan al mantenimiento de cifras de presión arterial adecuadas.
- Desarrollar habilidades para la lectura e interpretación de etiquetas nutricionales, con el fin de facilitar una elección informada de alimentos más saludables.
- Incentivar la práctica regular de actividad física, adaptada a las capacidades, condiciones de salud y contexto del adulto mayor.
- Promover la comprensión de la importancia de una hidratación adecuada y segura como parte del manejo integral de la hipertensión arterial.

5.3 Fundamentación teórica

La presente fundamentación teórica sustenta la propuesta educativa dirigida a personas adultas mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, integrando los principales aportes conceptuales y empíricos que orientan su diseño y aplicación. En este apartado se desarrollan los modelos y enfoques que respaldan la promoción del autocuidado y la educación alimentaria nutricional como estrategias clave para el control de la hipertensión arterial, considerando las características, necesidades y potencialidades propias de la población adulta mayor. De este modo, se establece la base conceptual que guía la elaboración del material educativo, garantizando su pertinencia, coherencia y efectividad dentro del marco de la educación para la salud.

En este sentido, el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender constituye un referente fundamental para comprender los factores personales, conductuales y ambientales que influyen en la adopción de estilos de vida saludables en la población adulta mayor. Dicho modelo plantea que las conductas promotoras de la salud pueden fortalecerse mediante el conocimiento, la motivación y el apoyo social, reconociendo que las personas poseen características y experiencias previas que influyen en sus acciones y decisiones relacionadas con la salud (60).

Desde esta perspectiva, la promoción de la salud se concibe como una conducta orientada a incrementar el bienestar y alcanzar el máximo potencial de salud, más

allá de la simple prevención de la enfermedad (60). Aplicado a la presente propuesta, este enfoque permite orientar la educación hacia el fortalecimiento de la autoeficacia y la motivación de los adultos mayores para adoptar hábitos saludables en su vida cotidiana, particularmente en relación con el control de la hipertensión arterial, la alimentación balanceada y la práctica de actividad física adaptada.

De acuerdo con Pender, los comportamientos promotores de la salud están influenciados por factores personales de tipo biológico, psicológico y sociocultural, así como por influencias interpersonales y situacionales, entre las que destaca el apoyo de la familia, los pares y los profesionales de la salud (60). Esta visión se articula con el propósito del material educativo, el cual busca generar un espacio de aprendizaje práctico y participativo, promoviendo la reflexión, el intercambio de experiencias y el acompañamiento social como elementos facilitadores del cambio conductual.

En este marco, el modelo de Pender proporciona un sustento conceptual sólido para la estructuración de las actividades del material educativo, al considerar que el conocimiento, el afecto positivo y la percepción de autoeficacia son determinantes esenciales del compromiso con un plan de acción orientado al autocuidado (60). Por ello, los contenidos y actividades se diseñaron para reforzar la percepción de los beneficios de las conductas saludables, reducir las barreras percibidas y fomentar la adopción de prácticas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los participantes.

Asimismo, la propuesta incorpora los principios de la andragogía, entendida como el arte y la ciencia de educar a personas adultas, la cual parte del reconocimiento de que el aprendizaje en esta etapa del ciclo vital se construye a partir de las experiencias, necesidades e intereses del individuo (61). Según Knowles, los adultos se caracterizan por su capacidad de autodirección, la valoración de su experiencia como fuente de conocimiento y su disposición a aprender contenidos con aplicación inmediata en la vida cotidiana (61).

Desde esta perspectiva, la educación dirigida a adultos mayores requiere estrategias pedagógicas que respeten su autonomía, reconozcan su trayectoria de vida y promuevan su participación activa en el proceso de aprendizaje. La horizontalidad en la relación entre facilitador y participante, junto con la flexibilidad y la empatía, se consideran elementos esenciales para propiciar un aprendizaje significativo (61). En

el material educativo, estos principios se reflejan en actividades que invitan a los adultos mayores a reflexionar sobre sus propios hábitos, compartir experiencias y construir conocimientos relacionados con el autocuidado y la salud cardiovascular.

De acuerdo con Sant'Anna y Rossett, la andragogía constituye un proceso dialógico y participativo, en el cual el aprendizaje se nutre del intercambio de saberes y del compromiso mutuo entre educador y educando (62). En este enfoque, el rol del facilitador se transforma, pasando de ser un transmisor de información a un mediador del aprendizaje que promueve la autorreflexión, la motivación intrínseca y la toma de decisiones informadas. Esta visión se alinea con la metodología de la propuesta educativa, centrada en el aprendizaje activo, la discusión grupal y las actividades prácticas como medios para favorecer la adopción de conductas saludables.

Por otra parte, la fundamentación de la propuesta se complementa con el enfoque de envejecimiento activo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual enfatiza la importancia de promover la autonomía, la participación y el bienestar de las personas mayores como pilares para una vejez saludable. Este enfoque concibe el envejecimiento como un proceso dinámico de optimización de oportunidades de salud, seguridad y participación, permitiendo a las personas mantener su independencia y sentido de utilidad dentro de la comunidad (63).

En concordancia con este enfoque, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de la Década del Envejecimiento Saludable (2021–2030), plantea la necesidad de desarrollar intervenciones educativas accesibles, adaptadas y centradas en la persona, que favorezcan el autocuidado y la participación activa de las personas mayores (59). El material educativo responde a estos lineamientos al ofrecer contenidos claros, visuales y contextualizados, orientados a fortalecer la comprensión, la autonomía y la toma de decisiones informadas sobre la salud.

Desde la Educación Alimentaria Nutricional, se reconoce la estrecha relación entre la alimentación, la actividad física y el control de la presión arterial, especialmente en la población adulta mayor. La hipertensión arterial en esta etapa de la vida tiene un origen multifactorial, influenciado por factores modificables como el consumo excesivo de sodio, el sobrepeso, la inactividad física y el estrés psicosocial, los cuales, sumados a los cambios fisiológicos del envejecimiento, incrementa el riesgo de complicaciones cardiovasculares (9).

La Educación Alimentaria Nutricional desempeña un papel fundamental en el manejo no farmacológico de la hipertensión arterial, al permitir el desarrollo de conocimientos prácticos y habilidades que favorecen elecciones alimentarias más saludables. Entre las estrategias dietéticas con mayor respaldo científico destaca la dieta DASH, caracterizada por un alto consumo de frutas, verduras y cereales integrales, así como por la reducción de sodio y alimentos ultraprocesados, la cual ha demostrado efectos positivos en la reducción de la presión arterial (9). No obstante, en los adultos mayores estas recomendaciones deben adaptarse a sus necesidades nutricionales, capacidades funcionales y contexto socioeconómico.

En este marco, el material educativo “Recomendaciones para un estilo de vida saludable en adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial” ofrece herramientas prácticas orientadas a una alimentación equilibrada, accesible y acorde a la realidad cotidiana de los participantes, incorporando ejemplos de menús, refrigerios saludables y estrategias para reducir el consumo de sal sin afectar la aceptabilidad de los alimentos. Asimismo, refuerza la importancia del acompañamiento profesional para prevenir la desnutrición y fortalecer la salud cardiovascular de forma segura.

La evidencia internacional respalda la efectividad de las intervenciones educativas en nutrición dirigidas a personas mayores. Estudios de revisión sistemática señalan que las estrategias educativas, el asesoramiento nutricional y el uso de materiales impresos contribuyen a mejorar la calidad de la dieta, incrementar el consumo de frutas y verduras y fortalecer la autoeficacia alimentaria (64). Estos hallazgos coinciden con el enfoque del material, el cual integra información visual, actividades prácticas y ejercicios de reflexión orientados a promover cambios sostenibles en el tiempo.

En conjunto, la fundamentación teórica de esta propuesta se sustenta en un enfoque integral que articula el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, los principios de la andragogía, el enfoque de envejecimiento activo y la Educación Alimentaria Nutricional. Este marco reconoce la interacción entre factores individuales, sociales y ambientales en el desarrollo del autocuidado, y respalda la educación alimentaria como una estrategia efectiva para el control de la hipertensión arterial. De este modo, el material educativo se configura como un recurso didáctico fundamentado, orientado a fortalecer la autonomía, la comprensión y la capacidad de

decisión de las personas adultas mayores respecto a su salud, contribuyendo a la prevención de complicaciones y a la mejora de su calidad de vida.

5.4 Descripción del material educativo

La propuesta educativa elaborada consiste en un material educativo titulado “Recomendaciones para un estilo de vida saludable en adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial”, diseñado con el propósito de promover la adopción de hábitos saludables que contribuyan al control de la presión arterial y al bienestar integral. Está dirigido específicamente a adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial pertenecientes a la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, en quienes se busca fomentar la comprensión, reflexión y práctica de conductas beneficiosas para la salud cardiovascular.

El material se presenta en formato impreso y está organizado en seis temas, desarrollados de manera secuencial. Cada tema aborda un componente específico del estilo de vida saludable, permitiendo al lector identificar los contenidos de forma ordenada y progresiva. Los textos fueron redactados con un lenguaje sencillo y directo, evitando tecnicismos, para facilitar su comprensión por parte de la población adulta mayor.

El material utiliza letra de tamaño mediano y tipografía legible. La información escrita se acompaña de ilustraciones, gráficos y elementos visuales que refuerzan los mensajes principales y facilitan la comprensión del contenido. La distribución del texto y las imágenes es equilibrada, con espacios adecuados que favorecen una lectura fluida y ordenada.

Los recursos visuales incluidos representan situaciones cotidianas relacionadas con la alimentación, la actividad física, la hidratación y el autocuidado, lo que permite asociar los contenidos con prácticas habituales de la vida diaria. El diseño prioriza el contraste adecuado entre texto y fondo, así como la claridad visual, con el propósito de reducir dificultades de lectura asociadas a cambios visuales propios de la edad.

El material no contempla actividades escritas; sin embargo, presenta ejemplos, recomendaciones prácticas y mensajes clave orientados a la aplicación de los contenidos en la vida cotidiana. Cada tema incluye información puntual que puede ser

utilizada como guía durante procesos educativos grupales o como material de consulta individual.

A continuación, se describe la estructura temática del material y el propósito de cada uno de los temas desarrollados:

| Tema | Título | Propósito |
|-------------|--|--|
| 1 | De la cabeza al corazón: entendiendo la hipertensión | Presentar qué es la hipertensión arterial, sus principales características y los factores asociados a su control. |
| 2 | Alimentando el corazón: explorando el plato saludable, mezclas vegetales y refrigerios saludables | Describir opciones de alimentación equilibrada mediante el uso del plato saludable y la selección de refrigerios nutritivos. |
| 3 | Cultivando bienestar: cómo cuidar sus plantas y su corazón | Mostrar acciones cotidianas de autocuidado que pueden favorecer la salud cardiovascular. |
| 4 | La clave está en los detalles: como la etiqueta nutricional impacta en su salud cardiovascular. | Explicar los elementos básicos de la etiqueta nutricional y su utilidad para la selección de alimentos. |
| 5 | De la inactividad a la vitalidad: integrando la actividad física en la rutina de adultos mayores que padecen hipertensión arterial | Presentar ejemplos de actividad física adaptada a las capacidades del adulto mayor. |
| 6 | Sediento de salud: estrategias prácticas para una hidratación efectiva y segura | Describir la importancia de la hidratación y opciones prácticas para mantener un consumo adecuado de líquidos. |

En conjunto, constituye un material educativo informativo, visualmente accesible y organizado, diseñado para apoyar procesos de educación alimentaria y de promoción de estilos de vida saludables en personas adultas mayores con diagnóstico de hipertensión arterial.

5.5 Metodología de elaboración

La elaboración de la propuesta educativa titulada “Recomendaciones para un estilo de vida saludable en adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial” se desarrolló a lo largo de un periodo total de siete semanas, comprendidas entre los meses de mayo y julio de 2025.

El punto de partida para la elaboración del material fue el diagnóstico realizado previamente a 15 adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, asistentes a la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, en el municipio de Zaragoza. A través de una encuesta estructurada, se identificaron necesidades específicas relacionadas con conocimientos limitados sobre la hipertensión arterial y su relación con la alimentación, dificultades para la interpretación de etiquetas nutricionales, bajo consumo de frutas y verduras, y escasa práctica de actividad física. Asimismo, se evidenciaron actitudes poco favorables hacia el autocuidado y la prevención, así como la presencia de barreras socioeconómicas y culturales que influyen en la adherencia a las recomendaciones de salud. Estos hallazgos permitieron definir los contenidos prioritarios y orientar el enfoque del material educativo hacia las necesidades reales de la población.

Con base en los resultados del diagnóstico, se realizó una revisión de literatura científica y documentos técnicos relacionados con la hipertensión arterial, la alimentación saludable, la actividad física y la educación alimentaria nutricional dirigida a personas adultas mayores. Para ello, se analizaron 25 fuentes bibliográficas provenientes principalmente de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como artículos científicos publicados entre los años 2010 y 2024. Esta revisión permitió sustentar teóricamente los contenidos seleccionados y asegurar que las recomendaciones incluidas en el material educativo se basaran en evidencia científica actualizada y pertinente.

A partir de la integración del diagnóstico y la revisión bibliográfica, se definieron los seis temas centrales del material, procurando que respondieran a las principales áreas de conocimiento, motivación y práctica identificadas en la población adulta mayor. El contenido fue elaborado directamente por las estudiantes autoras, quienes estuvieron a cargo de la redacción, organización temática y diseño visual del material.

El material fue diseñado en la plataforma Canva, en formato tamaño carta a color, con impresión en papel couché. Las ilustraciones utilizadas se seleccionaron de la galería de recursos libres de dicha plataforma y se complementaron con una imagen de elaboración propia para representar el plato saludable, construida con base en la evidencia científica revisada. La tipografía empleada fue Questrial, en tamaño 13 puntos, seleccionada por su legibilidad y adecuación al público adulto mayor.

El diseño visual se desarrolló considerando criterios de accesibilidad y comunicación efectiva, tales como el uso de colores contrastantes, una distribución equilibrada entre texto e imágenes y un lenguaje visual claro y motivador, con el propósito de facilitar la comprensión del contenido y favorecer la interacción del lector con el material.

La revisión del material estuvo a cargo de la docente asesora durante la segunda semana de junio de 2025 y se centró en aspectos relacionados con la claridad del lenguaje, el tamaño de la letra, la precisión de la información, la pertinencia de las referencias bibliográficas y el equilibrio general del contenido. A partir de estas observaciones, se realizaron ajustes orientados a evitar tecnicismos innecesarios, simplificar párrafos extensos, mejorar la legibilidad y fortalecer el sustento teórico mediante el uso de fuentes actualizadas.

Como parte del proceso de elaboración del material educativo, se realizó una prueba piloto exploratoria con cuatro personas adultas mayores con características similares a la población objetivo. Esta prueba permitió valorar la comprensibilidad del lenguaje, la claridad de los mensajes y la adecuación de las ilustraciones y recursos visuales. Las personas participantes manifestaron que el contenido resultaba claro, comprensible y motivador, lo que permitió confirmar la pertinencia del enfoque comunicativo y realizar ajustes menores orientados a fortalecer la accesibilidad del material educativo.

Finalmente, se efectuaron varias rondas de edición y ajustes finales, que incluyeron la sustitución de términos técnicos por expresiones de uso cotidiano, la reducción de texto para evitar saturación visual y la incorporación de ejemplos contextualizados a la vida diaria de los adultos mayores. El material fue producido en 15 copias impresas y socializado el 20 de junio de 2025 en la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, donde se explicó su contenido y se motivó a los participantes a aplicar las recomendaciones. Posteriormente, se otorgó un periodo de cuatro semanas para su lectura y aplicación, concluyendo el proceso con un grupo focal realizado el 11 de julio de 2025.

La retroalimentación obtenida a partir de la socialización y del grupo focal permitió valorar la comprensión, pertinencia y aplicabilidad del material, cuyos resultados se presentan en el capítulo siguiente.

Se recomienda que el material educativo sea utilizado previa orientación de un profesional de la salud, quien deberá explicar su contenido y brindar indicaciones sobre la forma adecuada de utilizarlo, con el fin de asegurar su correcta comprensión y aplicación por parte de los usuarios.

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA VALORACIÓN DE LA PROPUESTA EDUCATIVA

6.1 Opiniones y actitudes hacia la propuesta educativa

Las opiniones y actitudes expresadas por los adultos mayores participantes evidencian una valoración positiva de la propuesta educativa y un proceso de apropiación progresiva de los contenidos abordados en el material. Desde sus testimonios, se observa que la experiencia no se limitó a la recepción pasiva de información, sino que generó respuestas emocionales, motivacionales y conductuales relacionadas con el autocuidado y el manejo de la hipertensión arterial.

De manera recurrente, los participantes manifestaron sentimientos de agradecimiento hacia la iniciativa educativa, reconociendo el valor del material como una herramienta de apoyo para comprender mejor su condición de salud y su relación con la alimentación. Algunos expresaron que el material les permitió sentirse acompañados

y orientados en un proceso que antes percibían como confuso o difícil de manejar, tal como se refleja en comentarios como:

[...“Les agradezco mucho por lo que nos están ayudando... el libro es importante porque es necesario para nuestra salud.”...]

[...“Gracias a Dios y a ustedes, ahora tengo la presión bien...”]

Estas expresiones evidencian que la propuesta educativa fue percibida no solo como informativa, sino también como cercana y significativa, lo cual constituye un resultado positivo del proceso educativo. Según Bandura (6), las emociones positivas asociadas al aprendizaje fortalecen la autoeficacia percibida, favoreciendo la adopción y el mantenimiento de cambios de comportamiento; por tanto, la confianza expresada por las personas participantes se interpreta como un factor que potencia la sostenibilidad de las prácticas de autocuidado promovidas.

Junto a la gratitud, emergió una actitud de motivación hacia el aprendizaje. Los participantes destacaron la claridad del lenguaje, el uso de ilustraciones y colores, y la facilidad de lectura del material, aspectos que favorecieron su interés por revisarlo de forma autónoma. El uso de colores, ilustraciones y el “plato saludable” evidencian que los recursos visuales y el diseño accesible facilitaron la comprensión de los mensajes y estimularon la disposición a aprender. Este hallazgo coincide con lo señalado por Gutiérrez y López, quienes destacan que los materiales educativos visualmente accesibles mejoran la comprensión y retención de información en adultos mayores, especialmente en contextos de baja escolaridad (9). Asimismo, la iniciativa HEARTS en las Américas resalta la importancia de emplear recursos gráficos simples para fortalecer el autocuidado en enfermedades crónicas (27).

Lo anterior se ve reflejado en comentarios como: [...“Está fácil, solo hay que ponerse a leerlo.”...]

[“Me gustó porque los dibujos y colores ayudan a entender mejor.”...]

Además, las narrativas de los participantes reflejan un compromiso con la aplicación de las recomendaciones aprendidas. Varios adultos mayores manifestaron haber

iniciado cambios en sus prácticas alimentarias y expresaron la intención de mantenerlos en el tiempo, como se observa en afirmaciones tales como:

[...“Voy a seguir haciendo siempre lo que dice aquí, porque eso me va a ayudar mucho.”...]

