

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

PERCEPCIONES Y CREENCIAS DEL PACIENTE HIPERTENSO EN UNA COMUNIDAD ATENDIDA
POR EL MODELO INCLUYENTE DE SALUD Y OTRA POR EL MODELO HEGEMÓNICO DE
SALUD. ESTUDIO REALIZADO EN RABINAL, BAJA VERAPAZ Y TECPÁN, CHIMALTENANGO.
GUATEMALA.2017.
TESIS DE GRADO

CRISTINA PELLECCER ARREOLA
CARNET 10128-08

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, JUNIO DE 2017
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

PERCEPCIONES Y CREENCIAS DEL PACIENTE HIPERTENSO EN UNA COMUNIDAD ATENDIDA
POR EL MODELO INCLUYENTE DE SALUD Y OTRA POR EL MODELO HEGEMÓNICO DE
SALUD. ESTUDIO REALIZADO EN RABINAL, BAJA VERAPAZ Y TECPÁN, CHIMALTENANGO.
GUATEMALA.2017.
TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
CRISTINA PELLECCER ARREOLA

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE NUTRICIONISTA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, JUNIO DE 2017
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. MARIA GENOVEVA NÚÑEZ SARAVIA DE CALDERÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. ANA LUCIA KROKER LOBOS

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. JUDITH MARINELLY LOPEZ GRESSI

LIC. MÓNICA ALEJANDRA MÉNDEZ PAIZ

LIC. MÓNICA CASTAÑEDA BARRERA

Guatemala 05 de junio de 2017

Comité de Tesis
Licenciatura en Nutrición
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Respetables Autoridades:

Por este medio hago constar que el informe final de tesis: **“PERCEPCIONES Y CREENCIAS DEL PACIENTE HIPERTENSO EN UNA COMUNIDAD ATENDIDA POR EL MODELO INCLUYENTE DE SALUD Y OTRA POR EL MODELO HEGEMÓNICO DE SALUD. ESTUDIO REALIZADO EN RABINAL, BAJA VERAPAZ Y TECPÁN GUATEMALA, CHIMALTENANGO, GUATEMALA. 2017.”**, realizado por la estudiante **CRISTINA PELLECCER ARREOLA** con número de carnet **1012808**, ha sido asesorado y revisado, considerando que cumple con los requisitos para su aprobación.

Atentamente,



M.A Ana Lucía Kroker Lobos



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
No. 09713-2017

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante CRISTINA PELLECCER ARREOLA, Carnet 10128-08 en la carrera LICENCIATURA EN NUTRICIÓN, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09365-2017 de fecha 15 de junio de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

PERCEPCIONES Y CREENCIAS DEL PACIENTE HIPERTENSO EN UNA COMUNIDAD ATENDIDA POR EL MODELO INCLUYENTE DE SALUD Y OTRA POR EL MODELO HEGEMÓNICO DE SALUD. ESTUDIO REALIZADO EN RABINAL, BAJA VERAPAZ Y TECPÁN, CHIMALTENANGO. GUATEMALA.2017.

Previo a conferírsele el título de NUTRICIONISTA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 20 días del mes de junio del año 2017.




LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por haberme guiado hasta el día de hoy.

A mi familia:

Por el apoyo, cariño y palabras de aliento que me brindan, por siempre estar pendientes de cada etapa de mi formación profesional. Gracias familia Arreola, porque a pesar de estar lejos, siempre estaban muy pendientes de mí.

A mis amigos:

Por llenar mi vida de risas y aventuras, por celebrar conmigo cada pequeño logro y estar ahí para mí siempre. Los quiero.

A mis asesoras:

Licda. Michele Monroy y Licda. Ana Kroker, por compartir conmigo sus conocimientos, por su paciencia y ayuda brindada en cada paso de la investigación. Gracias por ser un ejemplo como profesional.

A los profesionales que me apoyaron durante el estudio:

Dra. Lidia Morales, Dr. Wilson Vicente, Licda. Telma Miculax. Por su disposición para ayudarme en el proceso de elaboración de la investigación.

A todas las profesionales que laboran en el puesto de salud de Pichec y en “Mis Años Dorados”:

Por su colaboración durante el estudio, por el valioso tiempo que me brindaron durante el proceso de entrevistar a los pacientes.

DEDICATORIA

A Dios:

Por estar presente en cada paso de mi vida, por haberme dado fortaleza, sabiduría y voluntad para superar cada reto y alcanzar este sueño.

A mi abuelito Enrique:

Por haberme dado tanto amor y haber sido un excelente abuelito y sé que desde el cielo celebras este triunfo conmigo.

A mis padres:

Por la enseñanza de vida, amor y todo su esfuerzo para ser quien soy. Gracias por darme la oportunidad de cumplir esta meta, por motivarme a siempre ser mejor y apoyarme en todo, sin ustedes no sería posible este logro. Los amo.

A mis hermanos:

Por su apoyo incondicional y estar siempre a mi lado.

A Daniel:

Por motivarme siempre a dar lo mejor de mí, por haberme acompañado durante todo el proceso de mi formación profesional. Gracias por siempre creer en mí, por tu apoyo incondicional en todo lo que se me ocurre. Te amo.

A Gloria Alejandra:

Por tantos años de amistad incondicional, por tu apoyo y cariño. Gracias por ser una persona tan especial y sumar tanto a mi vida. Te quiero.

PERCEPCIONES Y CREENCIAS DEL PACIENTE HIPERTENSO EN UNA COMUNIDAD ATENDIDA POR EL MODELO INCLUYENTE DE SALUD Y OTRA POR EL MODELO HEGEMÓNICO DE SALUD.

Estudio realizado en Rabinal, Baja Verapaz y Tecpán Guatemala, Chimaltenango. Guatemala, 2017.

Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Licenciatura en Nutrición, Cristina Pellecer Arreola, Carné: 10128-08, año 2017.

Resumen

Antecedentes: La hipertensión arterial continúa aumentando tanto a nivel mundial como nacional y se agrava por la falta de conocimiento sobre la enfermedad por parte del paciente hipertenso.

Objetivo: Describir la percepción y las creencias del paciente hipertenso atendido en el primer nivel de atención en salud en un área donde este implementado el Modelo Incluyente de Salud comparado con un área donde no está implementado, sobre las recomendaciones de dieta, estilo de vida y tratamiento.

Diseño: Estudio de tipo cualitativo descriptivo.

Lugar: Comunidad atendida por el Modelo Hegemónico de Salud y comunidad atendida por el Modelo Incluyente en Salud

Materiales y métodos: Se realizaron 30 entrevistas a profundidad hasta la saturación a pacientes hipertensos. Las entrevistas fueron transcritas y se identificaron indicadores discursivos para ser analizados según cada variable.

Resultados: La mayoría de pacientes entrevistados reconocen cuales son los síntomas de la hipertensión y confían en el medicamento, sin embargo, no consideran que la alimentación y el peso corporal sea un factor de riesgo para su enfermedad.

Conclusión: La percepción de los pacientes sobre la hipertensión es que se desarrolló debido a un evento estresante en su vida y poseen la creencia que en algún momento se curarán si ingieren el medicamento y remedios naturales.

Índice

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III.	MARCO TEÓRICO.....	5
IV.	ANTECEDENTES.....	16
V.	OBJETIVOS.....	23
VI.	JUSTIFICACIÓN.....	24
VII.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	25
VIII.	MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	32
IX.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	35
X.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	36
XI.	CONCLUSIONES.....	60
XII.	RECOMENDACIONES.....	62
XIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	63
XIV.	ANEXOS.....	70

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial las enfermedades cardiovasculares son responsables de 17 millones de muertes al año, siendo la hipertensión arterial responsable del 45% de estas. Los países mayormente afectados son los que presentan bajos y medianos ingresos en comparación con aquellos con mayores ingresos porque el número de habitantes está aumentando constantemente y además el sistema de salud es muy débil, por lo que el diagnóstico, tratamiento y control médico de personas afectadas es más complicado.(1)

La carga de mortalidad debido a las enfermedades crónicas no transmisibles en el mundo fue del 68% en el año 2012 y el 80% de estas defunciones se presentó en países de ingresos bajos y medios y se estima que la hipertensión arterial causó 9.4 millones de defunciones en el año 2010. (2)

Estudios realizados alrededor del mundo, han demostrado que una dieta suficiente, accesible, inocua y variada no solamente previene la malnutrición sino también reduce el riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles. (3)

La presente investigación surge debido al aumento de la prevalencia de la hipertensión arterial en los últimos años, desde el 2005 al 2013 aumentó de 69.1 a 79.3 por 10,000 habitantes. (4) Esta patología es degenerativa y los pacientes deben aprender a convivir con ella durante el resto de su vida y es ahí donde se encuentra la importancia de brindar la orientación y educación adecuada acerca de la enfermedad y lograr evitar complicaciones agudas y especialmente crónicas.

Guatemala se encuentra planteando un nuevo modelo de Atención Primaria en Salud, el Modelo Incluyente de Salud, este integra las prácticas de medicina tradicional Maya, con la medicina occidental en un enfoque de atención al ciclo vital del ser humano con pertinencia cultural. (5) En este contexto, ésta investigación propone identificar cómo las personas que padecen hipertensión en

el área rural, se identifican con la enfermedad y los posibles tratamientos que el sistema ofrece, con enfoque al abordaje alimentario y nutricional. Se consideran las creencias, tradiciones y costumbres de los pacientes; para lograr cambios en el estilo de vida, las creencias acerca de la alimentación y la percepción del cambio en ella luego de ser diagnosticados, la percepción de la hipertensión para su salud y futuro bienestar.

Para lograrlo se realizará una investigación cualitativa en pacientes hipertensos comparando pacientes tratados por el Modelo Hegemónico en Salud y el Modelo Incluyente en Salud en dos comunidades de Guatemala.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) ha aumentado en los países de Centroamérica; desde hace 15 a 20 años se estableció una epidemia y se predice que seguirá en aumento en los próximos años. En varios países centroamericanos se está experimentando una *transición* epidemiológica que se caracteriza por carencias nutricionales e infecciones. (6)

La hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes en las cardiopatías, esto afecta entre el 8% y el 30% de los habitantes de América Latina por lo que es necesario diseñar estrategias y métodos para lograr que este porcentaje disminuya.

En Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha reportado que las enfermedades cardiovasculares constituyen la segunda causa de muerte en el país. (7) Guatemala presenta mayor doble carga de mortalidad (cáncer + enfermedades transmisibles), por esto es fundamental para el país combatir ambos.

En nuestro país, la tendencia de hipertensión, del año 2008 al 2014 incrementó 74% y se estima un aumento medio anual (del 2015 al 2020) de 9.2%. (7) Esta patología está identificada como una de las primeras 20 causas de morbilidad a nivel nacional.

El MSPAS creó acciones de prevención como el Programa Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (PNECNT) y la Comisión para la Atención Integral de las ECNT, con el objetivo de disminuir la discapacidad, morbilidad y mortalidad por estas patologías en la población guatemalteca. (8)

A pesar de estas estadísticas y hallazgos, el problema sigue en aumento y en Atención Primaria en Salud el enfoque que se da a esta patología es netamente curativo y la prevención primaria o secundaria están limitadas debido a que las estrategias son dispersas y con financiamiento limitado. En este contexto,

comprender la enfermedad desde el punto de vista de las personas que la padecen y buscan atención es fundamental para plantear soluciones con pertinencia cultural, las perspectivas y creencias de los pacientes entorno a la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y el estilo de vida son fundamentales para diseñar intervenciones que por su efectividad sean demandadas por la población.

III. MARCO TEÓRICO

A. Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Guatemala

1. Enfermedades crónicas no transmisibles

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), son de larga duración, evolucionan lentamente y no se transmiten de persona a persona. Los cuatro grupos principales de enfermedades crónicas no transmisibles son las cardíacas (cardiopatía isquémica, evento cerebrovascular), cáncer, enfermedades respiratorias crónicas (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y la diabetes, estas patologías causan el casi el 75% de defunciones a nivel mundial.

Estas enfermedades afectan a todos los grupos de edad y todas las regiones; la población mundial está expuesta a dietas inadecuadas, falta de actividad física, humo de tabaco y consumo excesivo de alcohol. (9)

Las enfermedades crónicas no transmisibles están aumentando a nivel mundial y es alarmante el aumento de la prevalencia de factores de riesgo en países en desarrollo, esto representa un reto para el siglo XXI porque afectan el desarrollo social y económico; implican una carga de morbilidad, discapacidad y mortalidad que puede ser prevenida. (10) Estas enfermedades no se solucionan espontáneamente, por lo que su principal característica es el tratamiento médico continuo. Las personas de la tercera edad presentan mayor riesgo de padecer alguna de estas patologías, esto debido a que el desgaste de órganos es mayor.

En Guatemala, la pobreza está estrechamente relacionada con las enfermedades, es por esto que las enfermedades crónicas no transmisibles amenazan uno de los objetivos del nuevo documento “Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, poner fin a la pobreza y el hambre en todas sus formas y dimensiones. El rápido aumento de estas enfermedades es un obstáculo para

lograr dicho objetivo debido a los gastos familiares que aumentan por atención en salud. (11)

En 2003, la declaración del manejo de la hipertensión realizada por la Asociación Internacional de Hipertensión (ISH por sus siglas en inglés) y la OMS, indica que las estrategias deben ser dirigidas a los factores de riesgo que existen en el estilo de vida, como dietas poco saludables, sedentarismo y tabaquismo pero también a las manifestaciones de este estilo de vida poco saludable como la hipertensión, intolerancia a la glucosa y las hiperlipidemias. En general, deben ser estrategias que también ayuden a las personas que ya padecen alguna de estas enfermedades. (12) Entre las estrategias propuestas está la modificación del estilo de vida, ésta incluye el control de peso, realizar actividad física, consumo moderado de alcohol, aumento del consumo de frutas, verduras y potasio y la disminución de grasas saturadas y sodio en la dieta. (12) Además la adherencia al tratamiento farmacológico según las indicaciones médicas.

En Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) creó un Acuerdo Ministerial en 2003, el Programa Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles así como la Comisión para la Atención Integral de las ECNT. La principal función de esta comisión es asesorar técnica y científicamente para el control y prevención de las enfermedades de mayor prevalencia e impacto que son las enfermedades cardiovasculares y Diabetes Mellitus. El objetivo es lograr la disminución de la discapacidad, morbilidad y mortalidad por las enfermedades crónicas no transmisibles en la población guatemalteca. (13)

2. Hipertensión

La hipertensión arterial sistémica, es una enfermedad cardiovascular frecuente y la que afecta al mayor porcentaje de población a nivel mundial, se define como el aumento de los niveles de presión arterial por encima de los límites considerados normales según el sexo y la edad. (14) Su unidad de medición son milímetros de

mercurio (mm Hg); es expresada como sistólica en el numerador y diastólica en el denominador.