[...“He comenzado a cambiar mis comidas y ya me siento mejor.”...]

Estas respuestas muestran cómo el conocimiento adquirido se traduce en acciones concretas, evidenciando un proceso de interiorización del aprendizaje. De acuerdo con Martínez et al., las intervenciones educativas contextualizadas favorecen un mayor compromiso cuando los participantes logran vincular los contenidos con su vida cotidiana (45).

Finalmente, algunos testimonios reflejan la persistencia en la adopción de hábitos saludables, lo que sugiere que ciertos mensajes del material lograron integrarse de forma sostenida en la rutina diaria de los participantes. Prácticas como la reducción del uso de grasa, el consumo frecuente de agua o la incorporación de preparaciones con vegetales fueron mencionadas como cambios mantenidos en el tiempo, tal como se evidencia en expresiones como:

[...“Yo consumo bastante agua con limón todos los días y me ha ayudado.”...]

[...“Procuró hacer las cosas con poca grasa.”...]

Esta constancia refuerza la idea de que la propuesta educativa trascendió el momento de la socialización y se proyectó hacia el ámbito cotidiano. En este sentido, Fernández y Rodríguez señalan que la repetición sostenida de conductas saludables fortalece el autocontrol y consolida los aprendizajes en el manejo de enfermedades crónicas (46).

En conjunto, las opiniones y actitudes expresadas por los adultos mayores indican que la propuesta educativa fue aceptada, valorada y apropiada de manera positiva. Las voces de los participantes evidencian no sólo comprensión del contenido, sino también motivación y disposición para el cambio, aspectos fundamentales para la sostenibilidad de los estilos de vida saludables. Estos hallazgos adquieren especial relevancia en contextos rurales como Zaragoza, donde, según datos de la OPS, el bajo nivel de escolaridad y el alto índice de analfabetismo representan barreras importantes para la educación en salud (16). En este escenario, el uso de materiales

culturalmente pertinentes, claros y visualmente accesibles se consolida como una estrategia clave para promover la autonomía, el autocuidado y la adherencia a prácticas saludables en adultos mayores con hipertensión arterial.

6.2 Comprensión del contenido relacionado con hipertensión

Esta categoría permitió analizar cómo las personas adultas mayores asimilaban los mensajes centrales del material educativo y los vincularon con su vida cotidiana. A partir de la pregunta “¿Qué aprendió del material educativo sobre cómo mejorar su salud y controlar la presión arterial?”, las respuestas evidencian una comprensión práctica y significativa de los contenidos, reflejada en ejemplos concretos, reflexiones personales y cambios progresivos en el estilo de vida.

Uno de los aprendizajes más recurrentes estuvo relacionado con la reducción del consumo de sal y con el reconocimiento de la necesidad de adecuar la alimentación a la condición de salud individual. Las personas participantes manifestaron haber comprendido que, en el contexto de la hipertensión arterial, no todas las prácticas alimentarias son igualmente apropiadas para todas las personas, y que el consumo excesivo de sal constituye un factor de riesgo directo para el control de la presión arterial. Esta comprensión se evidenció en expresiones como:

[...] Qué cosas podemos hacer para estar mejor [...]. [...] Saber que no puedo tomar o comer lo que le den a otra persona porque puede que a mí me haga daño [...]. [...] Que le tengo que bajar más a la sal porque yo era bien salera [...].

Asimismo, algunos participantes mencionaron cambios más específicos en su alimentación, señalando que han reducido o dejado de consumir alimentos con alto contenido de sal, como embutidos, sopas instantáneas, consomés, cubitos sazonadores y alimentos procesados. Esto evidencia que el aprendizaje no se limitó a la idea general de “reducir la sal”, sino que también permitió identificar fuentes concretas de sodio en la dieta diaria.

Muestran que el mensaje fue interiorizado y asociado con la experiencia personal. Esta comprensión del vínculo entre conducta y resultado coincide con lo planteado por Bandura, quien señala que reconocer la relación entre una acción específica y sus consecuencias en la salud es fundamental para generar cambios sostenibles en

el comportamiento (6). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud destaca que la reducción del sodio constituye una de las intervenciones más costo-efectivas para la prevención de enfermedades cardiovasculares, lo que refuerza la relevancia de este aprendizaje en la población adulta mayor (9).

Otro aspecto significativo fue la incorporación del uso de plantas que ayudan a mejorar la salud cardiovascular e infusiones naturales como parte del autocuidado. Los testimonios reflejan que el material permitió ampliar y resignificar conocimientos previos, integrando saberes tradicionales con información nueva. Algunos participantes expresaron:

[...] Yo hago los tés que aparecen ahí en el libro... porque todo eso es bueno para las personas que no saben, porque yo no sabía nada hasta que lo leí aquí en el libro [...].

[...] Yo siempre he tomado tés, pero no sabía que el té verde, el ajo y el jengibre ayudaban tanto con la presión. Ahora me los tomo más seguido, me caen bien [...].

Estas respuestas evidencian una comprensión activa del contenido y una apropiación del mensaje desde referentes culturales cercanos. En este sentido, diversos autores señalan que la educación en salud resulta más efectiva cuando reconoce e integra prácticas culturales ya existentes en la comunidad, fortaleciendo la adherencia y la confianza en las recomendaciones brindadas (33,35).

Asimismo, varios participantes manifestaron haber comprendido la importancia del cultivo de plantas que ayudan a mejorar la salud cardiovascular y alimentos en el hogar como una estrategia de autocuidado y autosuficiencia. Comentarios como:

[...] Algo nuevo que aprendí, que hay que sembrar en la casa [...].

[...] Sí, también me llama la atención cómo sembrar plantitas. Porque a mí me gusta. Yo los ratos que tengo ahí, digo andar viendo qué puedo sembrar [...].

[...] A mí me gustó eso de sembrar en la casa. Yo tengo un pedacito de patio y ahí puse unas matitas. Me llamó la atención que hasta el romero sirve, y uno ya lo tiene por ahí [...].

Reflejan que el aprendizaje trascendió el plano conceptual y se tradujo en acciones concretas. Este tipo de prácticas favorece no solo la seguridad alimentaria, sino

también la autonomía y el sentido de utilidad en las personas adultas mayores, aspectos que han sido ampliamente documentados en la literatura como factores protectores del bienestar físico y emocional (28,30).

En relación con la actividad física, los participantes demostraron haber comprendido su importancia para el control de la presión arterial, especialmente cuando se adapta a sus capacidades y ritmo de vida. Algunos expresaron:

[...] Lo que más me gustó fue el ejercicio. Ya sabía que era bueno, pero en el librito explican cómo hacerlo suave, a nuestro ritmo. Yo ya empecé a caminar más seguido [...].

[...] A mí me llamó mucho la atención lo de los ejercicios y cómo ayudan con la presión. Ya puse en práctica algunos de los que aparecen ahí, y me han servido. Me siento con más energía [...].

Estas respuestas evidencian que el material no solo transmitió información, sino que fortaleció la confianza para iniciar y mantener la práctica de actividad física. Estudios previos señalan que las intervenciones educativas adaptadas a la edad y condición física de los adultos mayores mejoran la adherencia al ejercicio y contribuyen a la reducción de la presión arterial, especialmente cuando se apoyan en materiales visuales y explicaciones claras (45,46).

Finalmente, los participantes manifestaron una comprensión clara de los mensajes relacionados con la alimentación saludable, particularmente a través del modelo del “plato saludable”. Comentarios como:

[...] A mí me pareció importante lo de la comida. Porque uno a veces ya no sabe ni qué comer. Ahí explican claro cómo armar el plato. Eso me gustó, me ayuda a decidir mejor [...].

Evidencian que el aprendizaje fue facilitado por el uso de imágenes y colores. Este hallazgo resulta especialmente relevante en contextos como Zaragoza, donde una proporción significativa de la población adulta mayor presenta bajo nivel de escolaridad o analfabetismo. Diversos autores coinciden en que los recursos visuales son indispensables para garantizar la accesibilidad del mensaje y favorecer la memorización y aplicación de los conceptos en este grupo poblacional (9,16).

En conjunto, los resultados muestran que los adultos mayores lograron comprender los contenidos relacionados con la hipertensión de manera contextualizada y significativa, vinculando la información recibida con su experiencia diaria. El aprendizaje no se limitó a la repetición de conceptos, sino que se manifestó en decisiones concretas y prácticas de autocuidado. Este proceso se explica por el uso de un lenguaje accesible, recursos visuales y ejemplos culturalmente pertinentes, en concordancia con las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud para la educación en salud dirigida a personas mayores (16). De este modo, la propuesta educativa se consolida como una herramienta eficaz para fortalecer la autoeficacia, el conocimiento aplicado y la adopción de conductas favorables para el control de la hipertensión arterial.

6.3 Relevancia de la propuesta para el manejo de la hipertensión

Esta categoría permitió identificar la percepción de las personas adultas mayores sobre la utilidad y aplicabilidad del material educativo para el control de la presión arterial. Los participantes consideraron que la información presentada resultó práctica, comprensible y relevante para su vida diaria, ya que les brindó herramientas sencillas para cuidar su salud. A partir del análisis de los discursos, se identificaron tres ejes centrales que sustentan esta valoración: los cambios percibidos en la salud, la accesibilidad de las recomendaciones y su incorporación en la vida cotidiana.

En relación con los cambios percibidos en la salud, las personas participantes expresaron haber experimentado mejorías físicas tras aplicar las recomendaciones contenidas en el material educativo, especialmente aquellas vinculadas con el consumo adecuado de agua, la reducción del sodio y la práctica regular de actividad física. Estas percepciones se evidencian en expresiones como:

[...] Sí, bastante. Porque uno a veces no sabía que había cosas tan sencillas que ayudan, como tomar agua o caminar un rato. Yo he empezado a hacerlo y me he sentido mejor. [...]

[...] Claro que sí. Yo antes no sabía para qué servía el té verde, pero ahora lo tomo y siento que me ayuda. También el ajo, yo me lo tomo en la mañana, como dice el librito. [...]

Estas afirmaciones reflejan una percepción positiva de eficacia personal frente al manejo de la hipertensión, lo cual, según García y López (37), constituye un elemento clave para el éxito de las intervenciones educativas dirigidas a personas adultas mayores, al fortalecer la confianza en su capacidad para autocuidarse.

Otro aspecto relevante señalado por los participantes fue la accesibilidad y facilidad de aplicación de las recomendaciones propuestas. Las personas adultas mayores valoraron que el material educativo no implicara gastos elevados ni recursos difíciles de obtener, lo que favoreció su aceptación. Esto se refleja en comentarios como:

[...] Sí ayuda. Lo bonito es que todo lo que trae es fácil de hacer en la casa. No es cosa de estar comprando caro. Uno puede sembrar o cocinar con lo que ya tiene. [...]

Esta apreciación sugiere que la pertinencia económica del material influyó de manera positiva en su valoración, lo cual coincide con lo descrito por Martínez et al. (42), quienes destacan que las estrategias educativas basadas en prácticas domésticas y recursos locales favorecen la adherencia a largo plazo, especialmente en poblaciones rurales y de bajos ingresos.

Asimismo, los discursos de los participantes evidencian la incorporación progresiva de las recomendaciones en su vida cotidiana, manifestada a través de cambios en hábitos alimentarios y de actividad física. Varios adultos mayores indicaron haber reducido el consumo de grasa o azúcar, incrementado la ingesta de agua y adoptado la práctica regular de actividad física. Al respecto, expresaron:

[...] Yo antes no me cuidaba mucho, pero al leer el folleto entendí mejor cómo afectan los alimentos. He dejado la comida chatarra y me he sentido más livianita. Sí sirve. [...]

[...] Ayuda bastante. Porque uno a veces solo oye de la presión, pero no entiende bien qué hacer. Con este librito ya veo más claro qué cosas debo comer y cuáles evitar. [...]

[...] Para mí sí ha ayudado. Ya estoy más pendiente de tomar suficiente agua y de caminar, aunque sea media hora. También estoy usando menos sal y más verduritas, como aprendí ahí. [...]

Estas narrativas refuerzan la idea de que el material educativo no sólo fue comprendido, sino también aplicado de manera concreta en el día a día.

En conjunto, los hallazgos muestran que las personas adultas mayores perciben el material educativo como una herramienta útil y accesible para mejorar el control de la hipertensión. La valoración positiva se relaciona con la claridad de las recomendaciones, la facilidad para aplicarlas en la vida cotidiana y su conexión con prácticas culturales conocidas, como el uso de plantas que ayudan a mejorar la salud cardiovascular y la preparación de alimentos caseros. Esta percepción evidencia que la propuesta educativa fue apropiada en el contexto local, fortaleciendo el autocuidado y la adopción de hábitos saludables (37).

Estos resultados coinciden con lo encontrado en un estudio realizado en Cuba, donde una intervención educativa orientada a adultos mayores logró mejorar significativamente el conocimiento sobre la hipertensión y promover cambios sostenibles en la alimentación y el estilo de vida (37). De manera similar, Torres et al. (42) señalan que programas implementados en España y Perú, basados en materiales impresos y talleres participativos, favorecieron la comprensión y la aplicación práctica de las recomendaciones de salud, especialmente cuando se adaptan al contexto educativo y cultural de los adultos mayores. Estos hallazgos internacionales son consistentes con lo observado en la presente investigación, donde la participación activa y la pertinencia cultural del contenido se consolidan como factores clave para el éxito de las intervenciones educativas en el manejo de la hipertensión.

Las respuestas evidencian que la relevancia de la propuesta no radica únicamente en la información transmitida, sino en su capacidad para integrarse a la realidad social y cultural de los participantes, permitiéndoles adoptar prácticas de autocuidado más conscientes y acordes a sus posibilidades y entorno familiar. De forma similar a lo hallado por Gómez y Restrepo (33) en Medellín, en esta investigación se observó que la familia, especialmente las mujeres mayores, desempeña un papel central en la transmisión de saberes tradicionales y en la práctica del autocuidado. No obstante, a diferencia de contextos urbanos donde el conocimiento tradicional tiende a ser desplazado por la medicina moderna (33), en la comunidad de Zaragoza se identificó

una convivencia complementaria entre los saberes populares y las recomendaciones médicas, lo que potencia la apropiación cultural del material educativo.

En síntesis, los resultados confirman que la relevancia del material educativo radica en su pertinencia cultural, su aplicabilidad práctica y su accesibilidad económica, factores esenciales para promover el autocuidado y el control de la hipertensión en personas adultas mayores salvadoreñas. El enfoque práctico del material, que retoma conocimientos tradicionales y promueve la participación, fue valorado positivamente por los participantes, quienes lograron vincular los nuevos aprendizajes con su experiencia cotidiana. Estas percepciones respaldan lo señalado por García y López (37), la OMS (25) y la Estrategia HEARTS (27), al destacar que la educación en salud es más efectiva cuando se fundamenta en la adaptación cultural, la simplicidad del mensaje y el reconocimiento de los saberes previos, contribuyendo así a una mejora sostenida en el manejo de enfermedades crónicas y en la calidad de vida de las personas adultas mayores.

6.4 Facilitadores y barreras para la adopción de recomendaciones

En esta categoría se identificaron los factores que facilitan y dificultan la adopción de hábitos saludables, según la percepción de las personas adultas mayores participantes. Los hallazgos evidencian que la mayoría considera posible aplicar las recomendaciones del material educativo y que varias ya han incorporado cambios en su vida cotidiana, lo que refleja tanto una disposición favorable al autocuidado como la presencia de retos estructurales y personales que inciden en la sostenibilidad de dichas prácticas.

Entre los factores facilitadores, las participantes mencionaron ajustes en la preparación de los alimentos, como la reducción del consumo de grasa y sal, la incorporación de más verduras y el uso de hierbas naturales en la dieta. Estas acciones se acompañan de cambios en otros hábitos, como el aumento del consumo de agua y la práctica de actividad física. Una de las participantes expresó:

[...] “Yo ya he empezado a preparar mis comidas con menos grasa y menos sal, como nos enseñaron en el manual. También trato de caminar todos los días un rato y tomar más agua. Me doy cuenta de que me siento mejor y la presión está más controlada.”

[...]

Este tipo de testimonios refleja un proceso de apropiación del conocimiento adquirido y una motivación orientada a la prevención y el control de la hipertensión. Según la Organización Panamericana de la Salud, la educación en salud y el conocimiento sobre la enfermedad constituyen factores clave para la adopción de conductas saludables (3). De igual forma, un estudio realizado en Medellín señala que la comprensión de los hábitos saludables, junto con el apoyo familiar, influye de manera positiva en la continuidad de las prácticas aprendidas (32).

No obstante, las participantes también identificaron diversas barreras que dificultan la adopción plena de las recomendaciones. Algunas mencionaron padecimientos de salud, como el colon irritable, que limitan el consumo de ciertos alimentos, mientras que otras señalaron las dificultades económicas como un obstáculo importante para seguir las indicaciones del material de forma constante. Al respecto, una participante comentó:

[...] “Lo difícil es el gasto, porque algunos alimentos que dicen aquí son caros, y uno tiene que ver cómo hacer para comprar lo que se puede.”[...]

Estos hallazgos coinciden con el Diagnóstico de la situación de las personas adultas mayores en El Salvador 2022, el cual evidencia que una proporción significativa de los hogares de adultos mayores vive en condiciones de pobreza, especialmente en zonas rurales (13). Asimismo, se ha reportado que solo el 51.9% de las personas mayores de 65 años recibe ingresos por pensión, lo que limita su capacidad para mantener una alimentación saludable y balanceada (17).

Por otra parte, se identificó que el apoyo familiar y comunitario actúa como un facilitador importante para la adopción de hábitos saludables. Las personas que cuentan con acompañamiento muestran mayor motivación para aplicar lo aprendido. Este resultado concuerda con un estudio chileno sobre funcionamiento familiar, en el cual se destaca que la cohesión familiar mejora la calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial (31). De manera similar, otros estudios señalan que el apoyo social insuficiente se asocia con peores niveles de control de la presión arterial (41), lo que subraya la relevancia de fortalecer redes familiares y comunitarias de apoyo.

Al profundizar en los cambios que las participantes consideran más fáciles o más difíciles de aplicar, se observó que las modificaciones percibidas como más

accesibles están relacionadas con alimentos tradicionales y disponibles en su entorno inmediato, como sopas naturales (pollo, chipilín, mora) y el uso de hierbas que ayudan a mejorar la salud cardiovascular (cúrcuma, jengibre, ajo). Una participante expresó:

[...] “Lo más fácil es tomar su té verde y el jengibre, que es fácil de cultivar. Casi en todas las casas tenemos jengibre y ajo; uno lo usa por comida o por medicina.” [...]

Estos resultados reflejan que los alimentos asociados a la tradición cultural son más aceptados y sostenibles, al formar parte de los saberes comunitarios y de la vida cotidiana (5). Asimismo, la limitada capacidad adquisitiva de esta población, en su mayoría dependiente del trabajo informal o del apoyo familiar, favorece la elección de ingredientes sencillos y de bajo costo (15).

En contraste, los cambios percibidos como más difíciles estuvieron relacionados con la reducción del consumo de postres, pan dulce y comida chatarra, así como con el aumento de la ingesta de agua. Una participante comentó:

[...] “Para mí lo difícil son los postres. De vez en cuando le dan ganas a uno. Un postrecito, sí. Lo más fácil, digo yo, es hacer mis comidas más saludables.” [...]

El consumo de alimentos dulces o procesados se asocia con el placer y la socialización, lo que dificulta su sustitución. En contextos rurales salvadoreños, el acto de compartir alimentos posee un valor simbólico y afectivo relevante, reforzando hábitos que no siempre son saludables (5). Además, las dificultades para mantener una adecuada hidratación se vinculan con la falta de hábito y con bajos niveles de escolaridad. En el municipio de Zaragoza, el promedio de escolaridad de la población adulta mayor es de 2.8 años, con una alta prevalencia de analfabetismo (16), lo que puede limitar la comprensión y apropiación de algunas recomendaciones de salud.

En cuanto a la actividad física, esta fue percibida de manera variable. Mientras algunas participantes afirmaron practicarla de forma regular, otras la consideraron un esfuerzo adicional. Una de ellas señaló:

[...] “Tomar agua y hacer ejercicio es lo mejor que hay, porque yo camino todos los días, tengo el hábito de ir a caminar una hora y media.” [...]

Estos hallazgos coinciden con investigaciones que resaltan el impacto positivo de la actividad física moderada en el control de la hipertensión y en la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores (51).

En síntesis, los alimentos y hábitos vinculados a prácticas tradicionales son aceptados con mayor facilidad (5), mientras que aquellos que implican abandonar alimentos asociados al placer o a la socialización presentan mayor resistencia (35). Esto reafirma que el proceso de cambio de hábitos no depende únicamente de la información recibida, sino también de los significados culturales y emocionales que rodean la alimentación (54). En este sentido, la adopción de hábitos saludables resulta más sostenible cuando las recomendaciones no contradicen las prácticas culturales ni las condiciones económicas del entorno. Finalmente, la decisión de adoptar o mantener determinados hábitos refleja la interacción entre factores culturales, económicos y personales: los saberes tradicionales y el deseo de bienestar actúan como recursos protectores (33), mientras que las limitaciones económicas y el limitado acceso a educación en salud restringen la continuidad de los cambios (13). Este equilibrio entre motivación individual y contexto estructural determina, en última instancia, la posibilidad real de sostener prácticas saludables en la población adulta mayor con hipertensión arterial.

6.5 Rol familiar y social en la adherencia a las recomendaciones

En esta categoría se analizó la influencia del entorno familiar y social en la adopción y sostenimiento de hábitos saludables relacionados con el manejo de la hipertensión arterial. Durante el grupo focal, las personas adultas mayores manifestaron que el material educativo fue compartido principalmente con familiares cercanos (hijos, pareja, yernos) así como con vecinos y amistades. Este intercambio surgió de manera espontánea y estuvo motivado por el deseo de contribuir al bienestar de otros, lo que refleja que el material fue percibido como útil y valioso para ser transmitido. Una de las participantes comentó:

[...] “Allí en la casa ya lo enseñé a mi pareja. Pero también se lo enseñé a mi yerno, porque él estaba padeciendo, comía demasiado pan dulce... ahora empieza a creer en la hierba y sí quiere leer el libro.” [...]

Este tipo de acciones evidencia que compartir la información se concibe como una forma de cuidado y solidaridad, en la que el conocimiento se pone al servicio de la salud de los demás. El testimonio no refiere a la sustitución del tratamiento médico, sino a la valoración de prácticas tradicionales como recursos complementarios dentro del proceso de autocuidado. En este sentido, la mención de las hierbas refleja la manera en que el material educativo fue interpretado y apropiado desde los saberes culturales preexistentes, lo que facilitó su difusión en el entorno familiar. Según la Organización Panamericana de la Salud, la educación en salud se fortalece cuando el conocimiento circula dentro de las redes familiares y comunitarias, ya que esto favorece su aceptación y sostenibilidad en el tiempo (3).

En este contexto, las redes familiares y de amistad funcionan como canales naturales de difusión del conocimiento, especialmente en poblaciones con bajo nivel de escolaridad y acceso limitado a materiales educativos (16). El acto de compartir el material no se presentó como un hecho aislado, sino como una extensión de las relaciones cotidianas de cuidado que caracterizan la vida comunitaria en Zaragoza. De este modo, el conocimiento se transmite principalmente a través de la confianza interpersonal, más que por vías institucionales o formales (15).

Asimismo, las participantes señalaron que el material fue utilizado como una herramienta para influir positivamente en la salud de sus allegados. Algunas relataron que familiares que inicialmente se mostraban escépticos comenzaron a interesarse en mejorar su alimentación o realizar actividad física tras conocer el contenido del material. Este proceso de apropiación sugiere que el conocimiento práctico compartido en el entorno familiar resulta más cercano y significativo que las recomendaciones médicas percibidas como impersonales (15).

Además del rol de difusión del material, se exploró cómo las relaciones familiares influyen directamente en la adherencia a las recomendaciones alimentarias. Las respuestas mostraron que, aunque algunas personas adultas mayores viven solas, sus familiares, principalmente hijas e hijos, actúan como una red de apoyo constante en la adquisición de alimentos y en la supervisión de las prácticas de autocuidado. Una participante expresó:

[...] “Mi hija me ayuda bastante, ella también está a dieta y me dice ‘mami, no coma esto, no le vaya a echar sal’. “Ella me llama para preguntarme qué voy a comer.” [...]

Este tipo de acompañamiento refleja un apoyo activo y cotidiano que contribuye al cumplimiento de las recomendaciones, lo cual coincide con estudios realizados en Chile que señalan que un funcionamiento familiar positivo se asocia con una mejor adherencia a tratamientos y una mayor calidad de vida en adultos mayores con enfermedades crónicas (31).

No obstante, también se identificaron situaciones que limitan el apoyo familiar. Algunas participantes señalaron que la distancia física de sus familiares dificulta la implementación diaria de hábitos saludables. Una de ellas comentó:

[...] “Yo siento que, si nos puede ayudar la familia, pero si están lejos no pueden hacerlo, solo los que están cerca” [...].

Esta situación coincide con hallazgos previos que relacionan el aislamiento social con un menor seguimiento de las recomendaciones médicas y con mayores niveles de vulnerabilidad en la vejez (41). Por otro lado, la socialización frecuente fue percibida como una barrera para mantener una alimentación adecuada. Las reuniones familiares y las visitas sociales suelen implicar el consumo de pan dulce, pasteles o refrescos, alimentos no recomendados para el control de la hipertensión. Como explicó una participante:

[...] “Cuando llega una visita, uno no la va a dejar comer sola. Entonces preparo café y un pedacito de pan. Sí nos afecta estar rodeadas de gente que no entiende la alimentación que debemos llevar.” [...]

Estos testimonios evidencian que el acto de compartir comida posee un fuerte valor simbólico y cultural. En la vida cotidiana de las personas adultas mayores, preparar y compartir alimentos fortalece los vínculos sociales y la reciprocidad comunitaria (5); sin embargo, esta misma práctica puede convertirse en un obstáculo para la adopción sostenida de hábitos saludables.

En el caso del municipio de Zaragoza, el diagnóstico local señala que la familia cumple un papel central no solo en el cuidado, sino también en la transmisión de

conocimientos y valores relacionados con la salud y la alimentación (16). Por ello, resulta fundamental que los programas educativos reconozcan esta dimensión cultural y social, incorporando estrategias que promuevan cambios de comportamiento sin romper las dinámicas relacionales que dan sentido a la vida comunitaria (5).

En síntesis, los resultados muestran que el apoyo familiar y social actúa como un facilitador clave para la adherencia a las recomendaciones alimentarias, al brindar acompañamiento, supervisión y motivación constante (5). Sin embargo, la distancia geográfica, el aislamiento social y las prácticas culturales asociadas al consumo compartido de alimentos constituyen barreras importantes para mantener una alimentación saludable (41). Estos hallazgos coinciden con la evidencia internacional que reconoce la influencia decisiva de las redes sociales en la salud de las personas adultas mayores, tanto como fuente de apoyo como potencial factor de riesgo (11).

En consecuencia, comprender el entorno familiar y social resulta esencial para el diseño de intervenciones educativas efectivas. La alimentación, más que un acto individual, es una práctica social y culturalmente significativa, en la que la familia desempeña un papel central como agente de cuidado, aprendizaje y transmisión de valores (5). Integrar esta perspectiva permitirá que las estrategias educativas orientadas al control de la hipertensión arterial sean más pertinentes, culturalmente sensibles y sostenibles en el tiempo (16).

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- La propuesta educativa implementada contribuyó positivamente al fortalecimiento de los estilos de vida saludables en las personas adultas mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, reflejado en la comprensión, apropiación y aplicación parcial de los contenidos. Las respuestas de los participantes evidenciaron efectos positivos percibidos en su forma de entender el autocuidado y la alimentación saludable, reafirmando la pertinencia de desarrollar una intervención educativa contextualizada al entorno de la parroquia Nuestra Señora del Pilar, en Zaragoza. Estos resultados confirman que una estrategia educativa participativa y culturalmente pertinente puede favorecer procesos de aprendizaje significativos orientados al autocuidado y la prevención de la hipertensión arterial.
- El diagnóstico inicial permitió identificar conocimientos limitados y prácticas alimentarias poco adecuadas entre las personas adultas mayores, condicionadas por factores educativos, económicos y culturales. Sin embargo, también se evidenciaron saberes tradicionales valiosos, como el uso de plantas que ayudan a mejorar la salud cardiovascular y remedios caseros, que funcionaron como punto de partida para generar aprendizajes significativos y construir puentes entre el conocimiento popular y el conocimiento técnico-nutricional. Esta integración favoreció una mayor receptividad hacia los contenidos de la propuesta educativa.
- El material educativo diseñado fue ampliamente valorado por su claridad, sencillez y pertinencia cultural, lo que facilitó su comprensión incluso en personas con bajo nivel de escolaridad o con limitaciones en lectoescritura. Los recursos visuales, el lenguaje cotidiano y la vinculación con prácticas locales contribuyeron a su apropiación. Además, la socialización promovió procesos espontáneos de intercambio de saberes, extendiendo el aprendizaje hacia los entornos familiares y comunitarios, lo que refuerza su potencial como herramienta educativa con alcance social.

- Luego de la socialización, los participantes expresaron ajustes favorables en sus prácticas cotidianas, especialmente en el consumo de sal, inclusión de verduras, aumento del consumo de agua y tés naturales, así como en la incorporación de ejercicios suaves. Sin embargo, persisten desafíos vinculados a hábitos alimentarios arraigados y a limitaciones económicas y sociales, que dificultan la sostenibilidad de los cambios iniciados. Estas experiencias evidencian que la adopción de prácticas saludables es un proceso gradual que requiere acompañamiento, apoyo familiar y continuidad educativa.

7.2 RECOMENDACIONES

A la parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza

Continuar promoviendo actividades educativas dirigidas a las personas adultas mayores, fortaleciendo su rol como agente comunitario de apoyo y cuidado integral. Estos espacios pueden incluir charlas, círculos de aprendizaje o talleres prácticos sobre alimentación, autocuidado y ejercicio físico adaptado.

Identificar y acompañar liderazgos dentro de la comunidad parroquial, como adultos mayores activos o voluntarios que puedan brindar apoyo a quienes poseen menor red familiar. Esta articulación puede favorecer el seguimiento de las recomendaciones aprendidas y fortalecer el sentido de pertenencia y apoyo mutuo entre los participantes.

Fortalecer su papel de vínculo entre los adultos mayores y los servicios públicos o programas sociales del territorio. Esta articulación puede generar sinergias que faciliten el acceso a alimentos saludables, atención médica y recursos educativos, potenciando la sostenibilidad de las acciones formativas.

A los adultos mayores participantes

Mantener las prácticas adquiridas durante la propuesta educativa, como la preparación de comidas caseras con menos sal y grasa, el consumo de infusiones naturales y la práctica de ejercicios suaves, reconociendo su aporte al bienestar general. Aunque los cambios sean graduales, representan avances significativos hacia el autocuidado y la prevención.

A las estudiantes de la Licenciatura en Nutrición

Continuar elaborando propuestas educativas adaptadas al nivel de comprensión y contexto de la población adulta mayor, priorizando el uso de lenguaje claro, recursos visuales y ejemplos cercanos a su vida cotidiana.

Promover una relación basada en la escucha activa, el respeto por los saberes previos y la validación de las experiencias de vida de las personas adultas mayores. Este enfoque fortalece el vínculo educativo y favorece la construcción de aprendizajes significativos, reconociendo que la educación nutricional no se limita a la transmisión de conocimientos técnicos, sino que se sustenta en una relación humana, cercana y respetuosa.

A la carrera de Nutrición

Continuar creando oportunidades en las que los futuros profesionales puedan diseñar e implementar propuestas educativas en contextos reales y con poblaciones diversas. Este tipo de experiencias enriquece la formación académica y refuerza el impacto social de la carrera.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asamblea.gob.sv [Internet]. Asamblea Legislativa. El Salvador; 2023 [citado el 15 de abril de 2024]. Así será la distribución de municipios y distritos, según ley de reestructuración territorial. Disponible en: <https://www.asamblea.gob.sv/node/12806>
2. Viceministerio de Operaciones en Salud Dirección Nacional De Primer Nivel de Atención. Diagnóstico Situacional De Salud Unidad de Salud Zaragoza. Zaragoza, 2024 [citado 10 de abril de 2024]
3. La OMS detalla, en un primer informe sobre la hipertensión arterial, los devastadores efectos de esta afección y maneras de ponerle coto - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2023 [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/19-9-2023-oms-detalla-primer-informe-sobre-hipertension-arterial-devastadores-efectos-esta>
4. Ministerio de Salud. Recomendaciones de alimentación en el abordaje de enfermedades no transmisibles priorizadas. El Salvador. 2023 [citado 25 de marzo de 2024]
5. Marc Espín. Descartados. El Salvador;2017 [citado 14 de marzo de 2024]
6. Herrera J, María C. Programa de intervención nutricional en un centro de salud para pacientes con riesgo cardiovascular. <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/134986/6/cjimenezherreratfM0621memoria.pdf>
7. Plan prevención control hipertensión arterial preliminar [Internet]. [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/plan-nacional-prevencion-control-de-la-hipertension-arterial.pdf>
8. Una APP para combatir la hipertensión | Fondef [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.conicyt.cl/fondef/2019/08/27/una-app-para-combatir-la-hipertension/>
9. Scielo. Cruz Aranda J. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. [Internet]. 2019 [citado el 4 de abril de 2024];27(1): 35(4):515-524. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-48662019000400515&script=sci_abstract

10. PAHO. EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON ENFOQUE INTEGRAL [Internet]. Paho.org. 2017 [citado el 8 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>
11. Envejecimiento y salud - OMS. | Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2024 [citado 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
12. Envejecimiento - ONU | Organización de las Naciones Unidas [Internet]. 2022 [citado 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
13. C.Alfaro - M. Behjet - E. Contreras - C. Durán - N. Escobar - N. Iglesias. Diagnóstico de la situación de las personas adultas mayores en El Salvador. El Salvador. Escuela de Comunicación Monica Herrera; 2022.
14. M. Rodriguez. Desprotección, la realidad de las personas adultas mayores en El Salvador. ARPAS [Internet]. 2019 [citado 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://arpas.org.sv/2019/12/desproteccion-la-realidad-de-las-personas-adultas-mayores-en-el-salvador/>
15. Solo uno de cinco adultos mayores recibe ingresos por pensión - FUNDAUNGO | Fundación Doctor Guillermo Manuel Ungo [Internet]. 2022 [citado 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.fundaungo.org.sv/solo-uno-de-cada-cinco-adultos-mayores-recibe-ingresos-por-pension>
16. Tablas V. La Población Adulto Mayor en El Salvador: indicadores socioeconómicos y demográficos a nivel municipal. FUNDAUNGO. Citado el 20 de noviembre de 2024, Disponible en: <https://www.fundaungo.org.sv/products/la-poblacion-adulto-mayor-en-el-salvador-indicadores-socioeconomicos-y-demograficos-a-nivel-municipal--2/98>
17. OIT: 34,5% de personas mayores de 65 años no tienen ingresos en América Latina y el Caribe - OIT. | Organización Internacional del Trabajo [Internet]. 2022 [citado 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ilo.org/es/resource/news/oit-345-de-personas-mayores-de-65-anos-no-tienen-ingresos-en-america-latina>

18. Salas V. Pobreza y desigualdad en América Latina: Conceptos, medición y análisis. CEPAL, 2007, citado 2024 noviembre 25].
19. El nivel educativo influye en la manera en la que se envejece. INFOSALUS. [Internet] 2020 [citado 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/mayores/noticia-nivel-educativo-influye-manera-envejece-20200724104357.html>
20. Quehl. D. El analfabetismo afecta más a los adultos mayores en El Salvador El Mundo [Internet] 2022. [citado 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://diario.elmundo.sv/nacionales/el-analfabetismo-afecta-mas-a-los-adultos-mayores-en-el-salvador>
21. Envejecimiento Saludable: Datos y Visualizaciones OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2019 [citado 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable-datos-visualizaciones>
22. OPS. HEARTS en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; [actualizado 2024 noviembre 25; citado 2024 noviembre 25]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/heart-america>
23. Más de 700 millones de personas con hipertensión sin tratar [Internet]. [citado 26 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
24. Día Mundial de la Hipertensión Arterial, 17 de mayo de 2022. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. [Internet]. 2022 [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cardiosalud.org/dia-mundial-de-la-hipertension-arterial-17-de-mayo-de-2022/>
25. Scielo. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100009
26. World Health Organization. Global Hearts Initiative [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/15-09-2016-global-hearts-initiative>
27. El Salvador se suma a la iniciativa HEARTS - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [citado 27 de marzo de 2024].

- Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-2-2022-salvador-se-suma-iniciativa-hearts>
28. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión [Internet]. [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
 29. ENSANUT-ECU 2012 [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
 30. UCUENCA. Cumplimiento en el tratamiento nutricional en los pacientes del Club de Hipertensos del cantón Paute [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/638abd24-93cf-4eb4-abcb-c5aaea85c601/full>
 31. Duran Badillo T, Herrera Herrera JL, Salazar Barajas ME, Míreles Alonso MA, Saavedra MO, Ruiz Cerino JM, et al. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Cienc Enferm [Internet]. 2022 [citado 27 de marzo de 2024];28. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532022000100203&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 32. Price Yocelyn, Muñoz Luz Angélica. Comprendiendo la búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial. Redalyc. Medellín, Colombia. 2003; vol. XXI, núm. 1,38-46 [citado 27 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105217879003.pdf>
 33. Magallanes Menacho GA, Milluni Cabrera MR. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el consumo de sal añadida y la presencia de sodio en los alimentos relacionados a la presencia de hipertensión arterial en adultos mayores de 50 a 70 años realizado en el Centro para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad del Distrito 11 [tesis]. [citado el 17 de abril de 2025]. Santa Cruz de la Sierra: Universidad Evangélica Boliviana; 2023. Disponible en: <https://www.difuciencia.com/files/original/891cec9f24436515e3b481c7cc95c5cb350395e1.pdf>
 34. Chotisiri L, Yamarat K, Taneepanichskul S. Exploración del conocimiento, las actitudes y las prácticas hacia los adultos mayores con hipertensión en atención primaria. J Multidiscip Healthc. 2016; 9:559-564.