Se considera hipertensión cuando la presión arterial es mayor a 140/90 mm Hg.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la hipertensión arterial puede ser clasificada de acuerdo a tres criterios: niveles de presión arterial, niveles de riesgo y punto de vista etiológico.

En el 2013, en el séptimo informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial estableció una clasificación de acuerdo a los siguientes parámetros: (15)

- Normal: presión arterial sistólica <120 mmHg y presión arterial diastólica <80 mmHg
- Pre hipertensión: presión arterial sistólica 120 – 139 mmHg o presión arterial diastólica 80 – 89 mmHg
- Hipertensión etapa 1: presión arterial sistólica 140 – 159 mmHg o presión arterial diastólica 90 – 99 mmHg.
- Hipertensión etapa 2: presión arterial sistólica >160 mmHg o presión arterial diastólica >100 mmHg

Por ser una enfermedad crónica, la hipertensión afecta a largo plazo otros sistemas como el cardiaco, renal, ocular, periférico y cerebrovascular, debido a esto cuando un paciente hipertenso no recibe o no consume su tratamiento, aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca, infarto agudo al miocardio, pérdida ósea y pérdida de memoria.(16)

El objetivo de la terapia antihipertensiva es reducir la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal, también busca la adopción de estilos de vida saludable para evitar el aumento de la presión arterial. Las modificaciones más importantes han sido identificadas, reducción de peso en personas con sobrepeso y obesidad, mantenimiento de peso en un estado nutricional normal, adopción de la dieta

DASH, la cual es rica en potasio y calcio y baja en sodio, realizar actividad física constantemente y el consumo moderado de alcohol. (15)

En un enfoque más reciente, las recomendaciones de OMS van hacia las guías NOVA que consisten en agrupar los alimentos según la naturaleza del alimento, el grado de procesamiento y finalidad del mismo. Los grupos son:

1. Alimentos sin procesar o mínimamente procesados: estos son modificados pero no se agrega ningún otro ingrediente o químico, esto comprende el lavado, cortado, empaquetado, congelamiento.
2. Ingredientes procesados culinarios: es la extracción y purificación de componentes de alimentos enteros para la producción de ingredientes culinarios, como el prensado, la molienda, trituración. Si se utilizan enzimas y aditivos.
3. Productos ultraprocesados: es la combinación de ingredientes ya procesados del grupo dos para crear productos accesibles, de buen sabor, listos o casi listos para el consumo. Entre los procesamientos se incluye la fritura, horneado, curados, ahumados. Se utilizan aditivos cosméticos, preservantes, adición de vitaminas y minerales sintéticos y empaquetamiento sofisticado. (17)

Al momento de modificar el estilo de vida aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y en consecuencia disminuye el riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular.

En Guatemala, se sigue un esquema de atención y tratamiento, que se brindan en el primer nivel de atención en salud, el esquema de atención dependerá de los niveles de presión arterial, según la clasificación, el estadio 1 y el estadio 2 sin complicaciones se brindan recomendaciones generales de modificación de estilo de vida como peso ideal, alimentación saludable, evitar el fumar y el consumo bebidas alcohólicas. En el anexo A se muestra el algoritmo de hipertensión utilizado por los profesionales de salud del área.

El esquema de tratamiento farmacológico dependerá del estadio de la hipertensión, los principales medicamentos recetados son diuréticos tiazídicos, IECA inhibidores enzima convertidora de angiotensina y ARA II antagonista del receptor de angiotensina II. Las mujeres embarazadas deben ser referidas al hospital nacional más cercano. (18)

Estilo de vida es definido como “aquellos comportamientos que mejoran o crean factores de riesgos para la salud”, está relacionado con los patrones de consumo de cada individuo en alimentación, consumo de tabaco, actividad física, ocio, alcohol, drogas, estrés y riesgo ocupacional. (19)

C. Intervención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ante la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención

El Primer Nivel de Atención es el primer contacto que tiene un individuo con el servicio de salud, en este nivel de atención se realiza la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.

Los servicios de están dirigidos a toda la población y “la atención puede ser brindada en establecimientos públicos de salud, ambientes seleccionados por la comunidad y en viviendas de familias que sean de fácil acceso para los demás habitantes.” (20) Los establecimientos de este nivel son:

- Centro Comunitario de Salud: tiene la responsabilidad de menos de mil quinientos habitantes. Se ubica en aldeas, cantones, caseríos y barrios, almacena medicamento.(20) En el país 366 existen centros comunitarios de salud.(21)
- Puesto de Salud: cubre dos mil habitantes, una de sus funciones es el enlace entre la red institucional de salud pública y el nivel comunitario. El recurso humano básico es el auxiliar de enfermería. (20) Existen 928 puestos de salud en todo el país.(21)

- Puesto de Salud Fortalecido: atiende a cinco mil habitantes, presta servicio de promoción, prevención y curación de enfermedades no complicadas. (20) Existen 33 puestos de salud fortalecidos en todo el país.(21)

3. Programa Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Este programa tiene como objetivo “disminuir la discapacidad, morbilidad y mortalidad por las enfermedades crónicas no transmisibles en la población guatemalteca”.

El Plan Nacional de Prevención de las ECNT (PNECNT) ha priorizado la prevención de enfermedades cardiovasculares y Diabetes Mellitus, por ser de mayor prevalencia e impacto en la salud de los guatemaltecos. “Para la prevención de estas enfermedades, se pretende reducir los factores de riesgo más comunes, como la obesidad, sedentarismo, hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo, alcoholismo y los malos hábitos alimentarios” (22), por medio de las principales estrategias:

1. Promoción de formulación de políticas eficaces
2. Coordinación extra e intra-sectorial
3. Fortalecimiento de los servicios de salud para la prevención y atención de las ECNT.
4. Promoción de intervenciones comunitarias.

El programa posee lineamientos para el tratamiento de la hipertensión y otras crónicas recopiladas en el documento Guías para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, donde se mencionan recomendaciones para la prevención, el tratamiento, metas recomendadas del tratamiento y tratamiento no farmacológico. (23)

4. Modelo Incluyente de Salud

“Es una estrategia a largo plazo para impulsar una reforma del sistema de salud desde una visión alternativa, basada en derechos y mediante una atención integral e incluyente dirigida a reducir inequidades.” (24) Está enfocado sobre el primer nivel de atención por ser considerado un elemento clave para sistema público de salud.

Durante la formulación del Modelo Incluyente de Salud (MIS), de 2000 a 2002, se llevó a cabo un proceso de investigación donde se tomó en cuenta las experiencias de atención en el primer nivel de atención y salud comunitaria en el ámbito público, con los resultados obtenidos se definió la base conceptual del MIS. La etapa de validación del MIS se llevó a cabo en los Distritos Municipales de Salud (DMS) de Guineales y Xejuyup en Sololá y en San Juan Ostuncalco en Quetzaltenango. (25)

Inicio del Modelo Incluyente en Salud

En el año 1998 la Instancia Nacional de Salud (INS), fue creada con el objetivo de crear propuestas que logran mejorar el sistema público de salud en Guatemala. Actualmente ya no está activa la INS, pero en 2002 se publicaron los resultados, de algunas investigaciones, en un documento llamado “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente: bases y lineamientos”, en este documento se menciona por primera vez el Modelo Incluyente en Salud (MIS) y en 2003 se puso en práctica dos proyectos piloto que fueron validados para integrarlo al sistema nacional de salud. (26)

Hasta la fecha el MIS ha obtenido resultados positivos e importantes en la salud de la población, atiende a la población en todos los ciclos de la vida y en su idioma materno, realiza actividades preventivas y de promoción constantemente con familias y organizaciones comunitarias y ha reducido el porcentaje de mortalidad materno-infantil en las áreas donde esta implementado.

Debido a estos resultados positivos se ha considerado implementar el MIS en todos los puestos de salud del país.

Perspectivas de la estrategia

La estrategia (MIS) es integral, por lo que cada decisión, planificación y acción que se lleva a la práctica debe apoyarse en cuatro perspectivas fundamentales:

1. Derecho a la salud

La salud debe ser asumida como un derecho, reconoce que el Estado tiene la obligación de generar condiciones sociales para que la población goce del mejor nivel posible de salud, garantizar la atención integral, universal y de calidad. (26)

2. Perspectiva de género

La sociedad ha construido roles, mandatos y prohibiciones para hombres y mujeres, lo que ha generado relaciones desiguales y discriminación, especialmente contra la mujer. (26)

Esta perspectiva ayuda a comprender como viven, enferman y mueren los hombres y mujeres, orientándose a entender las necesidades específicas de salud y propone transformar las relaciones que producen desigualdades entre géneros.

3. Pertinencia intercultural

Los aspectos sociales y culturales también determinan el proceso salud-enfermedad.

Esta perspectiva reconoce la diversidad de terapeutas, conceptos, saberes, recursos y prácticas, en salud, en cada persona, familia y comunidad y además plantea mecanismos para brindar una atención más efectiva. (26)

4. Medio ambiente – Madre Naturaleza

Esta perspectiva propone construir una visión holística y biocéntrica, es decir, reconocer la interdependencia entre todos los seres y elementos de la naturaleza, esta no es una fuente de recursos para el servicio del ser humano, sino se debe entender al ser humano como parte de ella y respetarla por derecho propio. (26)

Áreas implementadas

“Con la intención de validar el MIS, a partir del año 2003 se implementa el modelo en dos lugares a los que se les ha llamado proyectos piloto: (a) la Boca Costa de los municipios de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá, en el departamento de Sololá, y (b) en el municipio de San Juan Ostuncalco del departamento de Quetzaltenango.” (26)

Las Direcciones de Áreas de Salud (DAS) de Baja Verapaz y Zacapa generaron interés por la estrategia, por lo que en estos lugares se llevaron a cabo los ejercicios de sectorización y establecimiento de planes técnicos y financieros para implementarlo en el lugar.

A finales de 2010 el MSPAS aprobó la sostenibilidad para pilotaje de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, y Guineales en Sololá, en este mismo año se implementa el MIS en los Distritos Municipales de Salud (DMS) de Cuilco, Huehuetenango, Cubulco y Rabinal, Baja Verapaz y La Unión Zacapa.

Actualmente solamente estos son los lugares donde se encuentra implementada la estrategia, pero se espera implementarlo en todo el país en los próximos años.

Organización territorial y asignación equitativa de recursos

1. Sectores

Un sector es un espacio geográfico de un municipio o Distrito de Salud, está conformado según accesibilidad, vías de comunicación, aspecto geográfico y climático, topografía de terreno y número de habitantes y familias.

En cada sector debe haber un puesto de salud y debe estar asignado un Equipo Comunitario de Salud (ECOS).

2. Territorios

Un territorio es un agrupamiento de tres a seis sectores y se le asigna un Equipo de Apoyo al Primer Nivel de Atención (EAPAS), esta posee una sede u oficina.

Dependiendo del tamaño del municipio o Distrito de Salud se pueden conformar uno o varios territorios.

Equipos de trabajo

1. Equipo Comunitario de Salud (ECOS)

Es el equipo asignado en cada sector, es considerado el nivel operativo de la Estrategia porque son los responsables de directos de brindar la atención en salud y puede estar integrado por dos o cuatro Auxiliares de Enfermería Comunitaria (AEC) de ambos sexos; brindan la atención en idioma local.

2. Equipo de Apoyo al Primer Nivel de Atención (EAPAS)

Es el equipo asignado para cada territorio y su función es la gestión y apoyo a los ECOS, es un equipo está conformado por cinco o seis profesionales y técnicos de salud quienes asumen responsabilidad de los programas (individuales, familiares y

comunitarios) y sectores. Los EAPAS responden al Coordinador Municipal de Salud.

Abordaje de hipertensión arterial

Existen muchas ideas sobre la salud y la enfermedad, esto indica que hay distintos abordajes y prácticas de atención e incluso hay enfermedades distintas que no se comprenden ni se reconocen desde la biomedicina y en estos casos un médico no es capaz de diagnosticar ni tratar la enfermedad, sin embargo, existen terapeutas locales o comunitarios a los que acude la población para resolver efectivamente esto.

Un factor de importancia para la Estrategia es la información al momento de tomar decisiones, es por esto que cuando se realizan actividades de atención individual, familiar o comunitaria, los ECOS registran información en formularios ya diseñados, esto con el objetivo de realizar reuniones, semanales, mensuales o anuales, entre ECOS y EAPAS en el Distrito de Salud para analizar la información y resolver algún problema que haya identificado y como mejorar las condiciones de salud.

Actualmente no existe un lineamiento para el abordaje específico de la hipertensión arterial, cuando las AEC realizan visitas domiciliarias, llevan el expediente clínico de cada paciente y lo actualizan, pero sobre hipertensión arterial solamente anotan el dato de la presión arterial, el pulso y si hay variación en la prescripción del medicamento, si el paciente refiere algún síntoma le brindan recomendaciones o le solicitan asistir al puesto de salud para mejor atención.

IV. ANTECEDENTES

En el año 2006, en Guatemala, se llevó a cabo el primer estudio epidemiológico de diabetes mellitus e hipertensión denominado “Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas”, en el área de Villa Nueva. La prevalencia general de hipertensión arterial fue de 13% de la población mayor de 19 años, indicando, en este año, que existían aproximadamente 13,000 hipertensos en el municipio de Villa Nueva y que al menos el 50% de estos desconocía padecer la enfermedad. Asimismo, alrededor del 28% de los hipertensos refirió haber recibido indicaciones de cambio de hábitos alimentarios, control de peso, no consumir alcohol, realizar actividad física y evitar el estrés, sin embargo el 37.8% refirió que nunca o casi nunca seguían estas recomendaciones. Adicionalmente, el estudio revela que gran parte de la población hipertensa analizada es alfabeta y un 33.4% es analfabeta. (27)

En Europa, resultados obtenidos en estudios realizados en el ámbito de atención primaria, han sido útiles para tener una perspectiva de la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular de la población atendida en centros de atención primaria y en la población mayor a 65 años de edad.