- doi:10.2147/JMDH.S112368. [citado el 17 de abril de 2025] Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5087816/>
35. Redalyc.org. Lastre Amell G, Carrero González C, Soto Rodríguez L, Orostegui M, Suarez Villa M. Hábitos alimentarios en el adulto mayor con hipertensión arterial. [Internet]. 2020 [citado el 17 de abril de 2025];15(3): 226-230 Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1702/170265475013/html/>
36. Alonzo Vélez MA, Valle Gurumendi ML, Cardoso Castillo JA. IMPORTANCIA DE ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. CENTRO DEL ADULTO MAYOR "RENTA LUQUE". 2019.: Importance of lifestyles in hypertensive older adults. Senior Center "Renta Luque". 2019. Más Vita. 21 de junio de 2021;3(2):23-9. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1253890/182-texto-del-articulo-664-1-10-20210621.pdf>
37. Álvarez Reyes M, Morales Sotolongo I, Morales Reyes E, Vega Colina B. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora. Humanidades Médicas. diciembre de 2011;11(3):433-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202011000300003&script=sci_arttext&tlng=pt
38. García EJ, Chátara Jiménez AR. CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN USUARIOS QUE ASISTEN A UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR MILAGRO DE LA PAZ, SAN MIGUEL, EN PERIODO DE FEBRERO A SEPTIEMBRE 2019. [TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE: MAESTRO EN SALUD PÚBLICA] San Salvador: Universidad de El Salvador 2019. [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1147101/270-11106151.pdf>
39. Achiong Estupiñán F, Morales Rigau J, Acebo Figueroa F, González Hernández Y, Abreu Leon E, Vega Rico O. Intervención integral educativa en hipertensión arterial. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio de Cárdenas, 2013. Rev médica electrón [Internet]. 2014 [citado el 09 de abril de 2024] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200006
40. González Rodríguez R, Martínez Cruz M, Castillo Silva D, Rodríguez Márquez O, Hernández Valdés J. Caracterización clínico-epidemiológica de la

- hipertensión arterial en adultos mayores. Rev Finlay. junio de 2017;7(2):74-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s2221-24342017000200002&script=sci_arttext
41. Menéndez Villalva C, Montes Martínez A, Gamarra Mondelo T, Núñez Losada C, Alonso Fachado A, Bujan Garmendia S. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. Aten Primaria [Internet]. 2003 [citado el 09 de abril de 2024] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-influencia-del-apoyo-social-pacientes-13047733>
 42. Pardón LLD. Ejercicios físicos adaptados en el control de la hipertensión arterial el adulto mayor [Internet]. Unirioja.es. 2009 [citado el 08 de abril de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6173633.pdf>
 43. Desafíos L y. El Salvador en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud [Internet]. Paho.org. [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54634/9789992340998_spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y
 44. MINSAL. Modelo de atención integral en salud para la persona adulta mayor. [Internet]. Cordes.org.sv. 2018 [citado el 8 de abril de 2024]. Disponible en: <https://cordes.org.sv/wp-content/uploads/2018/02/VERSION-FINAL-MODELO-DE-ATENCION-A-ADULTO-MAYOR-01-11-2018-.pdf>
 45. Reyes Caballero MC, Menéndez Gálvez L, Obregón Pérez JN, Núñez Rodríguez M, García Aguila EJ. Efectividad de una intervención educativa para modificar conocimientos sobre estilos de vida en pacientes hipertensos. Edumecentro [Internet]. 2021 [citado el 17 de abril de 2024];13(1):149–66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000100149
 46. Estrada D, Pujol E, Jiménez L, Salamero M, de la Sierra A. Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada. Rev Esp Geriatria Gerontol. 1 de marzo de 2012;47(2):62-6. [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-efectividad-una-intervencion-educativa-sobre-S0211139X1100357X>
 47. MINSAL. Encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta de El Salvador, ENECA-2015. [Internet] BVS. 2016 [citado el

8 de abril de 2024]. Disponible en:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1099978>

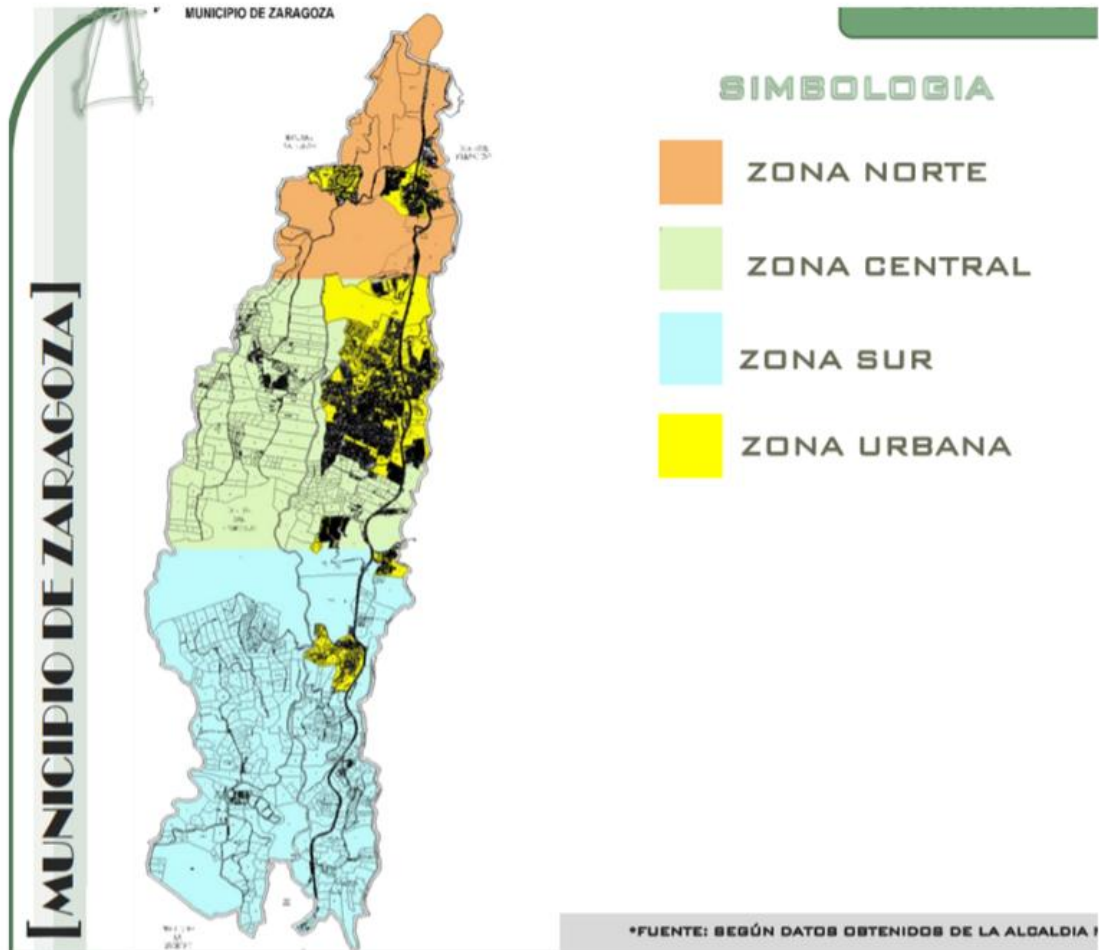
48. ISSS. ISSS lanza guía clínica para el abordaje de pacientes hipertensos [Internet]. ISSS.GOB.SV. 2021 [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en:<https://www.iss.gov.sv/iss-lanza-guia-clinica-para-el-abordaje-de-pacientes-hipertensos/>
49. Ministerio de Salud Gobierno de El Salvador. GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA [Internet] 2015. [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en:
<https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/91586/download>
50. Carranza Esteban RF, Caycho-Rodríguez T, Salinas Arias SA, Ramírez Guerra RM, Campos Vilchez C, Chuquista Orci K, Pérez Rivera J. Efectividad de intervención basada en modelo de Nola Pender en promoción de estilos de vida saludables de universitarios peruanos. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2019 [citado mayo 31 2025];35(4): e2859. Disponible en:
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2859>
51. Ortega CV, Cuenca CA, Anchundia MC, Macías EV, Giler AV. Estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. Rev Más Vita [Internet]. 2021 [citado 31 mayo 2025]; 3(1):42–54. Disponible en:
<https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/182/763>
52. González Pérez CA, Rodríguez González MC, González Rodríguez JL. La educación ambiental en el contexto de la educación superior. Rev Cubana Educ Sup. 2020 [citado 31 mayo 2025];39(3):196-206. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000301960
53. Cruz-Aranda JE. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Med Interna Mex [Internet]. 2019 Ago [citado 31 mayo 2025]; 35(4):515–24. Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000400515&lng=es

54. Gallegos B. Educación Alimentaria y Nutricional Módulo IV [Educación Alimentaria y Nutricional]. El Salvador: Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador; 2018.
55. Scielo. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. [citado 14 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000300059
56. OPS: Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Paho.org Hipertensión [citado el 15 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/hipertension>
57. Macías AB. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA [Internet]. Edu.mx. 2010 [citado el 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://www.upd.edu.mx/PDF/Libros/ElaboracionPropuestas.pdf>
58. Meza Paredes JV, Ortiz Soria LA, Olmedo Pavón JA. Conocimientos, actitudes y prácticas de alimentos procesados y ultraprocesados en adultos y adultos mayores de Asunción y zonas periurbanas. *Discover Medicine* [Internet]. 2023 [citado 17 de abril de 2025]; 7(2):1–10. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/DM/article/view/3816>
59. Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento saludable 2021–2030. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
60. Nurseslabs. Nola Pender: Health Promotion Model (Theory Guide). Nurseslabs; 2023. Disponible en: <https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/>
61. Knoles M. La andragogía, el arte de educar adultos. Universidad Arturo Prat; 2021. Disponible en: https://www.unap.cl/prontus_unap/site/artic/20210709/pags/20210709231717.html
62. De Souza-Martins M, Ligarretto-Feo R, Ramos-Villarreal KV, Tibaduiza J. Andragogía y motricidad humana en adulto mayor: una propuesta para el Buen Vivir. *Estud Pedagóg.* 2023; 49(Especial):79-94. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052023000300079&script=sci_arttext

63. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. WHO; 2002. Disponible en: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
64. Zhou X. A systematic review of behavioural interventions promoting healthy eating among older people. *Nutrients*. 2018; 10(2):128. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/2/128>

IX. ANEXOS

Anexo 1: Mapa de distribución de la población en zonas del distrito de Zaragoza



Anexo 2: Tamaños de muestra comunes en estudios cualitativos.

| Tipo de estudio | Tamaño mínimo de muestra sugerido |
|---|---|
| Etnográfico cultural | Una comunidad o grupo cultural, 30-50 casos que lo conformen. Si es menor el grupo, incluir a todos los individuos o el mayor número posible. |
| Etnográfico básico | Doce participantes homogéneos. Si la unidad de análisis es observaciones, 100-200 unidades. |
| Fenomenológico | Diez casos. |
| Teoría fundamentada, entrevistas o personas bajo observación. | De 20 a 30 casos. |
| Historia de vida familiar | Toda la familia, cada miembro es un caso. |
| Biografía | El sujeto de estudio (si vive) y el mayor número de personas vinculadas a él, incluyendo críticos. |
| Estudio de casos | De seis a 10. Si son en profundidad, tres a cinco. |
| Grupos de enfoque | Siete a 10 casos por grupo, al menos un grupo por tipo de población. Si el grupo es menor, incluir a todos los individuos o el mayor número posible. Para generar teoría, tres a seis grupos. |

X. APÉNDICES

Apéndice 1: Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN



PROPUESTA EDUCATIVA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA PARROQUIA NUESTRA SEÑORA DEL PILAR, ZARAGOZA, JUNIO-JULIO 2025.

Objetivo: Contribuir al fortalecimiento de los estilos de vida saludables en adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, mediante una propuesta educativa contextualizada en la parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, en junio-julio de 2025.

Consentimiento informado

Estimado/a participante:

Le invitamos a formar parte de nuestra investigación respecto a la propuesta educativa sobre estilos de vida saludable en adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial de la parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, junio-julio 2025. Su participación es completamente voluntaria y será de gran valor para profundizar en nuestra comprensión sobre este tema. Para ello, se le administrará una guía de entrevista de grupo focal que consta de 12 preguntas.

Al dar su consentimiento para participar, usted acepta que sus respuestas se utilizarán exclusivamente con fines de investigación y se mantendrán en estricta confidencialidad. Su nombre no se asociará con sus respuestas, y su identidad

permanecerá anónima en todos los informes y publicaciones resultantes de este estudio. Si en cualquier momento decide no continuar o desea retirarse, tiene la libertad de hacerlo sin que ello conlleve ninguna consecuencia.

Agradecemos sinceramente su participación y colaboración en este estudio. Para cualquier consulta, queja o comentario respecto al estudio y sus implicaciones, puede comunicarse en cualquier horario a los siguientes contactos de los integrantes del equipo investigador:

Mirna Raquel Hernández Roque

hr15044@ues.edu.sv

Diana Carolina Klee Bonilla

kb18001@ues.edu.sv

Joyce Michelle López Soto

ls17007@ues.edu.sv

Declaración voluntaria:

He sido informado/a sobre el objetivo del estudio y he leído y comprendido la información proporcionada. Reconozco que la investigación no representa ningún riesgo para mi integridad física y mental, y entiendo que no recibiré ningún tipo de beneficio por participar en el estudio. Soy consciente de que mi participación es completamente gratuita y voluntaria.

He sido informado/a sobre la naturaleza del estudio, que consistirá en una serie de preguntas, y entiendo que tengo la libertad de decidir si deseo participar o de retirarme en cualquier momento que considere necesario, sin que ello implique ninguna consecuencia.

Por lo tanto, acepto participar en el estudio y autorizo el uso de mis datos y respuestas obtenidas durante el grupo focal para fines académicos.

F _____

Apéndice 2: Cuestionario estructurado

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN



PROPUESTA EDUCATIVA SOBRE SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA PARROQUIA NUESTRA SEÑORA DEL PILAR, ZARAGOZA, JUNIO-JULIO 2025.

Objetivo: Contribuir al fortalecimiento de los estilos de vida saludables en adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, mediante una propuesta educativa contextualizada en la parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, en junio-julio de 2025.

1. Sexo:

- Hombre
- Mujer

2. Edad:

3. Talla:

4. Peso:

SECCIÓN 1: CONOCIMIENTOS SOBRE HIPERTENSIÓN

5. ¿Hace cuánto tiempo le dijeron que tiene hipertensión?

6. ¿Usted ha escuchado hablar de la hipertensión o presión alta?

- Sí
- No

7. ¿Podría contarme con sus palabras qué entiende usted por hipertensión arterial?

8. **¿Usted sabe cuáles son los valores normales de presión en alguien que ya tiene diagnóstico de hipertensión?**
- Sí
 - No
9. **De estos valores que le voy a mencionar, ¿cuál cree usted que es el normal para una persona con hipertensión controlada?**
- Menor de 140 sobre 90
 - 120 sobre 80
 - Mayor de 140 sobre 90
 - No sabe / No está seguro/a
10. **¿Usted cree que se puede controlar la hipertensión con un estilo de vida adecuado?**
- Si
 - No
 - No está seguro/a
11. **¿Qué cosas cree usted que ayudan a controlar la presión alta? Puede mencionarse varias si quiere.**
- Tomar los medicamentos
 - Comer con menos sal
 - Hacer ejercicio
 - Dormir bien
 - Evitar el estrés
 - No fumar
 - No sabe / No está seguro/a

SECCIÓN 2: TRATAMIENTO Y ADHERENCIA

12. **¿Usted está tomando medicamentos para controlar su presión arterial?**
- Si
 - No
13. **¿Toma su medicamento todos los días, como se lo indicaron?**
- Sí
 - No
14. **¿Alguna vez ha dejado de tomar su medicamento por alguna razón?**
- Sí
 - No
 - No recuerda
15. **Si responde "sí": ¿Podría compartir por qué dejó de tomarlo?**
16. **¿Sabe cómo se llama el medicamento que toma para la presión?**
- Sí
 - No
17. **Si responde "sí": ¿Podría decirnos el nombre del medicamento?**

SECCIÓN 3: ALIMENTACIÓN

18. ¿Desde que le diagnosticaron hipertensión, ha cambiado la forma en que se alimenta?

- Sí
- No

19. Si responde "sí": ¿Podría decirnos en qué ha cambiado?

20. ¿Estaría dispuesto a hacer más cambios en su estilo de vida para mejorar su salud?

- Si
- No
- Talvez

21. ¿Suele agregar sal extra a sus comidas, ya sea en la mesa o al cocinar?

- Sí
- No
- A veces

22. ¿Cuál de estos métodos de cocción suele usar más en casa?

- Hervido / sancochado
- Al vapor
- Frito
- A la plancha
- Asado
- Salteado

23. Indique la frecuencia de consumo en los alimentos mencionados a continuación:

| | Nunca | 1 vez/día | 2-4 veces/día | 4-7 veces/día | +7 veces al día | 1-3 veces/semana | 4-7 veces/semana | Cada 15 días |
|---|-------|-----------|---------------|---------------|-----------------|------------------|------------------|--------------|
| Sal | | | | | | | | |
| Azúcar | | | | | | | | |
| Consomé | | | | | | | | |
| Sopas instantáneas | | | | | | | | |
| Cubitos "maggi" | | | | | | | | |
| Queso duro | | | | | | | | |
| Queso craft | | | | | | | | |
| Frijoles molidos preenvasados | | | | | | | | |
| Frijoles fritos | | | | | | | | |
| Embutidos (chorizo, jamón, salchicha, mortadela, etc.) | | | | | | | | |
| Margarina vegetal | | | | | | | | |
| Manteca de cerdo | | | | | | | | |
| Bebidas artificiales (sodas, jugos, té frío, etc.) | | | | | | | | |
| Comida rápida (pizza, hamburguesa, pollo frío, comida mexicana, etc.) | | | | | | | | |
| Snack (churros variados) | | | | | | | | |
| Galletas saladas | | | | | | | | |
| Bebidas con alcohol | | | | | | | | |
| Bollería (pan dulce, pasteles) | | | | | | | | |
| Tortillas | | | | | | | | |
| Pan francés | | | | | | | | |

| | Nunca | 1 vez/día | 2-4 veces/día | 4-7 veces/día | +7 veces al día | 1-3 veces/semana | 4-7 veces/semana | Cada 15 días |
|---------------------------|-------|-----------|---------------|---------------|-----------------|------------------|------------------|--------------|
| Pastelitos | | | | | | | | |
| Empanadas | | | | | | | | |
| Yuca frita | | | | | | | | |
| Papas fritas | | | | | | | | |
| Mango en miel | | | | | | | | |
| Jocote en miel | | | | | | | | |
| Ayote en miel | | | | | | | | |
| Plátano en miel | | | | | | | | |
| Torreas | | | | | | | | |
| Relleno de pescado | | | | | | | | |
| Elote asado (limón y sal) | | | | | | | | |
| Nuegados | | | | | | | | |
| Tamales | | | | | | | | |
| Pupusas | | | | | | | | |

24. ¿Usted siente que en ciertas temporadas las tradiciones religiosas influyen en su alimentación?