En general, el control de la presión ha mejorado, sin embargo el porcentaje de pacientes que se presentan a las consultas para controles sigue siendo bajo. El estudio PRESCAP (Presión Arterial en la población española en los Centros de Atención Primaria) 2002 observó que solamente el 36.1% de pacientes hipertensos se controla la presión arterial. En cuanto a la población, de España, de la tercera edad, presenta el mayor riesgo debido a que la prevalencia aumenta con la edad. En la población mayor de 60 años la prevalencia es mayor del 65%. (28)

En España en 2005, la Unidad de Investigación y el Área Básica de Salud Dr. Carles Ribas realizó el estudio descriptivo transversal llamado “Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares y Factores de Riesgo en Atención Primaria” realizado en un centro de salud urbano, el objetivo era determinar la prevalencia

de las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en atención primaria. Este estudio reveló una elevada prevalencia de factores de riesgo modificables. De 803 pacientes, el 35.7% presentó 1 factor de riesgo, 15% presentó 2, el 5.2% presentó 3 y el 2% presentó más de 3, es decir que el mayor porcentaje de pacientes, 57.9%, presento al menos un factor de riesgo modificable. Adicionalmente, el estudio revela que la prevalencia es mayor en el sexo masculino y tiende en general a aumentar con la edad. (29)

También, en otro estudio descriptivo de corte transversal llamado “Manejo de Presión Arterial en Pacientes con Cardiopatía Isquémica Atendidos en Atención Primaria” realizado por el Servicio de Cardiología de la Universidad de Barcelona en España, en 2007, revisó la historia clínica de 259 pacientes que asisten al centro de salud (atención primaria) con el objetivo de analizar el control de la presión arterial y fármacos empleados en el tratamiento de la hipertensión arterial. El resultado, 20.8% de los pacientes se realizaron controles de presión arterial constantemente, al menos 6 veces al año y una cuarta parte fueron pacientes mal controlados que asistían no se presentaron a ningún control en todo el año. (30) En este estudio se concluyó que el personal de salud de atención primaria debe velar por el control de la hipertensión arterial de estos pacientes.

En el 2012 en Colombia se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo llamado “Actitudes, Conocimientos, Creencias del Paciente Hipertenso Sobre la Medicación Antihipertensiva” con el objetivo de valorar las actitudes del paciente respecto al tratamiento antihipertensivo y sus creencias. Se tomaron en cuenta a 202 pacientes, el 80% de los participantes presentaba presión arterial controlada, a pesar de ser pacientes controlados, aproximadamente el 48% refiere que olvida tomar su medicamento antihipertensivo. La mayoría de pacientes considera que los remedios naturales son más seguros que los medicamentos recetados por el médico porque estos crean adicción. El 40% no tiene conocimiento de cuales órganos pueden ser dañados a causa de la presión arterial elevada. (31) El estudio manifiesta que se deben mejorar las estrategias de comunicación entre el

profesional de salud y el paciente para conseguir mantener una relación efectiva con los pacientes.

En 2005, en Cuba se realizó un estudio semejante al descrito anteriormente, llamado “Conocimientos, Creencias y Prácticas en Pacientes Hipertensos, Relacionados con su Adherencia Terapéutica”, con el objetivo de identificar conocimientos, creencias y practicas sobre la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Se tomó en cuenta a 165 pacientes, de estos, aproximadamente el 85% asocia el estrés a la presión arterial elevada, el 63.7% lo atribuye al consumo de sal, sin embargo un tercio de los pacientes no poseen el conocimiento del efecto de la sal sobre su patología y no consideran que un estilo de vida saludable pueda intervenir en la enfermedad. El 48.4% de los participantes no consideran un riesgo para su salud presentar presión elevada ni presenta vulnerabilidad a sus complicaciones, por lo que es un factor que afecta la adherencia a los tratamientos multidisciplinarios. (32) En conclusión, la falta de educación sobre la enfermedad y sobre nutrición no permite la modificación de conductas y prácticas en salud.

En cuanto a los hábitos alimentarios como herramienta para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles es necesario conocer como está representada socialmente la dieta en los pacientes con estas patologías. “La dieta es un elemento que se moldeado en cada país de manera efectiva” (33), resulta más económico y economiza tiempo consumir una sopa instantánea que cocinar alimentos frescos y naturales. La Universidad Autónoma de México, realizó un estudio en 2016 llamado “Representaciones Sociales de Dieta en Pacientes con Enfermedad Crónica No Transmisible”, para explorar “el sentido común” de la dieta en 200 pacientes, el resultado cualitativo obtenido en cuanto al término “dieta” fue “...lo que uno puede comer...”, traducido a la situación económica y social, la forma de comer de cada individuo dependerá de la disponibilidad y accesibilidad, es decir “comen lo que hay y para lo que alcanza”. También indicaron que “que es muy difícil seguir la dieta por el tiempo”, consumen lo “que les llena”, “la dieta no es tan importante como el medicamento”. (33) Es por esto la

importancia de conocer las tradiciones y costumbres de la población a estudiar para no suponer que se lograrán cambios imponiendo “dietas”.

Para lograr comprender la percepción que los pacientes tienen sobre su enfermedad y el tratamiento multidisciplinario que se les brinda, se debe realizar un estudio cualitativo, donde el “análisis de los datos obtenidos es un proceso durante toda la investigación, cuando algo que no se había previsto aparece, el investigador puede dirigirse rápidamente hacia esa área e investigar más intensivamente. Esta flexibilidad hace que el análisis en la investigación cualitativa sea ideal en aquellas situaciones donde los cambios rápidos que suceden en la materia necesitan flexibilidad en el diseño”. (34) Con este tipo de estudio más que comprobar una teoría busca construirla, se obtienen resultados alternativos de los fenómenos.

La Universidad Autónoma de México realizó un estudio descriptivo transversal en el año 2010 llamado “Estilos de Vida en Pacientes Hipertensos Atendidos en Hospital Público”, participaron 77 pacientes que fueron atendidos en un Hospital público, se les realizó una entrevista de 59 preguntas. Los resultados obtenidos reflejan que los hombres son más propensos a desarrollar hipertensión. En cuanto al índice de masa corporal el 30.5% presentó obesidad grado I y 26.3% presento obesidad grado II. Más del 60% de los participantes no realiza ningún tipo de actividad física además casi el 45% de ellos consume bebidas alcohólicas y el 9.7% es fumador. Casi el 84% de los pacientes no realiza ni lleva un plan dietético y el 16.7% si lo hace para llevar un mejor estilo de vida y mejorar su salud. En cuanto al tratamiento farmacológico el 97.2% refiere contar con tratamiento farmacológico y solamente el 3% no lo realiza debido a falta de tiempo, problemas económicos y otros porque refieren no presentar síntomas. (35) Es importante que le personal de salud tome en cuenta estos factores para evitar complicaciones y poder llevar a cabo programas de actividad física, control de peso, detección de casos y asegurarse de la ingesta adecuada de medicamentos.

En Estados Unidos, la American Heart Association (AHA) realizó un meta-análisis en 2006 llamado “Dietary Approaches To Prevent and Treat Hypertension”, donde

declaró científicamente que mejorar la dieta y el estilo de vida es un componente crítico de la estrategia para la reducción del riesgo de la enfermedad cardiovascular. Se demuestra que disminuir el consumo de sodio y seguir la dieta DASH disminuye significativamente el riesgo de hipertensión, este cambio fue heterogéneo entre hombres y mujeres, por lo que la población debe seleccionar alimentos con bajo contenido de sodio y evitar los alimentos ultraprocesados. El resultado de aumentar el consumo de potasio para disminuir la presión arterial fue significativo en la raza negra. (36) En un meta-análisis reciente se demostró que disminuir el consumo de alcohol disminuye tanto la presión arterial sistólica como la diastólica, 3.3mm Hg y 2.00 mmHg respectivamente.

Un meta-análisis y revisión sistemática realizada en 2012 por el Departamento de Nutrición y Dietética de la Universidad de Monash en Australia, examinó la relación entre el consumo de productos lácteos, se incluyó únicamente la leche entera de vaca, leche descremada, baja en grasa de oveja o cabra, yogurt y queso. Solamente se consideraron estudios de cohorte prospectivos con más de 1000 sujetos y con un periodo de seguimiento de al menos 1 año. El análisis mostró que el consumo de alimentos lácteos se asoció con la reducción del 13% del riesgo de hipertensión arterial, esta asociación fue por el consumo de alimentos lácteos bajos en grasa que se asoció a la reducción del 16% en el riesgo. Los alimentos altos en grasa no mostraron ninguna asociación. En cuanto al yogurt mostro una reducción del 8% del riesgo mientras que el consumo de queso no mostro resultados significativos. Las cantidades reportadas por los participantes de consumo de productos lácteos es consistente con las recomendaciones dadas por la Asociación Americana del Corazón, 2 a 3 porciones de lácteos sin grasa o bajos en grasa al día. (37)

En conclusión el meta-análisis, utilizó 45000 sujetos apoya la relación inversa entre el consumo de lácteos bajos o sin grasa y la disminución del riesgo de hipertensión, esto podría ser utilizado como base para brindar una mejor orientación en la alimentación y apoya las recomendaciones dietéticas de Estados

Unidos, Canadá, Australia y Reino Unido de consumir 2 a 3 porciones de productos lácteos bajos en grasa. (37)

El objetivo de un meta-análisis de estudios transversales llamado “Factores de Riesgo Cardiovascular en la Población Española; Meta Análisis de Estudios Transversales” realizado por el Centro Nacional de Epidemiología de España en 2005, fue revisar estudios publicados sobre los principales factores de riesgo cardiovascular y combinar los resultados en una estimación para el conjunto de la población española, se incluyó a 47 trabajos donde se incluyeron 130,945 personas. Los grupos de edad estudiados fueron variables, 4 estudios fueron realizados en personas mayores de 60 – 65 años, 7 en niños o adolescentes en edad escolar, la mayor parte de los estudios incluyen participantes de ambos sexos, 3 estudios incluyeron solamente sexo masculino y 2 solamente sexo femenino. Según los resultados el 33% de la población española es fumadora, 34% padece hipertensión arterial, 20% es obeso, 8% de las mujeres y el 12% de los hombres padecen diabetes mellitus. En conclusión los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes en la población española es la hipertensión arterial en personas mayores de 65 años, exceso de peso en mujeres y el tabaquismo. (38)

La hipertensión es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares especialmente en personas con sobrepeso y obesidad. En Holanda, un meta-análisis realizado por Neter et al. en 2003 llamado “Influence of Weight Reduction on Blood Pressure, Metaanalysis of Randomized Controlled Trials”, se utilizaron 25 ensayos aleatorios controlados e incluyó 4874 individuos. La mitad de los individuos presentaban hipertensión y el 24% tomaba antidepressivos. El peso promedio de los individuos fue de 88.3kg y 30.7kg/mt² de índice de masa corporal, indicando obesidad grado I. El resultado mostró que disminuir 5kg de peso puede reducir 4.4 a 3.6 mmHg de presión arterial. En conclusión, la prevalencia de obesidad va en aumento por lo que el control de peso es necesario para evitar el padecimiento de enfermedades cardiovasculares. (39)

En China en 2016, la Universidad de Medicina de Chongqing realizó un estudio cualitativo llamado “Hypertension impacts on health related quality of life: a cross-sectional survey among middle age adults in Chongqing, China”, con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, así como sus determinantes sociodemográficos y de estilo de vida entre los adultos de mediana edad con hipertensión arterial, participaron 1224 personas quienes fueron seleccionados utilizando el método de muestreo aleatorio estratificado, el resultado mostró que los hombres poseen menor condición física que indica la importancia de conocer las diferencias entre géneros. En general, las personas con mayor nivel de educación, con mayor capacidad económica, buena calidad del sueño y mayor índice de masa corporal presentan mejor calidad de vida. (40)

En otro estudio cualitativo realizado por la Universidad de Sídney en el año 2016 en Australia, llamado “Management of Hypertension in an Australian Community Pharmacy Setting – Patients’ Beliefs and Perspectives”, se entrevistaron a 18 individuos por vía telefónica acerca de sus perspectivas y experiencias sobre la hipertensión arterial que padecen, se diseñó una entrevista semi-estructurada donde se les preguntó sobre su experiencia al momento de realizarse chequeos de la presión arterial, el servicio proporcionado por el personal de salud del centro al que asiste. Se demostró que los “modelos cooperativos” de atención logran reducir exitosamente los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial leve a moderada con la correcta promoción de un mejor control de la presión arterial, cambios adecuados en medicamentos y estilo de vida pero el resultado más importante es la calidad de atención al paciente para que asista frecuentemente a sus chequeos. (41)

V. OBJETIVOS

Objetivos Generales

1. Describir la percepción del paciente hipertenso atendido en el primer nivel de atención en salud en un área donde este implementado el Modelo Incluyente de Salud comparado con un área donde no está implementado, sobre las recomendaciones de dieta, estilo de vida y tratamiento.
2. Describir las creencias del paciente hipertenso atendido en el primer nivel de atención en salud en un área donde este implementado el Modelo Incluyente de Salud comparado con un área donde no está implementado, sobre las recomendaciones de dieta, estilo de vida y tratamiento.

Objetivos Específicos

1. Describir las creencias y perspectivas que predominan en el paciente con hipertensión arterial ante la experiencia del diagnóstico, vivir con el padecimiento, la atención que busca y actividad física.
2. Describir las creencias y perspectivas que predominan en el paciente con hipertensión arterial ante la recomendación que se le proporcionó sobre el patrón de consumo sugerido por el personal de salud, alimentos con características de prohibición, permisión y sanación, el consumo permanente de medicamentos y sus posibilidades de ponerlo en práctica.
3. Comparar el abordaje del tratamiento de la hipertensión en la comunidad donde está implementado el Modelo Incluyente de Salud contra la comunidad donde no está implementado aún.
4. Elaborar un infograma para brindar mayor información sobre la hipertensión arterial a los pacientes.

VI. JUSTIFICACIÓN

“La prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud es un derecho de todos los habitantes de la República; por lo tanto, recuperar y mantener la misma resulta fundamental” (42)

La mayoría de investigaciones realizadas sobre hipertensión arterial, están correlacionadas con el consumo de sal, comportamiento de compra y consumo de alimentos, educación nutricional sobre los efectos de la alimentación en la presión sanguínea, adherencia al medicamento, pruebas con distintas dietas que existen para disminuir la presión arterial o evitar que esta se altere, sin embargo la mayoría de estas investigaciones no pueden ser adaptadas a Guatemala debido al nivel de pobreza y pobreza extrema que presenta el país. Familias deben de vivir con 1 dólar o menos al día, esto dificulta el acceso y consumo a alimentos necesarios y adecuados para su patología.

Con esta investigación se pretende identificar las percepciones de cada uno de los participantes sobre el estilo de vida saludable y la adherencia a los medicamentos recetados por el médico, ya que por el momento no existe ninguna intervención culturalmente pertinente para la población guatemalteca.

VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

A. Tipo de estudio

Estudio cualitativo comparativo

B. Población

Pacientes hipertensos de ambos sexos mayores de 30 años atendidos en el primer nivel de atención a nivel rural

C. Muestra

18 sujetos hipertensos que viven en una comunidad donde está implementada la estrategia de Modelo Incluyente de Salud (MIS) y 18 en otra comunidad donde no este implementada.