- Si
- No
- A veces

25. ¿Las actividades familiares o con amistades influyen respecto a los alimentos que suele consumir?

- Si
- No
- A veces

26. ¿Considera usted que el tener hipertensión arterial le limita a poder participar en reuniones familiares?

- Sí
- No
- A veces

27. ¿Al momento de elegir sus alimentos en qué aspectos se basa?

- Economía
- Antojos
- Salud
- Estado de ánimo

SECCIÓN 4: ACTIVIDAD FÍSICA

28. ¿Realiza algún tipo de ejercicio o movimiento físico durante la semana?

- Sí
- No

29. Si responde "sí": ¿Qué tipo de ejercicio realiza?

30. ¿Con qué frecuencia realiza esa actividad física?

- 1 vez a la semana
- Todos los días
- 2 a 3 veces por semana
- Casi nunca

SECCIÓN 5: CONSUMO DE AGUA

31. ¿Cuánta agua acostumbra a tomar al día?

- Menos de 1 litro
- Alrededor de 1 litro
- 2 litros o más

32. ¿Cree usted que tomar suficiente agua puede ayudar a controlar la presión arterial?

- Sí
- No
- No sabe

SECCIÓN 6: ETIQUETA NUTRICIONAL

33. ¿Ha escuchado hablar de las etiquetas nutricionales en los productos que compramos?

- Sí
- No

34. ¿Lee las etiquetas cuando compra productos alimenticios?

- Sí
- No

- A veces

35. ¿Sabe qué cosas debe buscar en la etiqueta para cuidar su salud?

- Sí
- No

36. Si responde "sí": ¿Qué es lo que suele buscar?

SECCIÓN 7: HUERTOS Y PRODUCCIÓN LOCAL

37. ¿Ha escuchado hablar sobre huertos caseros o familiares?

- Sí
- No

38. ¿Tiene un huerto en su casa o en su comunidad?

- Sí
- No

39. ¿Cree que cultivar sus propios alimentos puede ayudarle a comer más saludable y controlar la presión?

- Sí
- No
- Tal vez

Apéndice 3: Preguntas guía del grupo focal.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN



PROPUESTA EDUCATIVA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA PARROQUIA NUESTRA SEÑORA DEL PILAR, ZARAGOZA, JUNIO-JULIO 2025.

Objetivo: Contribuir al fortalecimiento de los estilos de vida saludables en adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, mediante una propuesta educativa contextualizada en la parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, en junio-julio de 2025.

Opiniones y actitudes hacia la propuesta educativa

1. ¿Qué le pareció la información que se presentó sobre alimentación y vida saludable?
2. ¿Considera que el contenido fue claro y fácil de entender?
3. ¿Qué impresión le dejó la forma en que se presentó la información (imágenes, ejemplos, lenguaje, etc.)?

Comprensión del contenido relacionado con hipertensión

4. ¿Qué cosas nuevas aprendió o comprendió mejor con la información recibida?
5. ¿Cuál fue la parte que más le llamó la atención o que consideró más importante?

Relevancia de la propuesta para el manejo de la hipertensión

6. ¿Cree que la información presentada puede ayudarle a controlar su presión arterial? ¿Por qué?

7. ¿De qué manera se relaciona esta información con lo que usted hace actualmente para cuidar su salud?

Facilitadores y barreras para la adopción de recomendaciones

8. ¿Considera que puede poner en práctica lo aprendido? ¿Qué le facilitaría o dificultaría hacerlo?

9. ¿Qué cambios de los que se proponen le parecen más fáciles de hacer? ¿Y cuáles más difíciles? ¿Por qué?

Rol del entorno familiar y social en la adherencia

10. ¿Compartió esta información con algún familiar o persona cercana?


11. ¿Qué le dijeron o cómo reaccionaron?

12. ¿De qué forma cree que su familia o personas cercanas pueden ayudarle o dificultarle seguir estas recomendaciones?

Apéndice 4: “Recomendaciones Para Una Vida Saludable En Adultos Mayores Que Padecen Hipertensión Arterial”

Recomendaciones para una vida saludable en adultos mayores con diagnóstico en Hipertensión Arterial





UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN

RECOMENDACIONES PARA UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN
ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL

Mirna Raquel Hernández Roque HR15044
Diana Carolina Klee Bonilla KB18001
Joyce Michelle López Soto LS17007

Asesora:
Licda. Vanessa Adaluz Iraheta De Pineda.

Propuesta educativa sobre estilos de vida saludable en adultos
mayores con diagnóstico de hipertensión arterial de la Parroquia
Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, junio - julio 2025.

Junio - julio de 2025.



INDICE

| CONTENIDO | PÁGINA |
|--|--------|
| PRESENTACIÓN | 4 |
| TEMA 1: De la cabeza al corazón: entendiendo la hipertensión | 5 |
| TEMA 2: Alimentando el corazón: explorando el plato saludable, mezclas vegetales y refrigerios saludables | 8 |
| TEMA 3: Cultivando bienestar: como cuidar sus plantas y su corazón | 13 |
| TEMA 4: La clave esta en los detalles: como la etiqueta nutricional impacta en su salud cardiovascular. | 18 |
| TEMA 5: De la inactividad a la vitalidad: integrando la actividad fisica en la rutina de adultos mayores que padecen hipertensión arterial | 24 |
| TEMA 6: Sediento de salud: estrategias prácticas para una hidratación efectiva y segura | 27 |
| GLOSARIO | 29 |
| BIBLIOGRAFÍA | 30 |

PRESENTACIÓN

La hipertensión arterial es un problema de salud muy común en todo el mundo y afecta especialmente a las personas adultas mayores. Cada etapa de la vida merece ser vivida con bienestar, y una buena forma de lograrlo es cuidando la salud mediante hábitos saludables y actividades que ayuden a mantenerse activo y en buen estado.

Muchas personas adultas mayores no tienen toda la información necesaria para comprender bien qué es la hipertensión arterial ni conocen cuáles son los valores normales de la presión arterial. Además, puede ser difícil saber cómo manejar esta condición en el día a día para evitar complicaciones. Por ello, es importante contar con información clara y accesible que facilite el aprendizaje y el cuidado personal.

Este material educativo ha sido elaborado especialmente para usted, con información sencilla y práctica. Aquí encontrará información relevante sobre la hipertensión arterial y cómo puede cuidarse con una alimentación adecuada, buena hidratación, actividad física y otros hábitos saludables. El contenido incluye explicaciones fáciles de entender, ilustraciones y ejemplos que le ayudarán a aprender y a motivarse para cuidar su salud día a día.

El objetivo es brindarle herramientas útiles para que tome decisiones informadas y mejore su bienestar, viviendo con mayor calidad y tranquilidad.

NOTA: Este material educativo tiene fines orientativos para promover estilos de vida saludables en personas adultas mayores con hipertensión. Se recomienda su utilización con la orientación de un profesional de nutrición o del equipo de salud, quien podrá adaptar las recomendaciones según las necesidades individuales.



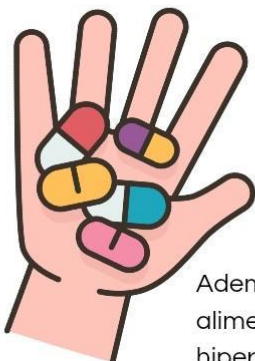
TEMA 1:

DE LA CABEZA AL CORAZÓN: ENTENDIENDO LA HIPERTENSIÓN.

INTERVENCIÓN MÉDICA.

La hipertensión arterial ocurre cuando la presión con la que circula la sangre por sus arterias es demasiado alta, generalmente igual o superior a 140/90 mmHg. Esta condición es muy común y puede aumentar el riesgo de padecer enfermedades graves, como ataques al corazón, derrames cerebrales y daño en los riñones.

Hay muchos factores que pueden influir en la hipertensión a lo largo de la vida. Por ejemplo, una alimentación poco saludable, con mucha sal y poco potasio, el consumo de alcohol, fumar, el estrés, la falta de ejercicio y hasta la contaminación del aire. Incluso su peso, lo que ha comido desde pequeño y los hábitos que ha mantenido a lo largo de su vida, pueden afectar su presión arterial.



El tratamiento para la hipertensión tiene un objetivo claro: ayudar a las personas a vivir más tiempo y con mejor salud. Es fundamental controlar la presión para evitar complicaciones serias como un infarto o un derrame cerebral. Para lograrlo, es importante mantener la presión arterial por debajo de 140/90 mmHg.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Además de hacer cambios en el estilo de vida, como mejorar la alimentación y hacer ejercicio, la mayoría de las personas con hipertensión necesitan tomar medicamentos para controlar su presión arterial. Estos medicamentos son cruciales porque ayudan a reducir el riesgo de problemas graves como infartos o derrames cerebrales.

El tipo de medicamento se elige según su situación de salud. A veces, usted puede necesitar dos o más medicamentos para controlar la presión, y en algunos casos, el médico puede recomendarle una sola pastilla combinada para mayor comodidad.

Es muy importante que tome su medicamento todos los días, no solo cuando usted sienta que su presión está alta. La constancia en el tratamiento es clave para mantener su presión bajo control y proteger su salud.



COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Es importante que su médico esté atento a los posibles efectos secundarios de los medicamentos, ya que estos pueden hacer que algunas personas dejen de tomar su tratamiento. Si un medicamento le causa molestias, no dude en comunicárselo a su médico para que valore un ajuste en la medicación.

Por eso, es fundamental que usted y sus familiares estén informados desde el principio sobre la posibilidad de que aparezcan efectos adversos.

Los efectos secundarios más comunes incluyen tos, diarrea o estreñimiento, erupciones en la piel, problemas de erección, dolor de cabeza, cansancio, mareos, e hinchazón en tobillos y pies.

En general, el tratamiento para la hipertensión es sencillo y no suele causar problemas. Seguir las indicaciones de su médico y hacer cambios en su estilo de vida puede mejorar su calidad de vida y aumentar su esperanza de vida.



TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

El tratamiento de la hipertensión no consiste únicamente en tomar medicamentos. Hacer cambios en su estilo de vida es igual de importante, que el uso de fármacos.

Por ello se recomienda lo siguiente:

- Dejar de fumar.
- Reducir el consumo de sal a un máximo de 5 g al día (aproximadamente 1 cucharadita).
- Controlar el peso.
- Realizar ejercicio físico moderado de manera regular, al menos 30 minutos la mayoría de los días de la semana.



ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

| | |
|---|---|
| <p>Limite las grasas: Reducir embutidos (salchicha, chorizo, mortadela, jamón de cerdo, etc.), quesos grasos (de cabra, amarillo, duro viejo, mozzarella, etc.), carne de cerdo, leche entera y pasteles (pan dulce).</p> |  |
| <p>Modere los carbohidratos: Consuma pasta, arroz y papas en cantidades adecuadas</p> |  |
| <p>Aumente la fibra: Coma más frutas, verduras, legumbres y cereales integrales.</p> |  |
| <p>Reducir la sal: Evite alimentos muy salados como embutidos, conservas, precocinados, consomés, sopas instantáneas, quesos muy salados, chucherías, salsas comerciales, comida rápida, carnes curadas, sazonadores artificiales, alimentos procesados. "Reducir el consumo de sal puede ayudar a controlar la presión arterial y disminuir la retención de líquidos, lo cual puede contribuir a una mejor salud general."</p> |  |
| <p>Elegir grasas saludables: Consumir más pescado magro como tilapia o boca colorada y aceites vegetales, y menos grasas animales.</p> |  |
| <p>Incorpore calcio, magnesio y potasio: Consuma lácteos, frijoles, nueces, plátanos, patatas, zanahorias y tomates para ayudar a bajar la presión.</p> |  |



TEMA 2:

ALIMENTANDO EL CORAZÓN: EXPLORANDO EL PLATO SALUDABLE, MEZCLAS VEGETALES Y REFRIGERIOS SALUDABLES.

¿CUÁL ES EL PLATO SALUDABLE?

Un plato saludable es una guía para preparar comidas equilibradas y beneficiosas para la salud. Ya sea que se sirva en un plato o se prepare para llevar como merienda o almuerzo, un plato saludable debe incluir varios componentes que aporten los nutrientes necesarios para mantener su bienestar.

Vegetales y frutas – ½ de su plato:

Comer muchas frutas y verduras aumenta el potasio y el magnesio, lo que protege el corazón. Además, ayuda a reducir el sodio, lo que es bueno para la presión arterial.



Carbohidratos – ¼ de su plato



Los carbohidratos proporcionan una fuente de energía importante en la dieta. Optar por cereales como: arroz, avena, trigo, maíz, cebada, sorgo, pueden ayudar a mantener un peso saludable, a una mejor digestión y aportan vitaminas y minerales.

Proteína – ¼ de su plato

Es mejor consumir proteínas magras como pollo (pechuga sin piel), pescado fresco (tilapia, boca colorada) y lácteos bajos en grasa como queso fresco, requesón y cuajada, ya que tienen menos sodio y aportan una buena cantidad de proteínas.

Las proteínas de origen vegetal, como los frijoles, lentejas, garbanzos y arvejas, también son una excelente opción, pues ayudan a controlar la presión arterial.

Además, las proteínas le ayudan a sentirse satisfecho y a controlar el apetito.

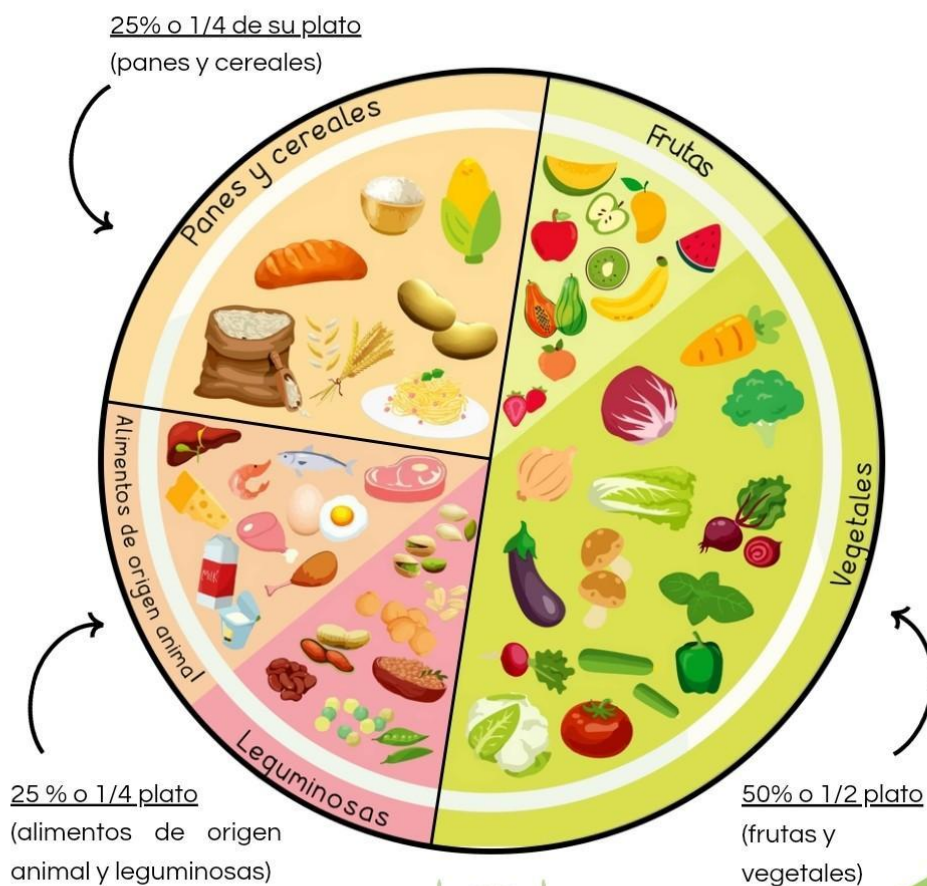


Aceites vegetales – consúmalas en moderación



Las grasas saludables, como las que se encuentran en el aceite de oliva, los aguacates y los frutos secos sin sal, son esenciales para la salud. Ayudan a su cuerpo a absorber vitaminas importantes, como las vitaminas A, D, E y K, que son fundamentales para su bienestar general. Además, estas grasas pueden contribuir a una mayor sensación de saciedad, lo que puede ayudarle a controlar su ingesta de alimentos. Sin embargo, es importante consumirlas con moderación, ya que son altas en calorías, y parte del control del peso es balancear las cantidades que consume.

Según lo que se ha dicho anteriormente un ejemplo de como se divide el plato saludable es de la siguiente forma:



¿Qué son las mezclas vegetales?

Las mezclas vegetales son aquellas en las cuales un cereal y una leguminosa se combinan en determinadas proporciones para mejorar la calidad de proteína y de aminoácidos esenciales disponibles para el organismo.

Es importante combinar bien los alimentos para mejorar su nutrición y evitar que le falten nutrientes esenciales. Combinar legumbres con cereales es una buena opción para obtener todos los aminoácidos necesarios para formar proteínas completas.



Hay tres combinaciones de alimentos que aseguran que se obtengan todas las proteínas que su cuerpo necesita en una sola comida.



- Legumbres + cereales. Por ejemplo: arroz + frijoles, frijoles + maíz o garbanzos + arroz
- Legumbres + frutos secos (preferiblemente tostados). Por ejemplo: ensalada de frijoles + maníes, garbanzos con verduras + semillas de marañón.
- Cereales + frutos secos. Por ejemplo: Avena + maníes, cereal integral + pasas.

Opciones de refrigerios bajos en sodio

- Fruta fresca
- Palomitas de maíz caseras (sin sal añadida)
- Frutas con mantequilla de maní o almendra natural sin sal
- Licuados (hechos con frutas frescas)
- Yogurt descremado (sin azúcar ni sal añadida)
- Frutos secos sin sal añadida



A continuación, se presenta una tabla con porciones orientativas de algunos alimentos, pensadas para apoyar una alimentación equilibrada. Sin embargo, la cantidad de porciones que necesita cada persona puede variar, dependiendo de factores como su edad, estado de salud, nivel de actividad física y necesidades energéticas. Por ello, lo más recomendable es consultar con un profesional en nutrición, quien podrá brindarle una guía personalizada para cuidar mejor su presión arterial y mantener una dieta saludable.



PORCIONES DE ALIMENTOS

| Alimento | Porción |
|----------------------|-------------------------|
| Leche líquida | 1 taza |
| Yogur simple | 1/2 taza |
| Leche en polvo | 3 cucharadas |
| Vegetales cocidos | 1/2 taza |
| Vegetales crudos | 1 taza |
| Jugo de vegetales | 1/2 taza |
| Pasta cocida | 1/2 taza |
| Arroz cocido | 1/2 taza |
| Pan frances | 1 unidad |
| Tortilla | 1 unidad |
| Pan de caja | 1 unidad |
| Pan de caja integral | 1 unidad |
| Frijoles | 3 cucharadas |
| Palomitas de maíz | 3 tazas cocidas |
| Avena | 4 cucharadas |
| Plátano | 1/3 unidad |
| Papa | 1/2 taza |
| Yuca | 1/4 de taza |
| Aguacate | 1/8 de aguacate mediano |
| Crema espesa | 1 cucharada |
| Queso fresco | 1 onza |



Las porciones de alimentos varían en cada persona según los requerimientos de su dieta.



Alimentos que se deben comer con moderación

- Sal y alimentos salados (embutidos, consomés, sopas instantáneas):

👉 Usar sal con moderación. Idealmente, no más de 1 cucharadita de sal al día en total (5 g).

👉 Embutidos: debe comerlos de la manera más saludable posible y solamente 1 vez por semana (las onzas que debe consumir es según lo indique el nutricionista)

👉 Consomés y sopas instantáneas: Estos productos pueden contener más de la mitad de la cantidad diaria recomendada de sodio en una sola porción, elija mejor especias frescas para sazonar sus comidas.



- Repostería industrial y panadería (pasteles, donas, galletas, pan dulce):

👉 Solo de forma ocasional, máximo 1 porción 1 vez por semana.

La comida típica salvadoreña es parte importante de la cultura del país y muy sabrosa, pero muchos platillos contienen cantidades elevadas de sal, grasa o masa, lo cual puede afectar su presión arterial.

¿Debe dejar de comer pupusas, tamales o empanadas? No necesariamente. Puede seguir disfrutándolos con moderación y haciendo algunos ajustes como los siguientes:

✔ **Use menos sal**: En lugar de agregar sal, pruebe dar sabor a sus comidas con hierbas naturales como orégano, ajo o cebolla.

✔ **Prefiera asar o cocinar en lugar de freír**: Muchos platillos pueden prepararse al horno o a la parrilla; quedan igual de sabrosos y son más saludables.

✔ **Elija rellenos más ligeros**: En vez de utilizar chicharrón o carnes con mucha grasa, puede optar por frijoles, vegetales o queso bajo en grasa.

✔ **Disfrute sus platillos favoritos con moderación**: Puede seguir consumiéndolos, siempre que lo haga ocasionalmente y en porciones adecuadas.

✔ **Sobre las pupusas**: Procure que tengan la menor cantidad posible de grasa. Puede consumir 1 o 2 pupusas por semana, preferiblemente de maíz. También puede combinarlas con ingredientes como espinaca, papelillo, chipilín, loroco (en temporada) o ayote, para mejorar el sabor y obtener mayores beneficios.



¿Qué es un huerto familiar?

Es un espacio donde puede cultivar diferentes plantas y hortalizas que son beneficiosas para su alimentación y nutrición. Tener un huerto familiar le permite disfrutar de alimentos frescos y saludables, mientras se conecta con la naturaleza.

Los huertos familiares proporcionan varios beneficios valiosos para los adultos mayores. Cultivar un huerto puede elevar su estado de ánimo al permitirle conectar con la naturaleza y disfrutar del crecimiento de sus plantas, lo que fomenta una sensación de satisfacción y bienestar.

Además, el cuidado de un huerto es una actividad relajante que ayuda a reducir la ansiedad y el estrés, ya que el proceso de plantar, regar y cosechar ofrece una distracción positiva y una oportunidad para relajarse.



Los huertos familiares le ayudan a desarrollar paciencia y responsabilidad, ya que el cuidado constante de las plantas requiere compromiso y espera. Además, la horticultura estimula su memoria y coordinación, y fomenta la creatividad al planificar y diseñar el huerto.

También favorece las relaciones sociales, especialmente en centros residenciales o de día, al promover la interacción entre los residentes quienes pueden compartir experiencias, consejos y logros relacionados con el huerto.

¿Cómo sembrar sus plantas?

1. Elegir el lugar

Escoja un lugar en su casa que reciba al menos 6 horas de luz solar al día. Puede ser un jardín, una terraza, balcones o macetas.

| EN MACETA | EN SUELO DIRECTO |
|--|--|
| Seleccione macetas grandes y profundas con buen drenaje. | Labre el suelo y añada composta para mejorar la calidad. |



2. Preparar el Suelo

Asegúrese de que el suelo esté bien drenado. Puede mejorar la calidad del suelo añadiendo composta o materia orgánica para proporcionar nutrientes.



| EN MACETA | EN SUELO DIRECTO |
|--|---|
| Seleccione macetas grandes y profundas con buen drenaje. | Marque las áreas donde plantar dejando 15 centímetros de diferencia entre los surcos y deje espacio para caminar. |

3. Seleccionar las Plantas

Elija plantas que se adapten al clima y al espacio disponible. Algunas opciones populares para huertos caseros incluyen tomates, lechugas, zanahorias, hierbas aromáticas y fresas.

Revisar el estado de las semillas

Es crucial usar semillas en buen estado. Las semillas viejas o mal conservadas pueden no germinar bien. Incluso las semillas nuevas deben ser adecuadas para su huerto; si no lo son, es mejor desecharlas.

¿Cómo saber cuáles son las idóneas?

Metiéndolas en un vaso con agua y removiendo.

Aquellas semillas que floten tendrán que ser desechadas de la siembra.



4. Sembrar las Semillas

Siembre las semillas siguiendo las instrucciones del paquete. Generalmente, se recomienda sembrarlas a una profundidad de 1 a 2 veces el tamaño de la semilla. Tenga en cuenta que hay plantas que pueden ser sembradas directamente y otras que deben ser trasplantadas a un espacio más grande ya sea en su jardín o en una maceta.

5. Riego Adecuado

Mantenga el suelo húmedo, pero evite el exceso de agua. Un buen riego consiste en proporcionar agua de manera uniforme y profunda.



6. Cuidado y Mantenimiento

- Retire las malezas regularmente para evitar que compitan con sus plantas.
- Abone el suelo periódicamente para asegurar que las plantas reciban los nutrientes necesarios.
- Controle las plagas de manera natural, utilizando métodos como la plantación de plantas repelentes como: ruda o el acercamiento de insectos beneficiosos como mariquitas, abejas y mariposas.

6. Cosecha

- La cosecha dependerá del tipo de planta. Algunas pueden estar listas en pocas semanas, mientras que otras tardarán varios meses.



En la siguiente página encontrará un recuadro de algunos ejemplos de plantas que podría sembrar y en cuanto tiempo podría tener su cosecha.

SIEMBRA DE CULTIVOS

| CULTIVO | GRUPO | TIPO DE SIEMBRA | | TIEMPO A COSECHAR |
|-------------|--------|-----------------|---------|-------------------|
| | | SEMILLERO | DIRECTO | |
| Apio | HOJA | ✓ | ✓ | 3 meses |
| Perejil | | ✓ | ✓ | 3 meses |
| Cilantro | | | ✓ | 2 meses |
| Lechuga | | ✓ | ✓ | 3 meses |
| Chipilín | | ✓ | ✓ | 3 meses |
| Alcapate | | ✓ | ✓ | 40 a 45 días |
| Cebolla | RAÍZ | ✓ | | 4 a 5 meses |
| Rábano | | | ✓ | 30 días |
| Papa | | | ✓ | 4 a 6 meses |
| Tomate | FRUTOS | ✓ | ✓ | 3 a 4 meses |
| Pepino | | ✓ | ✓ | 3 a 4 meses |
| Chile verde | | ✓ | | 5 a 6 meses |

Tener en cuenta que si la planta dice que el tipo de siembra es SEMILLERO se debe trasplantar el brote cuando nazcan 4 hojas en la planta a un espacio más grande y el que dice DIRECTO puede crecer directamente donde se coloca la semilla.



Plantas que ayudan a mejorar la salud cardiovascular.

Algunas plantas que ayudan a cuidar el corazón pueden ser grandes aliadas para mantener una buena circulación y apoyar la salud del corazón. A continuación, se presentan algunas plantas que tradicionalmente se han utilizado por sus beneficios para el corazón:

- TÉ VERDE:

Propiedades: Ayuda a cuidar los tejidos y órganos de todo el cuerpo. Además, tiene efectos diuréticos, lo que ayuda a eliminar líquidos, y también actúa como un estimulante suave para el sistema nervioso. Aunque tiene cafeína, también contiene otras sustancias como la teofilina y la teobromina, que hacen que su efecto no sea tan fuerte. Para mejorar la salud cardiovascular puede beber 1 a 2 tazas de té verde al día.



- CÚRCUMA:

Propiedades: Ayuda a reducir la inflamación en las arterias y mejora la función cardiovascular. Se recomienda tomar una taza de té de cúrcuma diariamente para mejorar los músculos cardíacos.



- JENGIBRE:

Propiedades: ayuda a reducir la inflamación en el cuerpo, creando un entorno más saludable para el corazón. Puede consumirlo como té, el cual lo puede realizar con trozos frescos y ponerlo a hervir, y como condimento en comidas.

- AJO:

Propiedades: El ajo tiene efectos hipotensivos, reduce el colesterol y mejora la circulación sanguínea. Se recomienda consumir diariamente 1 o 2 dientes de ajo crudos o semi cocidos para que actúe sobre la presión sanguínea



TEMA 4: LA CLAVE ESTÁ EN LOS DETALLES:
CÓMO LA ETIQUETA NUTRICIONAL IMPACTA EN SU SALUD
CARDIOVASCULAR.

¿Qué es la etiqueta nutricional?

La etiqueta nutricional es una parte importante de los productos alimenticios, donde se detallan los ingredientes y la cantidad de nutrientes, como las grasas, los azúcares y el sodio. Esta información le ayudará a conocer mejor lo que está comiendo y a tomar decisiones más saludables para su bienestar.

IMPORTANCIA DE LA ETIQUETA
NUTRICIONAL PARA EL CONTROL DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La etiqueta nutricional es muy útil. Permite identificar alimentos altos en sodio y elegir opciones que ayuden a controlar la presión arterial. Usar esta información puede contribuir a una mejor salud y calidad de vida.

Es muy importante que las personas con hipertensión aprendan a leer las etiquetas nutricionales de los alimentos. Esto le ayudará a elegir productos que tengan poco sodio, ya que el sodio puede elevar la presión arterial.

Para hacer esto, es necesario que usted conozca cómo interpretar estas etiquetas y por qué es importante hacerlo. Las etiquetas ofrecen información valiosa que guía en la selección de alimentos más adecuados para mantener la salud.

Componentes de la etiqueta nutricional.

La etiqueta nutricional de los alimentos tiene dos partes importantes. Primero, muestra la cantidad de nutrientes como grasas, carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales en cada porción. Segundo, ofrece información adicional, como el tamaño de la porción y una lista de ingredientes, que ayuda a entender mejor lo que se consume. Esta información es útil para tomar decisiones más saludables sobre su dieta.

| Información nutricional | |
|--|---------------------------|
| Tamaño de la porción 1/4 de taza (113 g) | |
| Porciones por envase 8 | |
| Cantidad por porción | |
| Calorías 100 | Calorías de las grasas 20 |
| % de valor diario* | |
| Grasa total 2g | 3% |
| Grasas saturadas 1.5g | 7% |
| Grasas <i>trans</i> 0g | |
| Colesterol 10mg | 3% |
| Sodio 460mg | 19% |
| Total de carbohidratos 4g | 1% |
| Fibra 0g | 0% |
| Azúcares 4g | |
| Proteína 16g | |
| Vitamina A 0% | • Vitamina C 0% |
| Calcio 8% | • Hierro 0% |

*Los porcentajes de valores diarios se basan en una dieta de 2.000 calorías



Tamaño de la porción

La parte superior de la etiqueta de información nutrimental indica el tamaño de la porción y la cantidad de porciones contenidas por envase o paquete.

Información nutricional

Tamaño de la porción 1/4 de taza (113 g)
Porciones por envase 8

El tamaño de la porción es crucial para interpretar la etiqueta nutricional. Todos los datos en la etiqueta se basan en una porción específica, que puede estar indicada en gramos, miligramos o por pieza. Conocer este tamaño ayuda a entender la información y tomar decisiones más saludables.

La información nutricional, como calorías, sodio y fibra, se basa en una porción. Si come dos porciones, consumirá el doble de calorías y nutrientes.

Cantidad de calorías

Las calorías (kcal) son la cantidad de energía que le aporta un alimento. La cifra que aparece en el etiquetado corresponde a la cantidad de calorías de una porción del alimento.

Cantidad por porción

| | |
|--------------|---------------------------|
| Calorías 100 | Calorías de las grasas 20 |
|--------------|---------------------------|

Algunos productos contienen lo que se conoce como "calorías vacías", es decir, aportan energía pero casi ningún nutriente. Si esta energía no se utiliza, puede acumularse en forma de grasa, como sucede con los azúcares. Si va a elegir alimentos procesados, es recomendable que contengan menos de 300 calorías por porción.

| % de valor diario * | |
|----------------------------------|-----------------|
| Grasa total 2g | 3% |
| Grasas saturadas 1.5g | 7% |
| Grasas <i>trans</i> 0g | |
| Colesterol 10mg | 3% |
| Sodio 460mg | 19% |
| Total de carbohidratos 4g | 1% |
| Fibra 0g | 0% |
| Azúcares 4g | |
| Proteína 16g | |
| Vitamina A 0% | • Vitamina C 0% |
| Calcio 8% | • Hierro 0% |

* Los porcentajes de valores diarios se basan en una dieta de 2.000 calorías

Porcentaje de valor diario

El porcentaje de valor diario (% VD) en una etiqueta muestra cuánto de cada nutriente aporta una porción de alimento en relación con la cantidad diaria recomendada. Este porcentaje está basado en una dieta de 2,000 calorías al día, que es una guía general para adultos.



El porcentaje de valor diario %VD en una etiqueta indica si un alimento es alto o bajo en ciertos nutrientes:

- **5% VD o menos:** Bajo en ese nutriente. Esto puede ser bueno o malo, dependiendo de si necesita más o menos de ese nutriente.
- **6% a 20% VD:** Moderado.
- **20% VD o más:** Alto en ese nutriente. Es bueno si es un nutriente como fibra o vitaminas, que se deben consumir en mayores cantidades. Pero no es tan bueno si se trata de grasas saturadas, que deben limitarse.



Identifique estos nutrientes al elegir sus alimentos



Algunos nutrientes son necesarios para el cuerpo, pero deben consumirse con moderación para evitar problemas de salud. En las etiquetas de los alimentos, usted puede ver cuánta grasa contiene cada porción.

Grasas: Se recomienda escoger productos que tengan menos de 3 gramos de grasa total por porción, menos de 20 miligramos de colesterol y menos del 1% de grasa trans. Estos pequeños cambios pueden ayudarle a cuidar su corazón y prevenir enfermedades.

Sodio: Para los adultos, se recomienda una ingesta inferior a 2000 mg/día de sodio (lo que equivale a menos de 5 g/día de sal, o poco menos de una cucharadita). Sin embargo, no solo la sal que usted agrega a los alimentos cuenta. Muchos productos procesados ya contienen sal añadida, lo que puede aumentar la cantidad total de sal que consume sin darse cuenta. Por eso, es importante que también revise el contenido de sal en la etiqueta nutricional de los productos que compra. Esto le ayudará a controlar la cantidad de sal que consume a lo largo del día y cuidar su salud.



Para ayudarle a identificar productos con menos sal, en las etiquetas encontrará términos como los siguientes:

- **Sin sodio:** contiene 5 mg o menos de sodio por porción.
- **Muy bajo en sodio:** contiene 35 mg o menos de sodio por porción.
- **Bajo en sodio:** contiene 140 mg o menos de sodio por porción.



| INFORMACIÓN NUTRICIONAL | | | |
|---|------------------------|-----------|-----------|
| Tamaño por porción: 3 galletas (24 g) | | | |
| Porciones por envase: 9 | | | |
| Cantidad por porción | | | |
| Energía /Calorías 461 kJ/110 kcal | | | |
| Energía de la Grasa/Calorías de la Grasa 150 kJ / 35 kcal | | | |
| | % Valor Diario* | | |
| Grasa Total 4 g | 6 % | | |
| Grasa Saturada 1,5 g | 8 % | | |
| Grasa Trans 0 g | | | |
| Grasa monoinsaturada 2 g | | | |
| Grasa poliinsaturada 0 g | | | |
| Colesterol 0 mg | 0 % | | |
| Sodio 135 mg | 6 % ¹ | | |
| Carbohidratos Totales 16 g | 5 % | | |
| Fibra dietaria <1 g | 2 % | | |
| Azúcares 2 g | | | |
| Proteína 2 g | 4 % | | |
| Calcio 28,4 mg | 2 % | | |
| Hierro 1,3 mg | 8 % ² | | |
| No es una fuente significativa de Vitamina A, Vitamina C. | | | |
| *Los porcentajes de Valores Diarios están basados en una dieta de 8380 kJ (2000 kcal) ³ . Sus valores diarios pueden ser mayores o menores dependiendo de sus necesidades calóricas. | | | |
| | Energía | 8380 kJ | 10475 kJ |
| | Calorías | 2000 kcal | 2500 kcal |
| Grasa Total | Menos de | 65 g | 80 g |
| Grasa Sat. | Menos de | 20 g | 25 g |
| Colesterol | Menos de | 300 mg | 300 mg |
| Sodio | Menos de | 2400 mg | 2400 mg |
| Carb. Totales | | 300 g | 300 g |
| Fibra Dietaria | | 25 g | 25 g |



Azúcares añadidos: Un producto se considera alto en azúcar si contiene más de 5 gramos por porción. Si dice “bajo en azúcar”, significa que tiene menos de 1 gramo por porción.

Es importante fijarse no solo en la cantidad de azúcar, sino también en el tipo de carbohidrato que contiene.

Por ejemplo, los carbohidratos de frutas y cereales integrales aportan energía y nutrientes, mientras que los azúcares añadidos, como los de dulces y bebidas azucaradas, no aportan beneficios y deben limitarse.