En el grupo control el método de muestreo utilizado fue por bola de nieve, técnica no probabilística, que consistió en seleccionar al azar a la primera persona diagnosticada y en tratamiento de hipertensión arterial y este paciente identificó al siguiente que tuviera la misma patología, se continuó entrevistando personas hasta la saturación, es decir, hasta que las respuestas se repetían por los participantes.

En el grupo intervención se utilizó el listado de pacientes que utiliza el puesto de salud de Pichec para realizar las visitas domiciliarias a pacientes hipertensos, se entrevistó a cada uno según la programación de la semana.

D. Contextualización Geográfica

El estudio con el grupo control se llevó a cabo en Tecpán Guatemala en el departamento de Chimaltenango.

El estudio con el grupo intervención se llevó a cabo en la Aldea Pichec, ubicada en Rabinal en el departamento de Baja Verapaz

La recolección de datos se llevó a cabo en el mes de febrero del año 2017

E. Categorías de análisis

a) Experiencia de la hipertensión en la vida cotidiana

Interpretación que le da el participante al cambio de estilo de vida, a la enfermedad, al efecto de la actividad física y al efecto del peso corporal sobre la hipertensión arterial. Estas son variables relacionadas a la forma en que vive el paciente, de sus historias sobre lo que ha experimentado desde el diagnóstico y las creencias que tiene sobre su enfermedad.

b) Percepción del consumo de alimentos y medicamentos

Narración de los participantes respecto a la práctica alimentaria desde el diagnóstico, percepción sobre el consumo permanente de medicamentos occidentales y creencias sobre la eficiencia de medicamentos alternativos.

c) Abordaje del tratamiento para la hipertensión arterial

Narración de los participantes respecto a la atención recibida por el personal de salud en el momento del diagnóstico y seguimiento de su enfermedad.

d) Recomendaciones para pacientes con hipertensión arterial

Infografía sobre hipertensión arterial.

F. Definición de variables

Variable	Sub-variable	Definición		Codificación
		Conceptual	Operacional	
Experiencia de la hipertensión arterial en la vida cotidiana grupo control y grupo intervención	Estilo de vida	“Comportamiento que mejora o crean riesgos para la salud” (43)	Percepción de los participantes sobre el cambio de vida que tendrán con la hipertensión arterial.	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia del diagnóstico - Creencia sobre el padecimiento por el resto de su vida - Cómo cambió su vida con la enfermedad - Cómo lo afectó la enfermedad para laborar
	Enfermedad	“Alteración o desviación del estado fisiológico por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. (44)	Percepción de los participantes sobre el efecto de su enfermedad en su vida cotidiana.	<ul style="list-style-type: none"> - Significado que le da a la hipertensión arterial - Conocimiento de consecuencias - Relación entre el estrés y la enfermedad - Creencia sobre si la enfermedad se cura

Variable	Sub-variable	Definición		Codificación
		Conceptual	Operacional	
Experiencia de la hipertensión arterial en la vida cotidiana del grupo control y grupo intervención	Actividad física	<p>“Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.” (45)</p>	<p>Percepción de los participantes sobre realizar actividad física y el efecto en la presión arterial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de actividad física al día y días por semana - A qué actividades les llama actividad Física - Percepciones ante la actividad física en su vida
	Control de peso	<p>“Mantenimiento o del peso corporal a un nivel saludable”(46)</p>	<p>Percepción de los participantes sobre el efecto del peso en la presión arterial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Por qué cree que el peso afecta la presión arterial. - Si considera importante perder peso - Ganancia o pérdida de peso en los últimos meses.

Variable	Sub-variable	Definición		Codificación
		Conceptual	Operacional	
Percepción del consumo de alimentos del grupo control y grupo intervención	Práctica alimentaria	“Proceso consciente y voluntario que consiste en el acto de ingerir alimentos para satisfacer la necesidad de comer.” (47)	Percepción de los participantes sobre el efecto en la presión arterial al consumir alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempos que realiza de comida al día - Horarios de comidas en el día - Consumo de agua al día. - Alimentos permitidos y prohibidos - Consumo de sal y otros alimentos fuentes de sodio - Consumo de alimentos procesados y ultraprocesados

Variable	Sub-variable	Definición		Codificación
		Conceptual	Operacional	
Percepción del consumo de medicamentos del grupo control y grupo intervención.	Consumo permanente de medicamento occidental o alternativo.	“Sustancia que sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta”. (48)	Percepción de los participantes sobre ingerir medicamento permanentemente.	<ul style="list-style-type: none"> - Si considera que el medicamento le ayuda - Si ha tomado algún “remedio” para curar la enfermedad - Si toma a diario su medicamento - Si cree que el medicamento ayuda
Abordaje del tratamiento de hipertensión arterial del grupo control y grupo intervención.	Atención en salud	“Asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de una comunidad” (49)	Percepción de los participantes sobre la calidad y tipo de atención en salud que busca.	<ul style="list-style-type: none"> - A dónde se dirigió para ser diagnosticada - A dónde se dirige para ser tratada - Qué tipo de profesional esperaba que lo atendiera.

Variable	Definición		Codificación
	Conceptual	Operacional	
Infografía con recomendaciones para pacientes con hipertensión arterial.	“Combinación de imágenes sintéticas y textos con el fin de comunicar información de manera visual para facilitar su transmisión” (50)	Informar sobre alimentación y recomendaciones sobre hipertensión arterial.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar qué es la hipertensión arterial, cuáles son las causas y síntomas. - Brindar recomendaciones sencillas sobre alimentación, medicamento y estilo de vida saludable.

VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

A. Selección de sujetos de estudio

1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- a. Pacientes de ambos sexos mayores de 30 años de edad.
- b. Pacientes con hipertensión arterial diagnosticados y atendidos por el MSPAS. (Posibles pacientes diabéticos)
- c. Pacientes con al menos seis meses de haber sido diagnosticados.
- d. Pacientes con medicación o en tratamiento indicado por personal de salud del Ministerio, aunque otros servicios los busquen en la consulta privada.

Criterios de exclusión

- a. Pacientes que no desearon firmar el consentimiento informado
- b. Pacientes que se rehusaron a participar luego de firmado el consentimiento.
- c. Personas que cesaron el seguimiento del MSPAS en el tratamiento.

B. Recolección de datos

1. Métodos

La recolección de datos se llevó a cabo a través de una entrevista semi-estructurada a profundidad, por ser un estudio cualitativo se utiliza este tipo de

entrevista donde se realizan preguntas abiertas con el fin de profundizar en cualquier tema hasta obtener la información necesaria. En la entrevista se solicitó la participación de 18 pacientes hipertensos que son atendidos por el Puesto de Salud de Pichec, Rabinal y 18 pacientes que asisten al grupo “Mis Años Dorados”, en Tecpán Guatemala, Chimaltenango; esto a través de un consentimiento informado (Anexo B) el cual fue firmado por cada uno de los participantes.

Posteriormente se procedió a recolectar los datos a través de la entrevista (Anexo C), para la cual se empleó un guión temático donde se indagó de manera abierta y flexible información general como ocupación, acceso a atención médica, percepción y conocimiento de la enfermedad y medicamentos, estilo de vida y hábitos de alimentación.

La recolección de datos en Pichec, Rabinal, se realizó del lunes 6 al martes 7 de febrero de 2017 por medio del listado de pacientes a visitar en estas fechas, se realizaron visitas domiciliarias, esto debido a que es la forma que se trabaja según el Modelo Incluyente en Salud, se visitaron a 18 pacientes en total.

En Tecpán Guatemala se contactó al doctor director de Aq'on Jay para coordinar la visita al lugar y luego se contactó a la licenciada encargada del grupo para coordinar que los pacientes asistieran el día de la visita, la recolección de datos se realizó el día martes 21 de febrero de 2017. Se entrevistaron 12 personas debido a que se llegó a la saturación.

Las entrevistas fueron grabadas de forma digital, únicamente a la voz, y transcritas para el análisis. La duración de cada entrevista oscilo en 15 a 25 minutos.

2. Validación del instrumento para la recolección de datos

La validación del instrumento se realizó con tres profesionales de la salud que tuvieran conocimiento de hipertensión arterial y con pertinencia cultural en primer nivel de atención en salud, para esto se contó con el apoyo de una enfermera del

Centro de Salud de Rabinal, una enfermera auxiliar del Puesto de Salud de Pichec y con un doctor con especialidad en Salud Pública de Tecpán Guatemala.

Con cada especialista se procedió a revisar el instrumento para determinar la comprensión de cada pregunta y se modificó con un lenguaje más simple para que en ambos lugares del estudio fuera fácilmente comprendido.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

A. Descripción del proceso de transcripción y codificación de entrevistas

Para el análisis de datos se transcribió textualmente cada entrevista, según la guía de transcripción (Anexo E) en un documento de Microsoft Office Word, el nombre del participante fue omitido y reemplazado por un código que consta de una letra y dos números, la letra hace referencia a controles (C), entrevistas realizadas en Tecpán Guatemala, e intervenciones (I), entrevistas realizadas en Pichec; el número hace referencia al orden en que fue entrevistado el participante.

B. Plan de análisis de datos

Se creó una base de datos en Microsoft Office Excel, según el formato de codificación de entrevistas (Anexo D), en cada entrevista se identificaron indicadores discursivos que serán analizados para cada variable.

Para realizar las citas se utilizó las iniciales EP, que hace referencia a entrevista a profundidad, en caso de ser participante donde se aplica la “Estrategia” (como es conocido el MIS en el Sistema de Salud) se agregan las iniciales MIS, seguido por el nombre ficticio y por último, años de diagnóstico.

Esto fue establecido para tener control sobre los participantes, sin exponer su información personal, pero lograr exponerla de una forma sencilla de reconocer cada caso en el área donde se llevó a cabo.

X. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Entre los 30 pacientes entrevistados, nueve eran hombres y veintiuno eran mujeres, con edades entre 32 a 90 años. De todos los pacientes entrevistados, solamente seis personas laboran debido a que aún tiene familiares a quienes ayudan financieramente, el resto vive con sus hijos quienes les brindan todo el apoyo. Del total de participantes 18 son atendidos con la Estrategia (intervención) y 12 son atendidos por el servicio de salud pública común (control)

Las características de las entrevistas (edad, sexo, trabajo actual y tiempo de diagnóstico) se muestran en la tabla 1 y tabla 2. Asimismo, los nombres ficticios y tiempo de diagnóstico se indican al final de los extractos de las entrevistas en el presente texto.

Tabla 1. Características de la entrevista según edad, sexo, trabajo actual y tiempo de diagnóstico en Tecpán Guatemala, Chimaltenango. Estrategia no implementada. 2017

Nombre	Edad (Años)	Sexo	Trabajo Actual	Tiempo de Diagnóstico
Ema	77	F	No	1 año
Adela	73	F	No	3 años
Víctor	81	M	No	2 años
Hugo	90	M	No	5 años
Lorenzo	78	M	No	No recuerda
Oscar	84	M	No	No recuerda
Berta	72	F	No	3 años
Diego	76	M	No	9 años
Celia	84	F	Si	3 años
Fátima	73	F	No	No recuerda
Jorge	72	M	No	8 años
Mateo	83	M	Si	1 año

Tabla 2. Características de la entrevista según edad, sexo, trabajo actual y tiempo de diagnóstico de Pichec, Rabinal. Estrategia implementada. 2017.

Nombre	Edad (Años)	Sexo	Trabajo Actual	Tiempo de Diagnóstico
Mónica	66	F	No	No recuerda
Dalia	69	F	No	8 años
Edwin	83	M	No	1 año
Pilar	82	F	No	3 años
Rita	58	F	No	No recuerda
Wendy	70	F	No	5 años
Gloria	80	F	No	No recuerda
Rafael	55	M	Si	10 años
Helga	87	F	No	12 años
Ingrid	66	F	No	25 años
Sara	62	F	No	22 años
Lisa	67	F	No	No recuerda
Mariela	56	F	No	4 años
Karla	68	F	Si	4 años
Dina	57	F	Si	1 año
Amelia	32	F	No	1 año
Lucia	65	F	Si	35 años
Rebeca	75	F	No	40 años

A. Experiencia de la hipertensión en la vida cotidiana

La experiencia del diagnóstico estuvo representada por las variables de síntomas antes o durante el diagnóstico, trato del personal de salud, información brindada sobre la patología y si le afecta para laborar.

La mayoría de participantes afirmó no haber tenido síntomas antes del diagnóstico y que fue hasta el momento de una cita o chequeo con algún médico o enfermera por alguna otra patología que se enteraron que la padecían.

“...yo no sentía nada, pero como soy diabético entonces me dijeron que por medio de eso tenía la presión alta.” [EP- Víctor, Pueblo Viejo, 2 años de diagnóstico]

“Me fui al hospital porque un oído se me tapo... y me dijeron que era por la alta presión” [EP- Berta, Tecpán Guatemala, 3 años de diagnóstico]

“Como ellas [refiriéndose a las enfermeras] toman la presión entonces talvez vio ahí que tengo la presión alta pero yo no siento, yo miro bien y no me duele la cabeza...” [EP- Mateo, Tecpán Guatemala, 1 año de diagnóstico]

“...el doctor me examinó y me dijo que tenía la presión alta...” [EP MIS- Rafael, Pichec, 10 años de diagnóstico]

Algunos hicieron referencia a síntomas de “*bolencia*” (mareos), que significa mareos, y relataron que la enfermedad les empezó por situaciones o experiencias que han tenido en la vida, como miedo o tristeza por la pérdida de algún familiar.

“Sentía mi cabeza como bola... sentía que me moría...” [EP- Celia, Tecpán Guatemala, 3 años de diagnóstico]

“A mí me dio por miedo” [EP MIS- Lisa, Pichec]

“Fue por el miedo...” [EP MIS- Karla, Pichec, 4 años de diagnóstico]

“...desde que ella (su esposa) murió ahí fue cuando yo me quede padeciendo de esto.” [EP- Jorge, San Antonio, 8 años de diagnóstico]

“...cuando se murió mi esposo me dio presión alta” [EP MIS- Lucia, Pichec, 35 años de diagnóstico]

“...me dio después de un accidente...me atropellaron...” [EP- Diego, Tecpán Guatemala, 9 años de diagnóstico]

En nuestro país el Modelo de Salud Maya y Popular concibe la salud como una “relación en armonía del individuo, familia, comunidad, naturaleza y cosmos”. (26) Es decir, concibe la salud desde la cosmopercepción maya en donde debe haber un equilibrio con lo material, lo energético y lo social.

Entonces, los problemas en salud se presentan cuando hay una ruptura de la armonía y del equilibrio y es por esto que algunos de los entrevistados relatan que su enfermedad les dio por miedo, por un susto, por enojo o por tristeza pero no lo relacionan con ningún aspecto médico o como un factor secundario a un estilo de vida poco saludable.