Recuerde que frases como “sin azúcar” o “light” no siempre significan que el producto sea saludable o que se pueda consumir sin moderación.

| INFORMACIÓN NUTRICIONAL | | |
|---|------|----------|
| Porción: 1/2 cda. de polvo (1,4g=1 vaso de 200ml una vez preparado) | | |
| Porciones por Envase: 5 | | |
| | 100g | 1Porción |
| Energía (kcal) | 256 | 4 |
| Proteínas (g) | 0,1 | 0,0 |
| Grasa total (g) | 0,0 | 0,0 |
| Carbohidratos disp. (g) | 41 | 0,6 |
| Azúcares totales (g) | 9,4 | 0,2 |
| Maltodextrinas (g) | 41 | 0,6 |
| Sodio (mg) | 275 | 4,4 |

| Datos De Nutrición | |
|--|--------------------------|
| Aprox. 7.5 porciones por empaque | |
| Tamaño de la Porción: 1/2 taza (40 g) | |
| Cantidad por Porción | |
| Calorías | 160 |
| Valor Diario* | |
| Grasa Total 4 g | 5 % |
| Grasa Saturada 1 g | 5 % |
| Grasa Trans 0 g | |
| Grasa Monoinsaturada 2 g | |
| Grasa Poliinsaturada 1 g | |
| Colesterol 0 mg | 0 % |
| Sodio 0 mg | 0 % |
| Carbohidratos Totales 27 g | 14% |
| Fibra Dietética 4 g | 14% |
| Azúcares 0 g | |
| Incluye 0 g de azúcares añadidas | |
| Proteína 5 g | |
| Vitamina D 0 mcg | 0 % |
| Calcio 21 mg | 2 % |
| Hierro 1.7 mg | 8 % |
| Potasio 145 mg | 4 % |
| * El % de valores diarios le dicen cuanto contribuye un nutriente en una porción de comida de una dieta diaria. Se usan 2,000 calorías como recomendación nutricional general. | |
| | Calorías: 2000 2500 |
| Grasa Total | Menos de 65g 80g |
| Grasa Saturada | Menos de 20g 25g |
| Colesterol | Menos de 300mg 300mg |
| Sodio | Menos de 2,400mg 2,400mg |
| Carbohidratos Totales | 300g 375g |
| Fibra Dietética | 25g 30g |
| INGREDIENTES: Hojuelas de Avena Entera. PUEDE CONTENER TRAZAS DE GLUTEN Y SOYA. | |

La fibra, que se encuentra en alimentos vegetales, no se digiere y ayuda a mantener el intestino en buen estado. Se recomienda consumir entre 25 y 30 gramos de fibra al día. Un alimento se considera alto en fibra si contiene al menos 3 gramos de fibra por cada 100 gramos de producto.



En resumen:

Algunos alimentos contienen ingredientes que, en exceso, pueden afectar su salud. Por eso, es importante fijarse en ciertos nutrientes cuando lea la etiqueta.

- Grasa total y grasa saturada: Elija productos que tengan poca grasa total (menos de 3 gramos por porción) y poca grasa saturada. Evite la grasa trans.
- Sodio (sal): Busque alimentos con menos de 140 mg de sodio por porción para ayudar a controlar su presión arterial.
- Azúcares añadidos: Prefiera alimentos que no tengan azúcar agregada. Los cereales integrales, las frutas y las verduras contienen azúcares naturales que son saludables. Lo que debe limitar son los productos con azúcar añadida, como refrescos, galletas y postres industriales.



| | |
|----------------------------|------------------|
| Sodio 135 mg | 6 % ¹ |
| Carbohidratos Totales 16 g | 5 % |
| Fibra dietaria <1 g | 2 % |
| Azúcares 2 g | |



TEMA 5:

DE LA INACTIVIDAD A LA VITALIDAD: INTEGRANDO LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA RUTINA DE ADULTOS MAYORES QUE PADECEN HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

¿Qué es la actividad física?

La Organización Mundial de la Salud define la actividad física como cualquier movimiento que usted realiza con sus músculos, lo cual consume energía. Esto incluye todos los movimientos que usted hace, ya sea al desplazarse de un lugar a otro, en su tiempo libre o mientras trabaja. Tanto la actividad física ligera como la más intensa son buenas para su salud y le ayudan a sentirse mejor.

Importancia de la actividad física en el diagnóstico de Hipertensión Arterial en adultos mayores.



Hacer ejercicio con frecuencia ayuda a que el corazón y los vasos sanguíneos trabajen mejor. El corazón se vuelve más fuerte y puede enviar la sangre con más facilidad a todo el cuerpo. También ayuda a que los vasitos pequeños por donde pasa la sangre se ensanchen, lo que permite que llegue más oxígeno a los órganos y músculos. Todo esto mejora la circulación y ayuda a tener una mejor salud.

El ejercicio regular tiene grandes beneficios para el corazón. Ayuda a prevenir problemas como la arteriosclerosis, que es el endurecimiento de las arterias, al mejorar los niveles de colesterol y triglicéridos. También reduce el riesgo de coágulos en la sangre, evita problemas graves como infartos o accidentes cerebrovasculares, y ayuda a mantener el ritmo del corazón estable. En resumen, el ejercicio protege el corazón y mejora la salud cardiovascular.

Tipos de ejercicios aptos para adultos mayores.

- Caminata: Caminar es una forma fácil y beneficiosa de ejercicio. Es suave para las articulaciones y se puede hacer en casa o al aire libre.
- Ejercicios de flexibilidad: Los estiramientos son excelentes para mejorar la movilidad y el equilibrio.
- Ejercicios de fuerza: Hacer ejercicios para fortalecer los músculos es importante. Esto ayuda a mantener los huesos fuertes, mejora la salud de las articulaciones y reduce el riesgo de caídas y lesiones.



EJEMPLOS DE EJERCICIOS DE FUERZA APTOS PARA ADULTOS MAYORES:

- Lagartijas en pared:

Coloque las manos en la pared a la altura de los hombros y dé un paso hacia atrás para alejar un poco los pies del pecho. Asegúrese de apoyar completamente las plantas de los pies en el suelo. Luego, flexione los brazos lentamente, acercando el pecho a la pared y manteniendo la espalda y las piernas rectas. Haga este movimiento 10 veces.



- Angelitos:

Párese contra la pared con la espalda recta. Suba los brazos lentamente hasta estirarlos por encima de la cabeza y bájelos despacio. Repita de 5 a 10 veces, descanse y repita de 2 a 3 veces.



EJEMPLOS DE EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD Y EQUILIBRIO APTOS PARA ADULTOS MAYORES:

- Sentadillas en silla:

Párese con los pies separados a la altura de los hombros y colóquese de espaldas a una silla. Doble lentamente las rodillas y baje el cuerpo hasta sentarse, contando aproximadamente 4 segundos.

Luego, póngase de pie sin apoyarse en las manos, tardando entre 2 y 4 segundos. Repita este ejercicio de 5 a 10 veces, descanse y realícelo entre 2 y 5 series según su comodidad.



- Soporte de una pierna:

Párese detrás de una silla y apoye las manos en el respaldo para mayor seguridad. Levante una pierna y mantenga el equilibrio durante 10 segundos. Luego, baje la pierna y repita con la otra. Aumente el tiempo en 5 segundos cada vez, según su comodidad. Si desea un mayor desafío, intente soltar una mano. Repita este ejercicio de 2 a 5 veces por cada pierna.



Pausas activas e hipertensión arterial

¿Qué son las pausas activas?

Las pausas activas son momentos breves durante el día en los que usted realiza alguna actividad física sencilla. Estas pausas ayudan a interrumpir el tiempo que pasa sentado y a reducir los efectos negativos de estar inactivo. Incluir pausas activas en su rutina puede hacer que se sienta con más energía y menos cansancio a lo largo del día.



Las pausas activas pueden durar desde 1 a 10 minutos, continuos o fraccionados, y pueden realizarse de una o dos veces por día y, si fuera posible, todos los días hábiles en la semana.

¿POR QUÉ SON IMPORTANTES LAS PAUSAS ACTIVAS?

| | |
|--|---|
| Estimula y favorece la circulación | An icon showing a red heart with several red blood cells and a circular arrow around it, symbolizing circulation. |
| Mejora la postura | An icon showing two stylized human figures standing upright, representing good posture. |
| Favorece la capacidad de concentración | An icon of a pink brain with a blue gear and a lightbulb, symbolizing concentration and mental activity. |
| Motiva mejores relaciones interpersonales. | An icon showing three elderly people walking together, representing social interaction and support. |
| Reactiva la energía mejorando el estado de alerta. | An icon showing five battery icons of increasing size and color (from red to green), representing energy levels. |
| Relaja los grupos músculo-tendinosos más exigidos en el trabajo y reactiva los menos utilizados. | An icon of a person sitting on a chair, representing relaxation and muscle recovery. |
| Genera conciencia de la salud física y mental. | An icon of a brain with colorful dots, symbolizing overall health and awareness. |

TEMA 6:

SEDIENTO DE SALUD: ESTRATEGIAS PRACTICAS PARA UNA HIDRATACION EFECTIVA Y SEGURA

¿Qué es la hidratación?



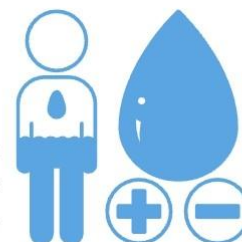
El consumo de líquidos incluye agua, otras bebidas y los líquidos en los alimentos. Mantenerse bien hidratado significa que su cuerpo tiene la cantidad adecuada de agua para funcionar correctamente. Esto depende de su edad, cuánta actividad física hace y su estado de salud.

Importancia de la hidratación en el diagnóstico de Hipertensión Arterial en adultos mayores.

La falta de hidratación puede empeorar la hipertensión, por lo que es importante asegurarse de beber suficiente agua. Muchas personas se preguntan cuánta agua deben tomar si tienen presión alta. Aunque el agua por sí sola no aporta suficiente sodio como para afectar el corazón o aumentar la presión arterial, mantenerse bien hidratado es esencial para el buen funcionamiento del cuerpo. Más adelante encontrará recomendaciones sobre la cantidad adecuada de agua que se debe consumir.

La importancia de la hidratación en el cuidado de su presión arterial

El agua constituye entre el 50% y 60% de su cuerpo, lo que la hace esencial para mantenerse saludable. Beber suficiente agua ayuda a que los procesos celulares de su organismo funcionen de manera adecuada.



Para las personas con hipertensión que están bajo tratamiento médico, es especialmente importante mantenerse bien hidratadas. Esto asegura que los medicamentos que actúan sobre los riñones puedan funcionar correctamente sin causar daño a estos órganos.



Además, beber agua regularmente ayuda a evitar que la presión arterial baje demasiado, algo que puede ocurrir en épocas de calor. Mantener una buena hidratación es fundamental para controlar la hipertensión y mantener la salud general.



¿Cómo saber cuánta agua tomar?

Beber suficiente agua es clave para mantener el cuerpo funcionando bien. Ayuda a purificar toxinas, mejorar la circulación de la sangre, transportar oxígeno y nutrientes, y eliminar el exceso de sal, lo que contribuye a la salud general.



Se sugiere consumir entre 2 y 2,5 litros de agua al día, aproximadamente ocho vasos, como recomendación general. Sin embargo, las necesidades de hidratación pueden variar según factores como la edad, el sexo, el nivel de actividad física y las condiciones ambientales. Por eso, es recomendable consultar con un profesional de la salud para determinar la cantidad de agua adecuada para cada persona.

Para mantener una buena hidratación, lo mejor es beber agua natural de manera constante a lo largo del día, sin esperar a sentir sed. La sed es una señal de que el cuerpo ya está comenzando a deshidratarse, por lo que es importante anticiparse y mantener el hábito de hidratarse regularmente.

Consejos sobre hidratación para adultos mayores que padecen hipertensión

- Beba un vaso de agua con cada comida y refrigerio. Esto le ayudará a mantenerse bien hidratado a lo largo del día.
- Coma más frutas y verduras. Su alto contenido de agua le ayudará a estar hidratado. Alrededor del 20% de la ingesta de líquidos de una persona proviene de los alimentos.
- Lleve consigo una botella de agua cuando viaje en automóvil, o téngala cerca en su escritorio o bolso, para recordar beber durante el día.



GLOSARIO

- **Presión arterial:**

Fuerza con la que la sangre empuja las paredes de las arterias cuando circula por el cuerpo.

- **Hipertensión:**

Es cuando la presión arterial se mantiene más alta de lo normal durante mucho tiempo.

- **Salud cardiovascular:**

Estado en el que el corazón y los vasos sanguíneos funcionan correctamente, permitiendo que la sangre circule bien por todo el cuerpo.

- **Sodio:**

Mineral que se encuentra en la sal y en muchos alimentos. Consumir demasiado sodio puede aumentar la presión arterial y afectar la salud del corazón.

- **Colesterol:**

Tipo de grasa que circula en la sangre. Cuando se encuentra en niveles altos, puede acumularse en las arterias y afectar el corazón.

- **Grasas saturadas:**

Tipo de grasa presente en algunos alimentos que, al consumirse en exceso, puede aumentar el colesterol en la sangre.

- **Frecuencia cardíaca:**

Número de veces que el corazón late en un minuto.

- **Infarto:**

Ocurre cuando se bloquea el paso de la sangre al corazón, causando daño al músculo cardíaco.

- **Accidente cerebrovascular:**

Ocurre cuando se interrumpe el flujo de sangre al cerebro, lo que puede causar daño cerebral. También se conoce como derrame cerebral.

- **Alimentos procesados:**

Alimentos que han sido preparados o modificados en fábricas y que suelen contener sal, azúcar o grasas añadidas.

- **Actividad física:**

Cualquier movimiento del cuerpo que ayuda a mantener la salud, como caminar, bailar o realizar ejercicios.

- **Carbohidratos:**

Nutrientes que proporcionan energía al cuerpo y se encuentran en alimentos como arroz, pan, tortillas y papas.

- **Proteínas:**

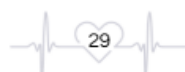
Nutrientes que ayudan a formar y reparar músculos, tejidos y órganos del cuerpo.

- **Proteínas magras:**

Proteínas que contienen poca grasa, como pollo sin piel, pescado y algunos cortes de carne con poca grasa visible.

- **Legumbres:**

Alimentos como frijoles, lentejas y garbanzos, que aportan proteínas, fibra y otros nutrientes importantes para la salud.



BIBLIOGRAFÍAS

1. PAHO. Hipertensión. [Internet]. Paho.org. 2019 [citado el 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/hipertension#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%2C%20definida%20como,y%20la%20enfermedad%20renal%20cr%C3%B3nica>.
2. Antonio CP. Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Clinic Barcelona [Internet]. 2018 [citado el 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/hipertension-arterial/tratamiento>
3. El Plato para Comer Saludable (Spanish) [Internet]. The Nutrition Source. 2015 [citado el 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eatingplate/translations/spanish/>
4. Beatriz. Frutas y verduras, reinos del verano y aliadas de tu salud cardiovascular [Internet]. Fundación Española del Corazón. 2023 [citado el 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/3946-frutas-y-verduras-reinas-del-verano-y-aliadas-de-tu-salud-cardiovascular.html>
5. Cancer: Carcinogenicity of the consumption of red meat and processed meat [Internet]. Who.int. [citado el 8 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/cancer-carcinogenicity-of-the-consumption-of-red-meat-and-processed-meat>
6. MINSAL. Guía alimentaria para las familias salvadoreñas [Internet]. Fao.org. [citado el 9 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/2085afa6-36d9-4bc6-8c90-ab58bb827044/content>
7. Comunidad de Madrid. RECOMENDACIONES DIETÉTICO NUTRICIONALES PARA EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL [Internet]. Salud Madrid. [citado el 9 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/28.hipertension_arterial.pdf
8. Proyecto Jatun Sacha: Mano a Mano Con el Agricultor Para un Presente Mejor. [Internet] [citado el 3 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/bolivia/DI_Construyamos_nuestra_huerta_familiar.pdf
9. Los beneficios del huerto en la tercera edad. InfoResidencias. [Internet]. 2018 [citado el 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.inforesidencias.com/contenidos/noticias/nacional/los-beneficios-del-huerto-en-la-tercera-edad>
10. Daniela EC. 5 plantas medicinales que mejoran la circulación sanguínea y la salud del corazón. [Internet]. 2023 [citado el 4 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://mejorconsalud.as.com/5-plantas-medicinales-circulacion-sanguinea-y-corazon/>
11. Como sembrar una planta correctamente. VerdeCorá. [Internet]. [citado el 4 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://verdecora.es/blog/como-sembrar-planta-correctamente>
12. Tatiana Z. Etiqueta nutricional: para qué sirve, qué contiene y cómo leerla. [Internet]. 2023 [citado el 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/etiqueta-nutricional/>
13. Angelica MR. La lectura de etiquetas de información nutrimental. Medigraphic. [Internet]. 2018 [citado el 3 de mayo de 2024]; Vol. 85, No. 5; pp 157-161. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2018/sp185a.pdf>
14. Viviana ES, Maristela JF. Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. Scielo. [Internet]. 2010 [citado el 3 de mayo de 2024]; vol.19 n.1. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292010000100008
15. Actividad física e Hipertensión - MEDS - [Internet]. MEDS. 2017 [citado el 4 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.meds.cl/actividad-fisica-e-hipertension/>
16. Pausas Activas [Internet]. Uma.es. [citado el 5 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.uma.es/uma-salud/info/121727/pausas-activas/>
17. Pausa activa laboral para mejorar tu salud y bienestar - Dirección de Enfermedades no Transmisibles [Internet]. Gov.py. [citado el 5 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://dvent.mspbs.gov.py/pausa-activa-laboral-para-mejorar-tu-salud-y-bienestar/>
18. Universidad de Boyacá. CARTILLA DE PAUSAS ACTIVAS [Internet]. Edu.co. [citado el 4 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.uniboyaca.edu.co/sites/default/files/2019-04/CARTILLA%20DE%20PAUSAS%20ACTIVAS.pdf>
19. avier AB. Hidratación: importancia en algunas condiciones patológicas en adultos. Scielo. [Internet]. 2018 [citado el 3 de mayo de 2024]; vol.34 no.2. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000200006
20. Luis G. La hidratación es fundamental en pacientes tratados con fármacos antihipertensivos. AlicantePlaza. [Internet]. 2021 [citado el 4 de mayo de 2024] Disponible en: <https://alicanteplaza.es/luis-gonzalez-la-hidratacion-es-fundamental-en-pacientes-tratados-con-farmacos-antihipertensivos>
21. 5 consejos sobre hidratación para personas mayores. CenterWell. [Internet] [citado el 4 de mayo de 2024] Disponible en: <https://www.centerwellprimarycare.com/es/resources/5-hydration-tipsforseniors.html#:~:text=Consejos%20sobre%20hidrataci%C3%B3n%20para%20adultos%20mayores&text=Como%20m%C3%A1s%20frutas%20y%20verduras,su%20escritorio%20o%20su%20bolsa>.
22. Pintor YP. Beneficios de comer 4 dientes de ajo al día que desconocías [Internet]. Mejor con Salud. 2016 [citado el 1 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://mejorconsalud.as.com/beneficios-de-comer-4-dientes-de-ajo-al-dia-que-desconocias/>
23. Huizen J. Té de cúrcuma: Beneficios para la salud, tipos y preparación [Internet]. Medicalnewstoday.com. 2022 [citado el 1 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/te-de-curcuma>
24. Mahdavi-Roshan M, Salari A, Ghorbani Z, Ashouri A. The effects of regular consumption of green or black tea beverage on blood pressure in those with elevated blood pressure or hypertension: A systematic review and meta-analysis. Complement Ther Med [Internet]. 2020 [citado el 1 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0965229919316899>
25. Merschel M. El jengibre aporta un toque de sabor a una comida, ¿pero da algo más? [Internet]. Heart.org. 2023 [citado el 1 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.heart.org/en/news/2023/01/10/el-jengibre-aporta-un-toque-de-sabor-a-una-comida-pero-da-algo-mas?utm_source=