Los síntomas que algunos de los participantes refirieron haber presentado antes del diagnóstico, en general, fueron desmayos, dolor de cabeza y mareos:

“Me desmayé, ya no me acuerdo mucho” [EP- Fátima, Tecpán Guatemala]

“Duele mi cabeza, me desmayer, se cae al suelo, solo eso.” [EP MIS- Mónica, Pichec]

“...de repente me desmayaba pero como no sabía que era presión porque no había sucedido en la familia” [EP MIS- Pilar, Pichec, 3 años de diagnóstico]

“...me desmayé y entonces me dijeron que era la presión y desde ese día estoy sufriendo por la presión” [EP MIS- Ingrid, Pichec, 25 años de diagnóstico]

A los participantes se les preguntó sobre el significado personal que le dan a su enfermedad o qué es lo que entienden que es lo que padecen, la mayoría respondió que es cuando le duele la cabeza, la mayoría entiende como enfermedad los síntomas que presenta cuando la presión arterial se eleva.

“Que me duele la cabeza y me mareo” [EP- Hugo, Pueblo Viejo, 5 años de diagnóstico]

“...me duele la cabeza y me quedo sin fuerzas.” [EP- Oscar, Tecpán Guatemala]

“Da dolor de cabeza, cuando se le hinchan los pies y se desmaya a veces cuando le sube bastante...” [EP MIS- Pilar, Pichec, 3 años de diagnóstico]

“Me duele aquí [referencia al pecho], me mareo y me pongo como bola” [EP MIS- Rebeca, Pichec, 40 años de diagnóstico]

Solamente uno de los participantes refirió haber obtenido información exacta de un médico, otros refirieron haber escuchado o que conocidos le habían dicho qué era la presión alta.

“Lo que me dijo el doctor es que me dio presión alta porque yo como mucha sal, no tomo agua pura y porque talvez ha tomado muchas gaseosas...” [EP- Adela, Pueblo Viejo, 3 años de diagnóstico]

“Pues a mí me han dicho que no comer cantidad de grasa no que balanceada y hacer deporte, ejercicio y la medicina más que todo pues

porque yo considero que medicina natural hay pero yo digo que ya va pasando” [EP MIS- Rafael, Pichec, 10 años de diagnóstico]

“...yo digo que talvez es el pulso que se pone muy alto.” [EP MIS- Karla, Pichec, 4 años de diagnóstico]

Tabla 3. Síntomas reconocidos por los pacientes.

<p>Síntomas Leves</p>	<ul style="list-style-type: none"> – <i>“Que me duele la cabeza y me mareo”</i> [EP- Hugo, Pueblo Viejo, 5 años de diagnóstico) – <i>“Cuando me duele la cabeza...”</i> [EP- Lorenzo, Pueblo Viejo] – <i>“...cuando me da me mareo, me caigo y me agarra vasca.”</i> [EP- Fátima, Tecpán Guatemala] – <i>“Duele mi cabeza”</i> [EP MIS- Mónica, Pichec] – <i>“...son desmayos y se siente uno mareado y tenso”</i> [EP MIS- Lisa, Pichec]
<p>Síntomas Moderados</p>	<ul style="list-style-type: none"> – <i>“...me quedo sin fuerzas.”</i> [EP- Oscar, Tecpán Guatemala] – <i>“Que el pulso que va ligero, muy rápido”</i> [EP- Edwin, 1 año de diagnóstica] – <i>“Me siento recaído porque me agarra el corazón...”</i> [EP- Diego, Tecpán Guatemala, 9 años de diagnóstico]

Tabla 3. Síntomas reconocidos por los pacientes. (continuación)

Síntomas Severos	<ul style="list-style-type: none"> – “...me duele la cabeza, me mareo y me duelen los pies” [EP-Berta, 3 años de diagnóstico] – “Es cuando subo una subida me da un dolor del corazón” [EP MIS- Dalia, Pichec] – “...cuando se le hinchan los pies...” [EP MIS- Pilar, Pichec, 3 años de diagnóstico] – “...me duele el brazo y el pecho...” [EP MIS- Gloria, Pichec]
-------------------------	---

Tabla 4. Síntomas, generalizados, reconocidos por los pacientes

Síntomas Leves	<ul style="list-style-type: none"> – Dolor de cabeza – Mareos – Nauseas
Síntomas Moderados	<ul style="list-style-type: none"> – Debilidad – Taquicardia – Desmayo
Síntomas Severos	<ul style="list-style-type: none"> – Dolor de extremidades inferiores – Dolor de pecho – Inflamación de extremidades inferiores – Dolor de extremidades superiores

La mayoría de entrevistados sabe reconocer algunos de los síntomas de la hipertensión arterial, lo cual podría evitar que la patología se agrave o que pueda evolucionar a un paro cardiorrespiratorio, pero a pesar de esto no acuden a un servicio de salud para realizarse una evaluación médica, en lugar de esto esperan

a que se les pase, se toman una pastilla más o algún remedio natural, prefieren una autoatención donde no se involucre un médico o un terapeuta, y si van a una consulta médica, ahí no termina la autoatención, el paciente decidirá si toma o no el medicamento como fue prescrito o si lo combina con algún remedio terapéutico que a algún conocido le funcionó y además de esto podrían considerar el cambio de tratamiento o terapeuta. (26)

En cuanto al ámbito laboral, solamente seis participantes laboran y estos indicaron que laborar no les causa estrés y que algunos disfrutaban de su trabajo, otros decidieron dejar de trabajar debido a la enfermedad.

Es importante mencionar que las personas que laboran y lo disfrutaban, ya no realizan trabajo físico, la mayoría posee tiendas o negocios en casa y los que realizan trabajo físico pesado para su edad deben hacerlo debido a que aún deben mantener a su familia

“No me causa preocupación...me gusta...” [EP - Celia, Tecpán Guatemala, 3 años de diagnóstico]

“Ahorita ya no porque ya no puedo porque tengo alta presión, cuando yo trabajo yo siento que mi corazón como que hace un ruido siento yo y mi cabeza me duele mucho” [EP- Adela, Pueblo Viejo, 3 años de diagnóstico]

Algunos participantes poseen la creencia que la hipertensión arterial sí se cura, si consumen su medicamento frecuentemente, los que respondieron que no, es debido a que hasta la fecha, después de varios años de tratamiento no se han curado.

“Yo creo que sí, pero no sé, me han dado pastillas pero no mejoro.” [EP- Lorenzo, Pueblo Viejo]

“Bien, porque hay remedio para eso” [EP- Mateo, Tecpán Guatemala, 1 año de diagnóstico]

“...Sí, se cura pues... Comprar remedios y tomárselos, así se quita” [EP MIS- Mónica, Pichec]

“Yo digo que sí porque me estoy tomando mis pastillas” [EP MIS- Edwin, Pichec, 1 año de diagnóstico]

“Sí, me estoy curando porque todos los días estoy tomando mis pastillas” [EP MIS- Wendy, Pichec, 5 años de diagnóstico]

“...talvez se cura cuando uno acaba de saberlo, yo estuve tratando pero nunca se me quito de una vez” [EP MIS- Sara, Pichec, 22 años de diagnóstico]

“...se va pasando cuando uno va al doctor, una vez el doctor me dijo que ya no tenía presión alta” [EP MIS- Rebeca, Pichec, 40 años de diagnóstico]

“...hace años que tomo pastilla y no me curo.” [EP- Oscar, Tecpán Guatemala]

“No, porque ya no se me quita con la pastilla...” [EP MIS- Mariela, Pichec, 4 años de diagnóstico]

La creencia que la hipertensión arterial se cura está presente en la mayoría de los entrevistados, esto es debido a que en el lugar del tratamiento y el personal de salud no les han brindado la información correcta sobre su enfermedad. La hipertensión primaria o esencial no tiene cura solamente tratamiento, y es la que la mayoría de la población padece. Los participantes, en promedio, tienen más de 5 años de diagnóstico por lo que se puede descartar una hipertensión secundaria,

que se desarrolla por otras patologías y usualmente en personas menores de 30 años, por lo que es importante que los pacientes conozcan correctamente su enfermedad y las demás patologías que puedan desarrollar así como otros factores como el estrés que pueden agravarla.

La OMS ha reconocido la importancia que representa el estrés en la hipertensión arterial, esto por el proceso que al momento que el aparato cardiovascular se estresa hay un incremento del gasto cardiaco y de la frecuencia cardiaca, también en momentos de estrés, los niveles hormonales aumentan causando el aumento de la presión arterial.

En cuanto a actividad física, 17 participantes afirmaron realizar algún tipo de ejercicio, cuando se les pregunto qué tipo de actividad física realizaban, la mayoría respondió que caminaba casi todos los días y que lo hacían para movilizarse, no como algo extra en su rutina diaria y para algunos de ellos, realizar tareas domésticas significaba actividad física porque se cansaban. De los participantes dos asisten a grupos donde hacen ejercicio dos o tres veces por semana.

La mayoría respondió que no creía o no sabía si realizar actividad física era bueno porque se cansaban o les habían dicho que era dañino para su enfermedad.

“...hago mi oficio, en la mañana me levanto y lavo mis trastes, torteo, trapeo, aseo mi casa” [EP- Adela, Pueblo Viejo, 3 años de diagnóstico]

“camino un poco pero me canso mucho” [EP- Oscar, Tecpán Guatemala]

“...un doctor que trabaja en el hospital “Mire viejito no de tantas vueltas porque para su edad le puede hacer daño...” [EP- Jorge, San Antonio, 8 años de diagnóstico]

“No creo, solo la pastilla la mejora” [EP MIS- Mariela, Pichec, 4 años de diagnóstico]

“...saber, pero no voy a hacerlo... de algo me voy a morir” [EP MIS- Karla, Pichec, 4 años de diagnóstico]

El peso corporal no es un factor que consideren importante para su enfermedad, 23 de los participantes respondieron que no creían que el peso afectará su enfermedad, uno de los participantes afirmó que sí afecta porque su médico le sugiere bajar de peso pero no le mencionó el por qué debe hacerlo. A la mayoría de participantes no le interesaba perder o ganar peso porque consideran que eso no ayudará a su enfermedad. Algunos participantes deseaban subir de peso pero no contaban con los ingresos suficientes para comprar más alimentos o querían bajar de peso solamente porque sí, sin saber los beneficios o desventajas. La mayoría respondió no haber notado cambio de peso en los últimos meses.

“Sí, porque le doctor siempre me dice que tengo que bajar de peso...” [EP MIS- Rafael, Pichec, 10 años de diagnóstico]

“...creo que estoy normal, no creo que eso me ayude a mi presión” [EP- Berta, Tecpán Guatemala, 3 años]

“No, creo que eso no es necesario para curarme” [EP MIS- Lisa, Pichec]

“...nada, esto no me afecta la presión” [EP MIS- Pilar, Pichec, 3 años de diagnóstico]

“Talvez sí necesito subir un poco pero cómo si no tengo mucho para comer” [EP MIS- Karla, Pichec, 4 años de diagnóstico]

“...talvez puedo bajar un poco de peso... solo porque sí” [EP MIS- Amelia, Pichec, 1 año de diagnóstico]

Tabla 5. Cuadro comparativo de respuestas de relación del peso corporal con la hipertensión arterial.

Área con Estrategia implementada	Área sin Estrategia implementada
– “No creo... esto me dio por otra cosa.” [EP MIS- Mónica]	– “No creo” [EP- Ema, 1 año de diagnóstico]
– “No creo” [EP MIS- Dalia, 8 años de diagnóstico]	– “...talvez pero no sé” [EP- Adela, 3 años de diagnóstico]
– “No creo” [EP MIS- Edwin, 1 año de diagnóstico]	– Sin respuesta [EP- Víctor, 2 años de diagnóstico]
– “No creo...” [EP MIS- Pilar, 3 años de diagnóstico]	– “Talvez si” [EP- Hugo, 5 años de diagnóstico]
– “Talvez no...” [EP MIS-Rita]	– “Yo digo que si...” [EP-Lorenzo]
– “No” [EP MIS- Wendy, 5 años de diagnóstico]	– “No...” [EP- Oscar]
– “No...” [EP MIS- Gloria]	– “No creo...” [EP- Berta, 3 años de diagnóstico]
– “Si, porque le doctor siempre me dice que tengo que bajar de peso...” [EP MIS- Rafael, 10 años de diagnóstico]	– “No creo...” [EP- Diego, 9 años de diagnóstico]
– “...yo digo que sí afecta...” [EP MIS- Helga, 12 años de diagnóstico]	– “No” [EP- Celia, 3 años de diagnóstico]
– “... yo no creo” [EP MIS- Ingrid, 25 años de diagnóstico]	– Sin respuesta [EP- Fátima]
	– “No creo...” [EP- Jorge, 8 años de diagnóstico]

Tabla 5. Cuadro comparativo de respuestas de relación del peso corporal con la hipertensión arterial. (Continuación)

Área con Estrategia implementada	Área sin Estrategia implementada
<ul style="list-style-type: none"> – “...no sé, yo digo que no” [EP MIS- Sara, 22 años de diagnóstico] – “Eso si no creo” [EP MIS- Lisa] – “No” [EP MIS- Mariela, 4 años de diagnóstico] – “No creo...” [EP MIS- Karla, 4 años de diagnóstico] – “No” [EP MIS- Dina, 1 año de diagnóstico] – “...no creo” [EP MIS-Amelia, 1 año de diagnóstico] – “Yo digo que no” [EP MIS- Lucia, 35 años de diagnóstico] “No” [EP MIS- Rebeca, 40 años de diagnóstico] 	<ul style="list-style-type: none"> – “...no creo que me afecte...” [EP- Mateo, 1 año de diagnóstico]

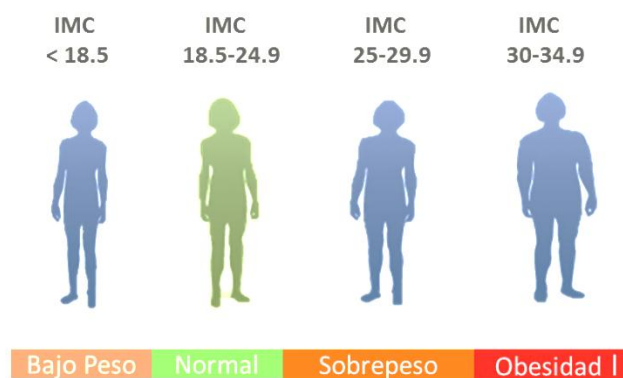
De todos los participantes solamente dos personas respondieron conocer el término “Nutricionista” y esto fue debido a que uno de ellos tiene la capacidad económica de ser tratado por un médico privado y este lo refirió a una clínica nutricional para bajar de peso, el otro participante comentó que son las personas que miran y ayudan a los niños desnutridos.

Por la falta de información sobre el trabajo de una nutricionista, solamente una persona de todos los participantes conocía la importancia de realizar actividad física, el efecto negativo y las complicaciones que conlleva el sobrepeso u obesidad para la hipertensión arterial. Para los participantes, realizar actividad física, significa hacer el oficio en la casa o caminar para hacer los mandados y la mayoría no mostró interés en bajar de peso porque no es un factor que relacionen con su enfermedad.

Una de las recomendaciones no farmacológicas, de la OMS y de la Sociedad Internacional de Hipertensión Arterial, es mantener un control adecuado de peso y realizar actividad física, con el objetivo de disminuir la tensión arterial y así disminuir significativamente el riesgo de accidentes cardiovasculares y de infarto al miocardio. (51) Para mantener el peso adecuado, los pacientes deben ser capacitados y educados para mantener un estilo de vida saludable llevando a cabo una dieta acorde a su situación económica actual.

La evaluación nutricional de los participantes no era uno de los objetivos, sin embargo, según la imagen 1 de Índice de Masa Corporal, todos los participantes se encontraban entre sobrepeso a obesidad grado II, esto se realizó únicamente por observación.

Imagen 1: Índice de Masa Corporal



B. Percepción del consumo de alimentos y medicamentos

A la pregunta sobre hábitos de alimentación, en promedio, los participantes respondieron que solamente realizaba 2 tiempos de comida en el día, esto por limitación económica o por costumbres, debido a que no siempre tienen alimentos suficientes para alimentarse más de 2 veces en el día y algunos respondieron que así estaban acostumbrados desde siempre, además respondieron que se alimentan con poca cantidad porque es dañino para su salud y que consideraban que la comida afecta levemente su enfermedad.

“...como tres veces pero si no solo en la mañana y mi almuerzo... creo que la comida afecta un poco...” [EP- Jorge, San Antonio, 8 años de diagnóstico]

“Comer mucho hace mal, por eso hay que comer solo un poquito...” [EP MIS- Mónica, Pichec]

“...una o dos veces al día... porque como no estoy acostumbrada... la comida no hace mal...no me hace nada como no como tantas cosas, con un poco me lleno” [EP MIS- Pilar, Pichec, 3 años de diagnóstico]

“...cuando tengo tres veces, sí no solo dos...” [EP MIS- Rita, Pichec]

“...dos o tres veces porque a veces no hay...no hay que comer mucho solo poquito” [EP MIS- Gloria, Pichec]

“No, la comida no afecta, eso es para el azúcar” [EP MIS- Lisa, Pichec]

La cantidad de agua para consumo humano que los participantes refirieron tomar es de 3 vasos al día en promedio, algunos consumen 4 o 5 vasos en el día porque

el medico se los indicó. La razón más frecuente que indicaron por la que no ingieren mayor cantidad de agua es porque no les da sed.

“No mucha...como 2 vasos nada más...casi no me da sed...” [EP- Ema, Pueblo Viejo, 1 año]

“...solo poco tomo porque no me pasa mucha agua.” [EP- Berta, Tecpán Guatemala, 3 años de diagnóstico]

“...solo poco tomo porque no me pasa mucha agua.” [EP- Diego, Tecpán Guatemala, 9 años de diagnóstico]

“...solo como 3 vasos porque no me da mucha sed.” [EP MIS- Sara, Pichec, 22 años de diagnóstico]

“...el doctor me dijo... tomo como 4 o 5 botellitas de 1 quetzal” [EP- Jorge, San Antonio, 8 años de diagnóstico]

En cuanto al consumo de alimentos conocidos como “buenos” y “malos” la mayoría conoce, por medio de otras personas o por el médico, alimentos malos, pero refieren no conocer o que no se les ha explicado que alimentos son “buenos” para su enfermedad; pocas personas hicieron referencia a que las hierbas son buenas, pero no saben por qué.

En general, identifican como comida “mala” para su enfermedad la grasa y la sal de mesa, la mayoría refirió haber disminuido o evitado el consumo, sin embargo consumen consomé de pollo en grandes cantidades y refieren que el doctor, ni nadie más, les mencionó que fuera dañino.

“Lo único que me han dicho es de la sal... que no hay que comer mucha sal... también me han dicho de no comer mucha grasa” “...cuando hacen

caldo de pollo le echan el consomé de pollo.” [EP- Víctor, Pueblo Viejo, 2 años de diagnóstico]

“...me dijeron que la grasa no puedo comer...” [EP- Lorenzo, Pueblo Viejo]

“El doctor me dijo que no comiera carne, ni queso, ni leche, ni carne de res, ni carne de pollo, ni tamal... Porque si lo como no me curo...” [EP MIS- Wendy, Pichec, 5 años de diagnóstico]

“...me han dicho es el colesterol de la yemita del huevo y los caldos grasosos dicen que es malo para la presión.... me han dicho en veces es que es bueno comer solo verduras o frutas, verdad pero en veces aburre también.” [EP MIS- Rafael, Pichec, 10 años de diagnóstico]

“...solo la sal que me dicen... no me han dicho porque es mala” [EP MIS- Karla, Pichec, 4 años de diagnóstico]

“...nunca se baja si comemos comidas con grasas” [EP MIS- Amelia, Pichec, 1 año de diagnóstico]

“...no tengo que comer comida con sal, solo poquita porque si como sal me sube más la presión... tenemos que comer de todo pero con poquita sal, es bueno comer macuy, cualquier cosa hay que comer y verduras” [EP MIS- Lucia, Pichec, 35 años de diagnóstico]

“Yo a todo le pongo consomé” [EP- Berta, Tecpán Guatemala, 3 años de diagnóstico]

“...casi no como sal porque me dijeron que era mala” [EP MIS- Rebeca, Pichec, 40 años de diagnóstico]

Debido a la falta de conocimiento y la poca o nula información recibida por el personal de salud, la mayoría de entrevistados afirmó conocer que la sal afecta la presión arterial, sin embargo consumen otros alimentos altos en sodio, como el consomé de pollo.

El consumo en exceso de grasa, especialmente saturadas eleva los niveles de colesterol en sangre, es por esto que se debe limitar el consumo de carnes, leche entera, queso y mantequilla y aumentar el consumo de fibra con el objetivo de disminuir los niveles de colesterol. (52)

La recomendación de consumo máximo de cloruro de sodio para una persona hipertensa es de 5 gramos al día (una cucharadita). (53)

Todos los participantes afirmaron sentir una mejora con el constante consumo del medicamento recetado por el médico, sin embargo algunos refirieron sentirse mejor por un rato porque el dolor disminuye por un tiempo y vuelve, además todos respondieron consumir el medicamento como el médico se los indicó, excepto cuando no tienen la capacidad económica de comprarlo, esto demuestra la falta de adherencia al tratamiento.

“Bien pero un ratito me quitan el dolor pero de ahí viene otra vez” [EP-Lorenzo, Pueblo Viejo]

“...me está mejorando un poco y me dijeron que tengo que tomarla todos los días” [EP- Berta, Tecpán Guatemala, 3 años de diagnóstico]

“...todos los días a las 7 de la mañana porque si no se me olvida.” [EP-Diego, Tecpán Guatemala, 9 años de diagnóstico]

“...estoy tomando todas, todos los días, no hay día que no tome” [EP MIS-Wendy, Pichec, 5 años de diagnóstico]

“Esas toda la vida, porque me ha dicho el doctor que no lo deje” [EP MIS-Gloria, Pichec]

En cuanto al consumo y conocimiento de remedios naturales, en general, conocen alguno pero no lo han probado y quienes lo han hecho refieren haber sentido una mejora con el ajo, té de hoja de limón, de naranja o de guanaba y el guarumbo, estos participantes refirieron haberlos consumido por poco tiempo debido a que presentaron algunos efectos adversos.

“...solo me han dicho que el ajo es bueno... no lo he probado...” [EP-Víctor, Pueblo Viejo, 2 años de diagnóstico]

“Ya tome remedio del monte, me dijeron que era bueno y lo tomé pero no me hizo nada.” [EP- Berta, Tecpán Guatemala, 3 años de diagnóstico]

“Cuando ya no tengo pastillas me como un diente de ajo...me ayuda pues, cuando no me ayuda me tomo dos” [EP- Fátima, Tecpán Guatemala]

“...yo ya me tome la hoja de guanaba pero es cierto que se me bajo un poquito pero a los 8 días donde ya no hay hojas, sigue lo mismo” [EP MIS-Ingrid, Piche, 25 años de diagnóstico]

“...la hoja de naranja, he tomado 3 hojas de naranja... Ayuda pues, un poquito” [EP MIS- Mariela, Pichec, 4 años de diagnóstico]

“...también me han dicho que le guarumbo, tomándolo por un mes ayudaba, yo no aguante porque me daba como desespero y me sentía mal, solo como 8 días aguante” [EP MIS- Karla, Pichec, 4 años de diagnóstico]

En salud pública se maneja la imagen del “iceberg de la enfermedad” porque solamente puede observarse la punta del problema de salud-enfermedad, esto

debido a que la mayor cantidad de información que se posee de las enfermedades que afecta a la población es la que se ha recopilado en el servicio público de salud lo que indica que el panorama es incompleto. (26)

Muchos de los problemas de salud no son identificados por el servicio de salud porque son atendidos y resueltos por la familia y otras personas que han tenido la misma experiencia, esto se debe a que en los servicios públicos del país se maneja el enfoque biomédico por lo que solamente identifican algunas enfermedades biológicas y algunas mentales pero dejan a un lado problemas de salud relacionados con otras maneras de comprender la salud- enfermedad y son estos los casos que son tratados por terapeutas u otros modelos de salud.

En el caso que las personas entrevistaran refirieran tomar remedios naturales ya sea por curiosidad, porque se lo recomendaron o porque realmente ha le funcionado demuestra el Modelo de Salud de Autoatención, este modelo no tiene una figura identificada como “curador” o “terapeuta” porque las personas integran y aplican sus propias experiencias y conocimientos, desde no hacer nada porque solo se curará hasta la utilización de distintos recursos terapéuticos.

C. Abordaje del tratamiento la hipertensión arterial

Los participantes de Tecpán Guatemala, la mayoría refirió no ir al puesto de salud, debido a experiencias negativas que han tenido con el personal de salud, prefieren ir a la farmacia o con algún médico privado, en el grupo al que asisten a algunos se les brindan algún medicamento, de forma gratuita, para la hipertensión arterial. Todos los participantes de Pichec refirieron recibir un trato amable por parte de las enfermeras del puesto de salud y que ellas les brindan siempre sus medicamentos durante la visita domiciliar mensual. Solamente dos participantes de Pichec refirieron no ir al Puesto de Salud porque poseen la capacidad económica de tratarse con un médico privado.

Ninguno de los participantes visita a curanderos o terapeutas mayas.

“...es que en el centro de salud a veces a uno lo atienden bien o a veces mal peor si hay mucha gente a uno no lo atienden bien, por eso mejor voy con un doctor en el pueblo...” [EP- Adela, Pueblo Viejo, 3 años de diagnóstico]

“...este año, gracias a Dios cambiaron al personal del puesto porque antes había un personal que la verdad no lo atendían bien...cambiaron hasta el doctor y ahora lo atienden bien, tal como uno quiere.” [EP- Diego, Tecpán Guatemala, 9 años de diagnóstico]

“...siempre bien, son muy amables las seño cuando vienen...” [EP MIS- Pilar, Pichec, 3 años de diagnóstico]

“...ellas llegan siempre y me dan mis pastillas si tienen y me revisan la presión.” [EP MIS- Mariela, Pichec, 4 años de diagnóstico]

Tabla 6. Tabla comparativa de respuestas sobre la atención en salud.

Área con Estrategia implementada	Área sin Estrategia implementada
<ul style="list-style-type: none"> – <i>“...me ayudan mucho las seño...”</i> [EP MIS- Mónica] – <i>“...siempre bien, son muy amables las seño cuando vienen...”</i> [EP MIS- Pilar, 3 años de diagnóstico] – <i>“Es bueno porque me ayudan y me vienen a dejar mis pastillas”</i> [EP MIS- Wendy, 5 años de diagnóstico] 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>“... esta bueno... me explican”</i> [EP- Ema, 1 año de diagnóstico] – <i>“...es que en el centro de salud a veces a uno lo atienden bien o a veces mal peor si hay mucha gente a uno no lo atienden bien, por eso mejor voy con un doctor en el pueblo...”</i> [EP- Adela, 3 años de diagnóstico]

Área con Estrategia implementada	Área sin Estrategia implementada
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="233 321 794 436">– “...me ayudan, me vienen a ver y me dejan mis pastillas” [EP MIS- Ingrid, 25 años de diagnóstico] <li data-bbox="233 489 794 646">– “..., ellas llegan siempre y me dan mis pastillas si tienen y me revisan la presión.” [EP MIS- Mariela, 4 años de diagnóstico] <li data-bbox="233 699 794 898">– “...me ayudan me dicen que cuando ya no tenga pastillas tengo que ir y me dan más o viene la seño” [EP MIS- Dina, 1 año de diagnóstico] 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="826 321 1386 436">– “...doctores del puesto de salud...me ayudan” [EP- Hugo, 5 años de diagnóstico] <li data-bbox="826 489 1386 604">– “...mal, no me dieron la pastilla para mi presión...” [EP- Berta, 3 año de diagnóstico] <li data-bbox="826 657 1386 982">– “...este año, gracias a Dios cambiaron al personal del puesto porque antes había un personal que la verdad no lo atendían bien...cambiaron hasta el doctor y ahora lo atienden bien, tal como uno quiere.” [EP- Diego, 9 años de diagnóstico] <li data-bbox="826 1035 1386 1150">– “...no me dieron nada para la presión...” [EP- Mateo, 1 año de diagnóstico]

Ante la diferencia de respuestas del lugar donde está implementada la estrategia y donde no lo está, es sencillo realizar la comparación de la calidad de atención que reciben en cada lugar, en Chimaltenango las personas prefieren pagar a un médico privado o tomar más en consideración las recomendaciones del personal de la farmacia que asistir a un puesto de salud, aunque la atención sea gratuita, esto debido a que la mayoría de personas que han ido han recibido un trato deficiente y lo que ellos consideran peor es que no les brindaron el medicamento.

En Baja Verapaz, la Estrategia ha obtenido resultados muy positivos, entre estos que la población se encuentre satisfecha con la atención que recibe, además de esto cada puesto de salud tiene el conocimiento de todos los casos de sus

sectores por lo que los pacientes poseen un mejor control de sus enfermedades y siempre reciben sus medicamentos.

En Baja Verapaz posee un listado de terapeutas mayas con quienes los interesados pueden asistir, ya que trabajan en conjunto para brindar atención integral, a pesar de esto, ninguno de los entrevistados afirmó asistir con alguno de estos para su enfermedad y referían que las recomendaciones y medicamentos brindados por las enfermeras eran suficientes.