Apéndices del N°5: Tablas de frecuencia del diagnóstico inicial (características generales, conocimientos, actitudes y prácticas)

Tabla A5.1: Conocimiento sobre la definición de hipertensión arterial en adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Definición de hipertensión arterial | n | Porcentaje (%) |
|--|----------|-----------------------|
| Conoce | 9 | 60% |
| No conoce | 6 | 40% |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.2: Conocimiento sobre valores normales de la presión arterial de los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza abril 2025

| Valores normales de presión arterial | n | Porcentaje (%) |
|---|----------|-----------------------|
| Conoce | 9 | 60% |
| No conoce | 6 | 40% |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.3: Conocimiento del nombre del medicamento que consume para la hipertensión arterial en adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Conocimiento sobre nombre del medicamento | n | Porcentaje (%) |
|--|----------|-----------------------|
| Si | 12 | 80% |
| No | 3 | 20% |
| Total | 15 | 100% |

Gráfica A5.1: Medidas de control de la hipertensión arterial reconocidas por adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025

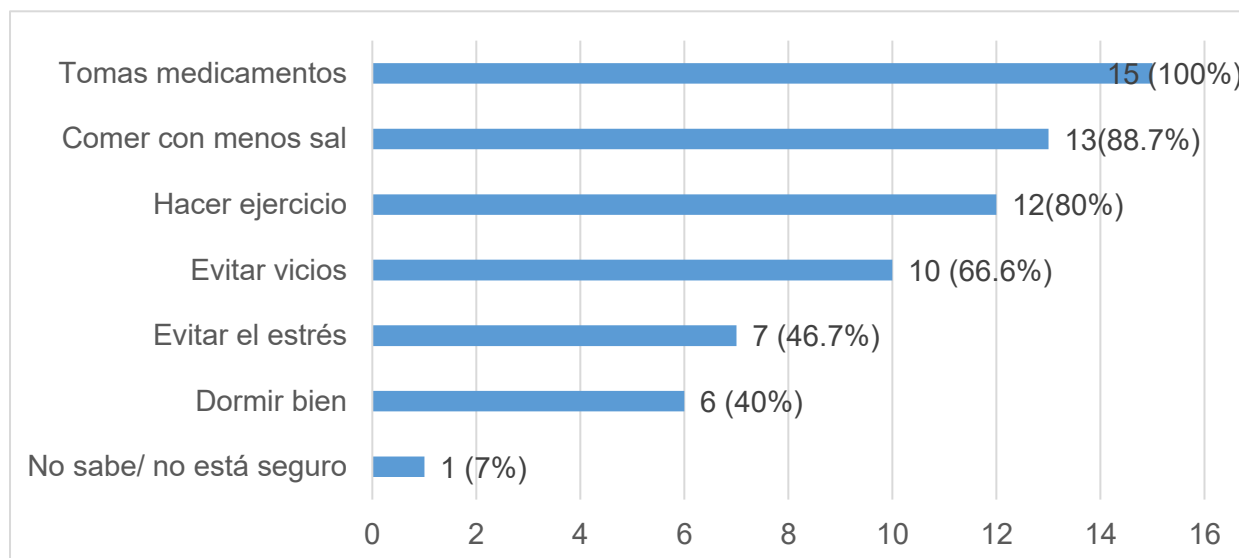


Tabla A5.4: Conocimiento sobre la relación entre la ingesta de agua y el control de la hipertensión arterial en adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Relación entre consumo de agua con la hipertensión arterial | n | Porcentaje (%) |
|---|-----------|----------------|
| Si | 5 | 33% |
| No sabe | 10 | 67% |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.5: Conocimiento sobre la etiqueta nutricional en adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Conocimiento de etiqueta nutricional | n | Porcentaje (%) |
|---|----------|-----------------------|
| Si | 12 | 80% |
| No | 3 | 20% |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.6: Conocimiento sobre los elementos de la etiqueta nutricional en adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Búsqueda en la etiqueta nutricional | n | Porcentaje (%) |
|--|----------|-----------------------|
| Sal, azúcar y grasas | 3 | 20% |
| Desconoce | 12 | 80% |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.7: Conocimiento sobre la práctica de huertos caseros o familiares en adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Conocimiento sobre huertos caseros | n | Porcentaje (%) |
|---|----------|-----------------------|
| SI | 12 | 87% |
| No | 3 | 13% |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.8: Conocimiento sobre los beneficios del cultivo de alimentos para la alimentación saludable y el control de la hipertensión de los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025.

| Conocimiento sobre beneficios del cultivo de alimentos | n | Porcentaje (%) |
|---|----------|-----------------------|
| Conoce | 7 | 47% |
| Tal vez | 6 | 40% |
| No conoce | 2 | 13% |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.9: Cumplimiento de la toma de medicamentos antihipertensivos según prescripción médica en adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Toma de medicamentos según prescripción | n | Porcentaje (%) |
|--|----------|-----------------------|
| Si | 11 | 73.3% |
| No | 4 | 26.7% |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.10: Interrupción del tratamiento médico para la hipertensión arterial en adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Interrupción al tratamiento médico | n | Porcentaje (%) |
|---|----------|-----------------------|
| No interrumpe | 5 | 33.3% |
| Si interrumpe | 6 | 40% |
| No recuerda | 4 | 26.6 |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.11: Principales motivos de interrupción del tratamiento médico prescrito en adultos mayores con hipertensión arterial de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Motivo de interrupción de prescripción médica | n | Porcentaje (%) |
|--|----------|-----------------------|
| Se le olvida | 3 | (43%) |
| No se siente mal | 4 | (57%) |
| Total | 7 | 100% |

Tabla A5.12: Cambios en la alimentación realizados por adultos mayores a partir del diagnóstico de hipertensión arterial, Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Cambios en la alimentación | n | Porcentaje (%) |
|---|----------|-----------------------|
| Disminución en consumo de sal | 12 | 80% |
| Disminución en consumo de carne | 2 | 13% |
| Disminución en consumo de alimentos fritos | 3 | 20% |
| Aumento en consumo de frutas | 1 | 7% |
| Aumento en consumo de agua | 2 | 13% |
| Disminución de bebidas embriagantes | 1 | 7% |
| No ha hecho ningún cambio | 2 | 13% |

Tabla A5.13: Percepción de la influencia de las tradiciones religiosas en la alimentación de los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Influencia religiosa | n | Porcentaje (%) |
|-----------------------------|----------|-----------------------|
| Si | 8 | 53% |
| No | 5 | 33.3% |
| A veces | 2 | 13.3% |
| Total | 15 | 100% |

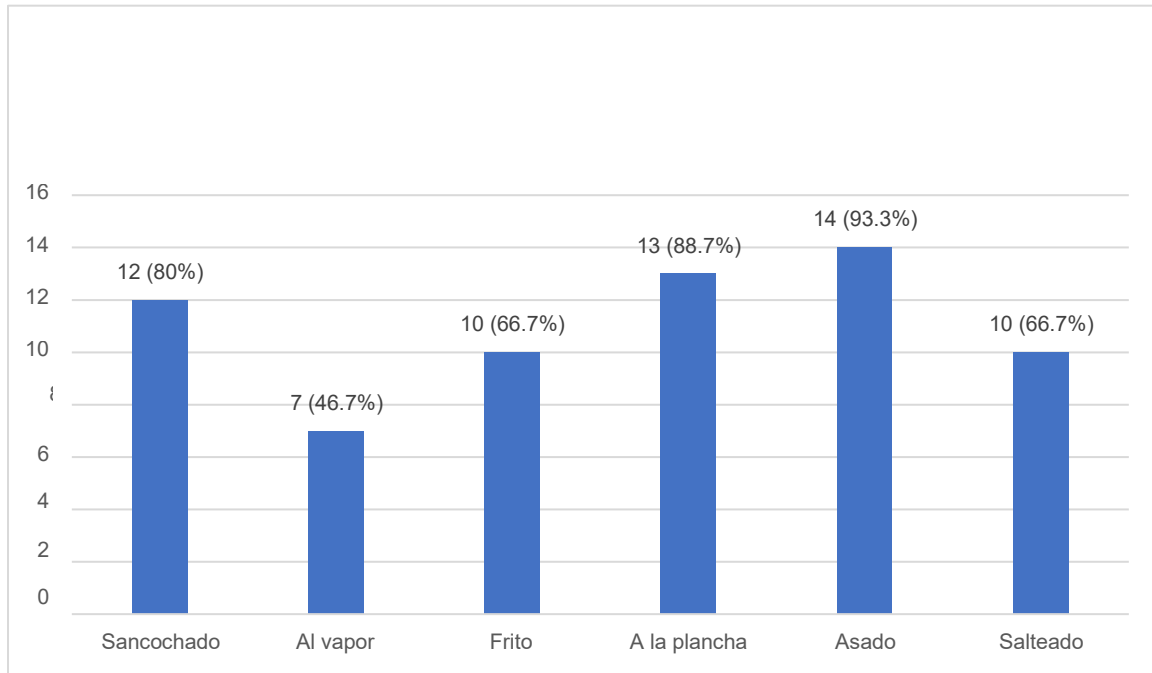
Tabla A5.14: Percepción de la influencia de las actividades del círculo social en la alimentación de los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Influencia del círculo social | n | Porcentaje (%) |
|--------------------------------------|----------|-----------------------|
| Si | 7 | 46.7% |
| No | 4 | 26.8% |
| A veces | 4 | 26.7% |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.15: Práctica de adición de sal en las preparaciones de alimentos por los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Adición de sal en preparación de alimentos | n | Porcentaje (%) |
|---|----------|-----------------------|
| Si | 3 | 20% |
| No | 7 | 47% |
| A veces | 5 | 33% |
| Total | 15 | 100% |

Gráfica A5.2: Tipos de métodos de cocción de alimentos utilizados por los adultos mayores en sus hogares de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025



Gráfica A5.3: Factores que influyen en la elección de alimentos en los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025.

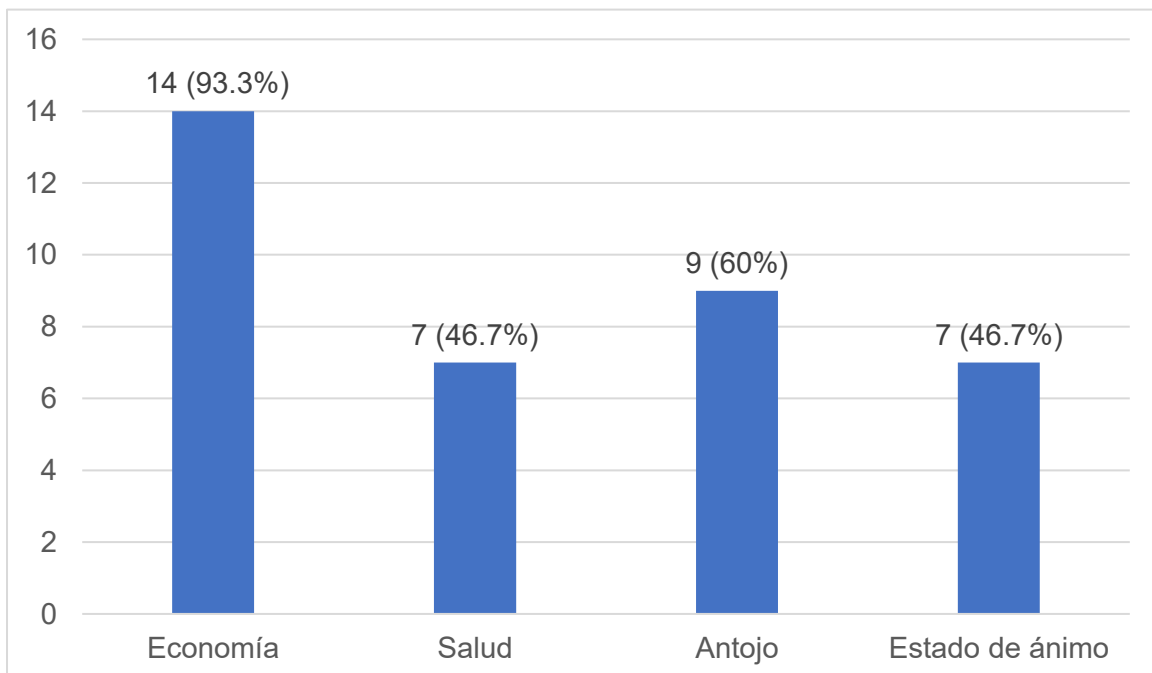


Tabla A5.16: Tipos de ejercicio físico realizados por los adultos mayores en sus hogares de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Tipo de ejercicio realizado | n | Porcentaje (%) |
|------------------------------------|----------|-----------------------|
| Relevos y obstáculos | 9 | 60% |
| Caminata | 3 | 20% |
| Subir y bajar gradas | 1 | 6.6% |
| Baile | 1 | 6.6% |
| Flexibilidad | 3 | 20% |

Tabla A5.17: Frecuencia con la que los adultos mayores realizan actividad física en la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Frecuencia de actividad física | n | Porcentaje (%) |
|---------------------------------------|----------|-----------------------|
| Todos los días | 3 | 20% |
| 2-3 veces por semana | 6 | 40% |
| 1 vez a la semana | 6 | 40% |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.18: Cantidad de agua consumida por los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Cantidad de agua consumida | n | Porcentaje (%) |
|-----------------------------------|----------|-----------------------|
| 2 litros o más | 8 | 53% |
| Alrededor de 1 litro | 7 | 47% |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.19: Práctica de lectura de la etiqueta nutricional en los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Lectura de etiqueta nutricional | n | Porcentaje (%) |
|--|----------|-----------------------|
| A veces | 4 | 27% |
| No | 11 | 73% |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.20: Práctica de huertos caseros o comunitarios en los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Práctica de huerto en casa o comunidad | n | Porcentaje (%) |
|---|----------|-----------------------|
| Si | 6 | 40 % |
| No | 9 | 60 % |
| Total | 15 | 100% |

Tabla A5.21: Frecuencia de consumo de distintos tipos de condimentos en los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Alimentos | Nunca | Casi nunca | Poco | Regular | Bastante | Mucho |
|---------------------------|--------------|-------------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|
| Sal | 1 | - | - | 2 | 1 | 11 |
| Sopas instantáneas | 3 | 4 | 2 | 5 | - | 1 |
| Consomés | 4 | 1 | - | 1 | 2 | 7 |
| Cubitos maggi | 12 | 1 | - | 1 | - | 1 |

Tabla A5.22: Frecuencia de consumo del grupo de lácteos en los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril de 2025

| Alimentos | Nunca | Casi nunca | Poco | Regular | Bastante | Mucho |
|--------------------|--------------|-------------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|
| Queso duro | 4 | 1 | - | 4 | 1 | 5 |
| Queso craft | 12 | 1 | - | 1 | 1 | - |

Tabla A5.23: Frecuencia de consumo del grupo de embutidos en los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025.

| Alimentos | Nunca | Casi nunca | Poco | Regular | Bastante | Mucho |
|------------------|--------------|-------------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|
| Embutidos | 3 | 2 | - | 5 | 2 | 3 |

Tabla A5.24: Frecuencia de consumo del grupo de grasas en los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025.

| Alimentos | Nunca | Casi nunca | Poco | Regular | Bastante | Mucho |
|--------------------------|--------------|-------------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|
| Margarina vegetal | 4 | 2 | - | - | 2 | 7 |
| Manteca de cerdo | 12 | 2 | - | - | - | 1 |

Tabla A5.25: Frecuencia de consumo del grupo de panes y cereales en los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025.

| Alimentos | Nunca | Casi nunca | Poco | Regular | Bastante | Mucho |
|------------------------------|--------------|-------------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|
| Frijoles Preenvasados | 9 | - | - | 3 | - | 3 |
| Frijoles fritos | - | - | - | 2 | 1 | 12 |
| Bollería | 1 | 2 | - | 2 | - | 10 |
| Tortillas | - | - | - | - | - | 15 |
| Pan francés | 1 | 2 | - | - | - | 12 |
| Galletas saladas | 5 | 5 | 2 | 2 | - | 1 |
| Azúcar | 2 | - | - | 2 | - | 11 |

Tabla A5.26: Frecuencia de consumo de snacks en los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025.

| Alimentos | Nunca | Casi nunca | Poco | Regular | Bastante | Mucho |
|------------------|--------------|-------------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|
| Snacks | 7 | 2 | 4 | 2 | - | - |

Tabla A5.27: Frecuencia de consumo de comida rápida en los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025.

| Alimentos | Nunca | Casi nunca | Poco | Regular | Bastante | Mucho |
|----------------------|--------------|-------------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|
| Comida rápida | - | 11 | 4 | - | - | - |

Tabla A5.28: Frecuencia de consumo de bebidas artificiales en los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025.

| Alimentos | Nunca | Casi nunca | Poco | Regular | Bastante | Mucho |
|-----------------------------|--------------|-------------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|
| Bebidas artificiales | 6 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 |

Tabla A5.29: Frecuencia de consumo del grupo de bebidas alcohólicas en los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025.

| Alimentos | Nunca | Casi nunca | Poco | Regular | Bastante | Mucho |
|----------------------------|--------------|-------------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|
| Bebidas alcohólicas | 13 | - | 2 | - | - | - |

Tabla A5.30: Frecuencia de consumo de comida típica en los adultos mayores de la Parroquia Nuestra Señora del Pilar, Zaragoza, abril 2025.

| Alimentos | Nunca | Casi nunca | Poco | Regular | Bastante | Mucho |
|---------------------------|--------------|-------------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|
| Pastelitos | 5 | 5 | 4 | 1 | - | - |
| Empanadas | 6 | 5 | 4 | - | - | - |
| Yuca frita | 4 | 4 | 5 | 2 | - | - |
| Papas fritas | 5 | 5 | 3 | 2 | - | - |
| Mango en miel | 9 | 3 | 1 | 1 | - | 1 |
| Jocote en miel | 9 | 3 | - | 1 | - | 2 |
| Ayote en miel | 10 | 3 | - | 1 | - | 1 |
| Plátano en miel | 8 | 5 | 1 | - | - | 1 |
| Torrejas | 4 | 6 | 1 | 3 | - | 1 |
| Relleno de pescado | 9 | 4 | - | 2 | - | - |
| Elote asado | 6 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Nuegado | 7 | 3 | 2 | 3 | - | - |
| Tamales | 2 | 4 | 4 | 5 | - | - |
| Pupusas | - | 1 | 6 | 8 | - | - |