La atención con terapeutas mayas también debe ser registrada, es por esto que se tiene un instrumento especial donde se registran los problemas de salud que han atendido, esto hace que el trabajo de los terapeutas mayas sea valorado y se ha logrado identificar el tipo de atención que brindan.(54) Además de tratar enfermedades atendidas por el modelo de salud maya también brindan apoyo para el agradecimiento por la producción, el agua o resolver algún problema familiar o de pareja, como ceremonias mayas de protección.

D. Recomendaciones para pacientes con hipertensión arterial

Infografía de Hipertensión arterial

Al conocer que la mayoría de los participantes no saben qué es la hipertensión arterial, relacionan la patología solamente a síntomas y que no consideran que el peso corporal y la alimentación sean factores que podrían afectar su salud y agravar su enfermedad se vio la necesidad de elaborar una infografía donde con simplicidad muestre qué es la patología, cuales son algunas causas, síntomas frecuentes y recomendaciones para mantener un estilo de vida saludable. Además se adiciona, entre las causas, las emociones fuertes, esto debido a que varios participantes afirman haber desarrollado hipertensión arterial después de la muerte de un familiar, después de haber sentido miedo intenso o sustos, por lo

que se debe aplicar la pertinencia cultural y tomarlo en cuenta como un factor detonante de esta patología.

La utilización de la infografía (Anexo F) es un apoyo para el personal de salud para guiar adecuadamente a los pacientes hipertensos y podrá ser utilizada en las constantes capacitaciones que se realizan o durante las visitas domiciliarias, donde podrán enseñar a sus pacientes más a cerca de su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

La infografía será impresa en tamaño oficio y entregada a las respectivas autoridades para su utilización en ambas áreas del estudio.

XI. CONCLUSIONES

1. Las percepciones que los pacientes poseen de la hipertensión arterial en cuanto a la experiencia del diagnóstico es que empezaron a padecer la patología por algún evento estresante en su vida, no consideran que tenga relación con el peso corporal ni a la alimentación.
2. Las creencias de la hipertensión arterial que poseen los pacientes en general es que en algún momento de su vida se curarán gracias al medicamento y remedios naturales que consumen. La mayoría de pacientes no cree que la alimentación ni el peso afecte la presión arterial.
3. La información brindada por el personal de salud, tanto del área donde se encuentra implementado el MIS como del área donde no lo está es deficiente, los pacientes no han sido informados de una forma clara y sencilla sobre su enfermedad, las patologías asociadas a esta y los factores de riesgo.
4. El consumo excesivo de cualquier tipo de alimentos es una de las creencias que poseen ambos grupos como un factor que puede complicar su patología.
5. Los participantes han disminuido el consumo de sal de mesa y grasa, sin embargo consumen otros alimentos que son altos en estos ingredientes.
6. En ninguna de las dos áreas estudiadas muestran conocimiento sobre el efecto de la alimentación, más allá del consumo de sodio, sobre la hipertensión arterial y tampoco relacionan su peso corporal como un factor de riesgo para futuras complicaciones de su patología.

7. El consumo de medicamento es indispensable para el control de la patología, la población del área donde esta implementada la Estrategia siempre consumen su medicamento a comparación del área donde no hay Estrategia, donde no lo consumen constantemente debido a la falta de capacidad económica.
8. Algunos participantes han consumido remedios naturales en alguna etapa de su patología, ninguno refirió haberla consumido por periodos largos de tiempo.
9. En Pichec, donde existe Estrategia implementada, muestran mayor nivel de conocimiento sobre su enfermedad y saben la importancia de los medicamentos, por lo que los pacientes se encuentran estables y satisfechos con la atención brindada por el personal de salud.
10. En Tecpán Guatemala, donde no hay Estrategia implementada, la mayoría de participantes no asisten a un puesto de salud por lo que su conocimiento sobre su enfermedad es basado en experiencias personales o de terceros y en esto basan los métodos que utilizarán para tratarse, además deben realizar un mayor esfuerzo por obtener atención de calidad y la buscan únicamente para curación y no para prevención ni seguimiento.
11. El Modelo Incluyente en Salud ha beneficiado a la población donde se encuentra implementado, las enfermeras realizan seguimiento a cada uno de ellos, esto genera confianza en el sistema de salud y logra aumentar la prevención de enfermedades y la adherencia al tratamiento.
12. La falta de comprensión de la hipertensión arterial por parte de los pacientes de ambos grupos se debe a la falta de utilización de lenguaje sencillo para explicarla, por esto la infografía se realizó con palabras simples utilizadas por los mismos participantes.

XII. RECOMENDACIONES

1. Es importante conocer que el objetivo de un nutricionista en el área comunitaria es promover estilos de vida saludable y con esto prevenir enfermedades crónicas, entre las capacidades que posee es “capacidad en la aplicación de conocimientos, políticas, normas, métodos y herramientas de salud pública y nutrición comunitaria, capacidad resolutive en casos de malnutrición y seguimiento de los mismos; y capacidad de gestión en el desarrollo de procesos.” (55)
2. Es necesario incluir, entre el personal de salud de atención primaria a nutricionistas, para guiar correctamente a los pacientes en su alimentación, capacitar al resto del equipo para brindar información pertinente a los pacientes y que estos estén correctamente informados sobre su enfermedad.
3. Los profesionales de salud debemos conocer y tener presente la realidad de la población hipertensa para poder brindar consejería nutricional preventiva acorde a sus capacidades económicas, creencias y percepciones sobre su enfermedad para mantener el respeto cultural.
4. La calidad de atención prestada por parte del personal en el puesto de salud debe ser eficiente, aun así no se cuente con el medicamento necesario o con la estrategia implementada adecuadamente.
5. Es necesario que la infografía sea validada y autorizada por el Instituto de Salud Incluyente para que pueda ser utilizado por el personal de salud en las áreas donde está implementado el Modelo de Incluyente en Salud.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Suiza; 2013 Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. 2014
3. Patiño D, Alves W, Torres A, et al. Representaciones sociales de dieta en pacientes con enfermedad crónica no transmisible. iMedPub Journals. México, 2016; Vol. 12, No. 7.
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Análisis de situación epidemiológica de las enfermedades crónicas no transmisibles. Guatemala: MSPAS, 2015
5. Acosta M, Debs G, Noval R, Dueñas A. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Revista Cubana de Enfermería, Cuba; Vol. 21, No. 3, 2005; 21(3):1-1.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfermedades Crónicas No Transmisibles. [Citado 03 Octubre 2016] Disponible en:
http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=494&catid=712&Itemid=101
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Análisis de situación epidemiológica de las enfermedades crónicas no transmisibles. Guatemala: MSPAS, 2015

8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de acción 2008-2012 para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades Crónicas y sus Factores de Riesgo. Guatemala: MSPAS, 2008.
9. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Consultado 04 Octubre 2016]; Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
10. Organización Mundial de la Salud. Salud mundial retos actuales. [Consultado 04 Octubre 2016]; Disponible en:
<http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index1.htm>
11. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2015.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS)/Sociedad Internacional de Hipertensión (ISH). Declaración del manejo de la hipertensión. Journal of Hypertension; 2003
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de acción 2008-2012 para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades Crónicas y sus Factores de Riesgo. Guatemala: MSPAS, 2008
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía para la atención integral de las personas con hipertensión arterial. [Consultado 04 Octubre 2016]; Disponible en:
http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=298&Itemid=224

15. Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos. VII Informe del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. 2003.
16. Feng J, Graham A. La presión arterial es la causa más importante de muerte y discapacidad en el mundo. Eur Heart J Suppl. Mayo 2007; 9(B): B23-B28.
17. Monteiro C, Cannon G. El gran tema en nutrición y salud pública es el ultra-procesamiento de alimentos. Revista electrónica World Nutrition, Perú; 2012.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. Guatemala.
19. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. [Consultado 04 Octubre 2016]; Disponible en:
<http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Primer nivel de atención. [Citado 03 Octubre 2016]; Disponible en:
<http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/primer-nivel-de-atencion.html>
21. Centro de Investigaciones Económicas Nacionales. Sector Salud en Guatemala. Guatemala; 2010
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de acción 2008-2012 para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades Crónicas y sus Factores de Riesgo. Guatemala: MSPAS, 2008

23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Guatemala; 2010
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Modelo Incluyente en Salud. [Citado 04 de Octubre 2016] Disponible en:
<http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/temasdesalud/ElmodeloIncluyenteenSalud.pdf>
25. Salud Integral Incluyente. El Modelo Incluyente de Salud (MIS). [Consultado 10 Octubre 2016]; Disponible en:
<http://www.saludintegralincluyente.com/previos/mis-guatemala.html>
26. Instituto de Salud Incluyente. Transformando el Sistema Público de Salud desde el Primer Nivel de Atención. Guatemala; 2012.
27. Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas. Guatemala: OPS; 2006.
28. Bartomeu V, Quiles J. La hipertensión en atención primaria: ¿Conocemos la magnitud del problema y actuamos en consecuencia? Revista Española de Cardiología, España; Vol. 58, No. 4, 2005; 58(4): 330-40.
29. Baena Díez JM, Del Val García JL, Tomás Peregrina J, Martínez Martínez JL, Martín Peñacoba R, González Tejón I, et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. Revista Española de Cardiología, España; Vol. 58, No. 4, 2005; 58:367-73.

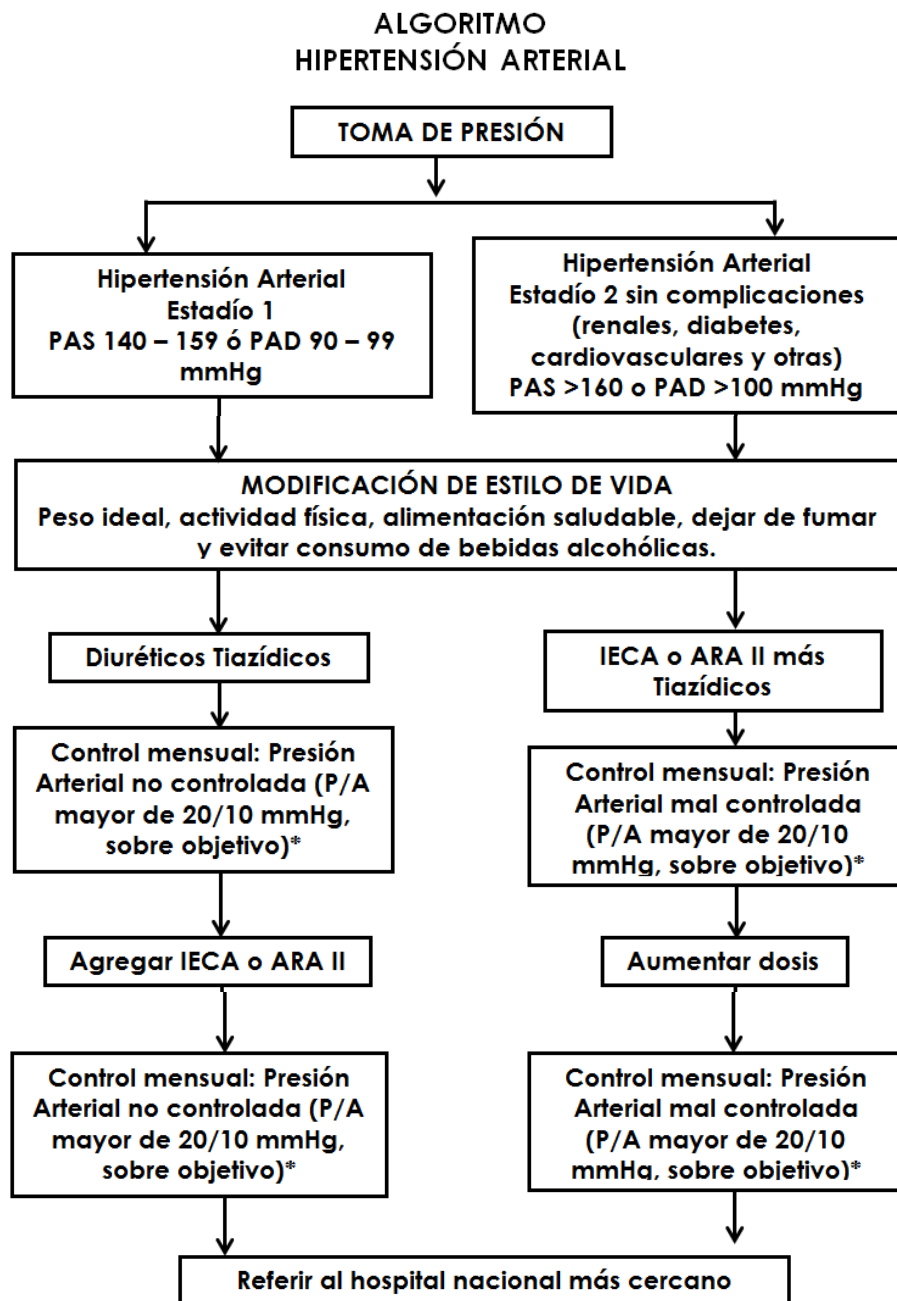
30. López J, Pérez A, López R, Sanz S. Manejo de presión arterial en pacientes con cardiopatía isquémica atendidos en atención primaria. *Revista Clínica de Cardiología en Atención Primaria, España*; Vol. 2, No. 1, Marzo, 2007; 1:17-25.
31. Buendía J. Actitudes, conocimientos, creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. *Revista del Instituto Nacional de Salud, Colombia*; Vol. 32, No. 4, 2012; 32:578-84.
32. Acosta M, Debs G, Noval R, Dueñas A. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Enfermería, Cuba*; Vol. 21, No. 3, 2005; 21(3):1-1.
33. Patiño D, Alves W, Torres A, et al. Representaciones sociales de dieta en pacientes con enfermedad crónica no transmisible. *iMedPub Journals, México*, 2016; Vol. 12, No. 7.
34. Suarez N. (2010) De tesista a investigador. El método cualitativo como cultura investigativa. (Tesis). Universidad de los Andes, Colombia
35. Méndez V. Reyes C. et al. Estilos de vida en pacientes hipertensos atendidos en hospital público. México; 2010
36. Lawrence J, Brands M et al. American Heart Association. Dietary approaches to prevent and treat hypertension. 2006
37. Ralson R, Lee J et al. A systematic review and meta-analysis of elevated blood pressure and consumption of dairy foods. *Journal of Human Hypertension, Australia*; Vol. 26, No 3, 2012.
38. Medrano M, Cerrato E, et al. Factores de riesgo cardiovascular en la población española; meta análisis de estudios transversales. España; 2005.

39. Neter J, Stam B, et al. Influence of weight reduction on blood pressure, metaanalysis of randomized controlled trials. Holanda; 2003.
40. Xu X, Rao Y et al. Hypertension impacts on health related quality of life: a cross-sectional survey among middle age adults in Chongqing, China. International Journal of Hypertension. China; 2016.
41. Bajorek B, LeMay K et al. Management of hypertension in an Australian community pharmacy setting – patients' beliefs and perspectives. International Journal of Pharmacy Practice. Australia; 2016.
42. Estrada R. (2014) Clasificación de consumo de alimentos procesados según el contenido de sodio utilizando el método de semáforo nutricional. (Tesis). Universidad Rafael Landívar, Guatemala
43. Organización Mundial de la Salud. Estilo de Vida. [Citado 10 Octubre 2016]; Disponible en: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
44. Centro de Investigaciones Económicas Nacionales. Sector Salud en Guatemala. Guatemala; 2010
45. Organización Mundial de la Salud. Actividad Física. [Citado 03 Octubre 2016]; Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
46. Velásquez G. Fundamentos de Alimentación Saludable. 1ra Ed. Antioquia: Universidad de Antioquia; 2006
47. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Alimentación. [Citado 03 Octubre 2016]; Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf>

48. Real Academia Española. Medicamento. [Citado 03 Octubre 2016]; Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=OkIjC3R>
49. Organización Mundial de la Salud. Atención de Salud. [Citado 10 Octubre 2016]; Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
50. Scribd. Infografía. [Citado 12 Enero 2017]; Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/242372353/Concepto-de-infografia-pdf>
51. Fundación Española del Corazón. [Consultado 29 de marzo 2017]; Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/ejercicio/para-enfermos/983-hipertension-arterial-y-ejercicio.html>
52. Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”. [Consultado 29 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/acs-2001/acs011aq.pdf>
53. Valdés Stromilli Gloria. Sal e Hipertensión Arterial. Revista Chilena de Cardiología, Chile; v. 28, n. 1, 2009; 28: 107-114
54. Instituto de Salud Incluyente. La perspectiva de pertinencia intercultural del Modelo Incluyente en Salud. Guatemala; 2012
55. Arana, Y. (2015) Perfil profesional del licenciado/a en nutrición en Centros y Puestos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (Tesis). Universidad Rafael Landívar, Guatemala

XIV. ANEXOS

Anexo A. Algoritmo de hipertensión arterial



*Objetivo: Presión Arterial < 140/90 mmHg (<130/80 en diabetes)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. Guatemala.

Hoja De Información De Los Participantes

Título del estudio: Percepciones y creencias del paciente hipertenso, atendido en el primer nivel de atención de salud: recomendaciones de dieta, estilo de vida y tratamiento. Estudio cualitativo comparativo de Rabinal, Baja Verapaz y Tecpán Guatemala, Chimaltenango

Nos gustaría invitarte a participar en nuestro estudio de evaluación. Antes de decidir. Nos gustaría que comprenda porque este estudio se está haciendo y lo que implicaría para usted. Por favor lea cuidadosamente esta hola informativa y discútalo con los demás, si lo desea. Por favor, pregunte si hay algo que no está claro o desea obtener más información. El investigador responderá a cualquier pregunta que tenga. Tome su tiempo para decidir si desea tomar parte. Gracias por leerlo.

¿Cuál es el propósito del estudio?

La incidencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) ha aumentado en los países de Centroamérica; desde hace 15 a 20 años se estableció una epidemia y seguirá aumentado en los próximos años.

En Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha reportado que las enfermedades cardiovasculares constituyen la segunda causa de muerte en el país. Guatemala presenta mayor doble carga de mortalidad (cáncer + enfermedades transmisibles) por esto es fundamental para el país combatir ambos.

En nuestro país, la tendencia de hipertensión, del año 2008 al 2014 incrementó 74% y se estima un aumento medio anual (del 2015 al 2020) de 9.2%.(20) Esta patología está identificada como una de las primeras 20 causas de morbilidad a nivel nacional.

Los principales objetivos de este estudio son:

1. Identificar las creencias que predominan en el paciente con hipertensión arterial ante su enfermedad
2. Comparar las percepciones de estilo de vida, enfermedad y tratamiento que tienen los pacientes hipertensos que asisten al club de hipertensos donde se implemente el MIS contra el club de hipertensos donde no está implementado el MIS.
3. Describir la percepción de los pacientes sobre el diagnóstico de hipertensión arterial y el consumo permanente de medicamentos.

¿Por qué he sido elegido?

Usted está invitado a participar en este estudio porque ha sido diagnosticado y padece de hipertensión arterial y asiste al club de hipertensos del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

¿Tengo que participar?

Depende de usted decidir si forma parte o no del mismo. Si usted decide participar, se le dará una hoja de información para que la conserve y se le solicitara que firme un formulario de consentimiento. Usted se puede retirar en cualquier momento el estudio sin necesidad de dar una razón.

¿Qué pasará con los resultados de la investigación?

Los resultados del estudio se utilizarán en muchas formas, y son los siguientes:

1. Los resultados serán presentados ante una terna de evaluación para dar a conocer como es percibida la forma de vivir con la enfermedad y con el tratamiento según cada individuo que participa.
2. Los resultados serán compartidos a la comunidad de estudiantes y profesionales de la salud para permitir brindar una mejor educación acerca de la hipertensión y su relación con la nutrición.

¿Existen riesgos involucrados?

No hay ningún riesgo anticipado. Usted puede retirarse en cualquier momento del estudio.

¿Mi participación será confidencial?

Sí. Vamos a seguir prácticas éticas y legales. Toda la información sobre usted será de modo estrictamente confidencial. Sus datos personales se recogerán durante el estudio, pero sólo se utiliza para enlazar los datos.

¿Qué pasa si no quiero continuar con el estudio?

Usted puede retirar del estudio en cualquier momento sin dar una razón. Sin embargo, tendremos que usar los datos recogidos hasta su retiro.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de estudio: Percepciones y creencias del paciente hipertenso, atendido en el primer nivel de atención de salud: recomendaciones de dieta, estilo de vida y tratamiento. Estudio cualitativo comparativo de Rabinal, Baja Verapaz y Tecpán Guatemala, Chimaltenango

Nombre del Investigador: Cristina Pellecer Arreola

Gracias por leer la información acerca de nuestro proyecto de investigación. Si desea participar, por favor lea y firme este formulario

Por favor marcar los cuadros con una X si estás de acuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes:

1. He leído la hoja de información para el estudio anterior, se me ha entregado una copia para que la conserve. He tenido la oportunidad de examinar la información, hacer preguntas y fueron respondidas satisfactoriamente.
2. Comprendo que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar en cualquier momento sin dar ninguna razón.
3. Estoy de acuerdo en participar en este proyecto de investigación y acepto que mis datos sean utilizados con el propósito de este estudio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial.
4. Doy mi consentimiento a esta entrevista que lo que se grabe, extractos de las grabaciones o descripciones de ellos, pueden ser utilizados para fines de difusión. Entiendo que toda la información se mantendrá en anónimo.
5. Estoy de acuerdo en participar en este estudio

Nombre y Apellido

Firma

Fecha

Anexo C. Instrumento

Universidad Rafael Landívar

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Nutrición



ENTREVISTA

Fecha: _____

Código: _____

1. ¿Cuál es su nombre?

2. ¿Cuántos años tiene?

3. ¿Dónde vive?

4. ¿Podría decirme si trabaja actualmente?

[Preguntar de qué trabaja, si es cerca o retirado de su casa, si debe llevar sus instrumentos de trabajo, si es ambiente agradable, si le causa estrés]

5. ¿Podría decirme si es de fácil es llegar al centro de salud?

[Preguntar qué tan lejos o cerca vive del centro de salud, si es tratada por alguien más que no sea un medico]

6. ¿Hace cuánto tiempo sabe que tiene de presión alta?

[Preguntar qué edad tenía, cómo se dio cuenta, cómo le diagnosticaron hipertensión]

7. ¿Podría decirme que es, para usted, la hipertensión?

[Preguntar que entiende de la enfermedad, si cree que tiene cura, qué piensa que debe hacer para tratarla, si hay algo que la haga sentir mejor, si cree importante tomar medicamentos, con cuales alimentos relaciona la enfermedad]

8. ¿Cómo le han atendido en el centro de salud al que asiste para tratar su presión alta?

[Preguntar si ha tenido una buena o mala experiencia, si le han resuelto sus dudas, si le dan el medicamento necesario, que tan frecuentemente asiste a citas con el médico]

9. ¿Realizó algún cambio en su vida normal después de ser diagnosticado/a con presión alta?

[Preguntar si empezó a hacer actividad física, a controlar su peso, comer diferente o que hace para sentirse mejor con esta enfermedad]

10. ¿Cree que es importante comer diferente si se tiene presión alta?

[Preguntar por qué considera que si o no y para qué sirve hacerlo.]

11. ¿Conoce alguna comida que sea “mala” para esta enfermedad?

[Preguntar quién se lo mencionó, qué alimentos son, si sabe porque no debería consumirlo, que tan frecuente lo consume, por qué decide no consumirlo, si consume sal, cuánta agua consume]

12. ¿Conoce alguna comida que sea “buena” para esta enfermedad?

[Preguntar quién se lo menciona, qué alimentos son, si lo consume frecuentemente, por qué lo consume]

13. ¿Sabe que es una nutricionista?

[Preguntar si sabe qué es, qué hace, si lo había escuchado antes, explicar que es una nutricionista]

14. ¿Podría decirme si para usted sería fácil hacer una dieta sugerida por el personal de salud?

[Profundizar en por qué si o por qué no, Preguntar si cree que se curará, si se sentirá mejor o peor, si cree que le hará bien]

15. ¿Conoce algún “*remedio*” que crea que cura/trata la enfermedad?

[Preguntar si ha consumido algún medicamento alternativo, quien se lo recomendó, si fue alguien de su comunidad, si le funcionó, porque cree que funciona, si lo prefiere en vez del fármaco]

16. ¿Consume su medicamento como se lo recetó el médico?

[Preguntar si se le dificulta tomarlo a diario, si no lo consume adecuadamente preguntar por qué razones sí o no lo hace, si se siente mejor, peor o igual]

17. ¿Hace cuánto asiste a este grupo?

[Preguntar si algún conocido se lo recomendó, cómo supo de estos grupos, que tan frecuentemente asiste, por qué asiste y si le han ayudado con su enfermedad]

18. ¿Tiene algo más que agregar acerca de la enfermedad, de los grupos de hipertensos o alguna recomendación para otros pacientes?

[Preguntar si le han hecho algún comentario acerca de la enfermedad, si tiene alguna duda, preocupación o miedo sobre su enfermedad]

Anexo D. Formato de codificación de entrevista (análisis de datos)

CATEGORÍA	No.	SUB CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	No.	EJEMPLOS

Anexo E. Instrucciones para transcripción de entrevistas

Instrucciones Generales:

El transcriptor debe transcribir todas las entrevistas individualmente.

Documentación de comentarios

Los comentarios o preguntas hechas por el entrevistador o moderador deben ser etiquetadas escribiendo la letra I: en el margen izquierdo de la hoja y poniendo con sangría la pregunta o el comentario. Cualquier comentario o respuesta por parte del participante debe ser etiquetada con la letra P: en el margen izquierdo de la hoja y la respuesta debe ser colocada con sangría. En una transcripción de grupo focal, una respuesta o comentario por cada diferente participante debe ser separada por la letra P con un número asignado Px: al margen izquierdo (dependiendo de quién ha hablado).

– Ejemplo:

I: Muy bien, antes de empezar la entrevista, me gustaría confirmar que usted ha leído y firmado la hoja de consentimiento

P1: Si, la he leído y la he entendido.

P2: Yo también la he entendido, gracias.

Contenido:

Las grabaciones de audio colectadas deben ser transcritas verbalmente (e. palabra por palabra grabada, exactamente como se dijo), incluyendo cualquier ruido no verbal de fondo (e. risas, tos, aplausos, chasquidos de dedos, clics de lapiceros, bocinas de carro).

* Sonidos no verbales deben ser escritos dentro de paréntesis, como ejemplo, (Risa corta), (Risa grupal), (Sirena de policía al fondo).

* Si tanto el entrevistador o el entrevistado pronuncia mal una palabra, estas deben ser transcritas exactamente como el individuo la pronuncio. La transcripción no debe ser modificada removiendo lenguaje soez, jerga, errores de gramática, o mal uso de palabras y conceptos.

* Si la incorrecta o inesperada pronunciación resulta en dificultades para la comprensión del texto, la palabra correcta debe ser escrita dentro de corchetes cuadrados, una barra inclinada debe ser utilizada inmediatamente después del corchete abierto y otra barra inclinada antes de cerrar el corchete.

– Ejemplo:

P: Yo pensé que era bastante pacifico [/específico/], pero ellos no están de acuerdo.

Palabras de relleno como hm, huh, mjm, uh hu, um, ok, si, yuhuh, na, huh, ugh, whoa, uh, oh, ah, aja, deben ser transcritas.

Información Inaudible

El transcriptor deberá identificar las partes de la grabación que sean inaudibles o difíciles de descifrar. Si un segmento pequeño de la grabación (una palabra o una oración corta) es parcialmente incomprensible, el transcriptor deberá escribir la frase “segmento inaudible”. Esta información debe aparecer en corchetes cuadrados.

– Ejemplo:

El proceso de identificar palabras que faltan en una entrevista grabada en un audio de baja calidad es [segmento inaudible].

Si un segmento largo de la cinta es inaudible, incomprensible, o es “silencio inexplicable” en donde nadie está hablando, el transcriptor deberá guardar esta información utilizando corchetes cuadrados. En adición a esto, el transcriptor deberá proporcionar un tiempo estimado para la información que no pudo ser transcrita.

- Ejemplo:

[Inaudible: 2 minutos de la entrevista perdidos]

Conversaciones simultáneas

Si los individuos están hablando al mismo tiempo (conversaciones simultáneas) y no es posible distinguir que está diciendo cada persona, el transcriptor deberá colocar la frase “conversación cruzada” en corchetes cuadrados inmediatamente después de la última conversación identificable y luego continuar con el siguiente individuo que se escuche claro.

- Ejemplo:

P: La toma de turnos no siempre ocurre. Puede que la gente contribuya simultáneamente a la conversación; por lo tanto, es difícil de diferenciar la declaración de una sola persona [conversación cruzada]. Lo cual resulta en la pérdida de cierta información.

Pausas

Si el individuo hace pausas brevemente entre cada declaración o se desvía del tema al final de cada declaración, el transcriptor deberá usar tres puntos suspensivos. Una pausa breve se define por una pausa en la conversación entre 2 y 5 segundos.

- Ejemplo:

P: Algunas veces, el participante brevemente pierde. . . la idea o pensamiento... hace una pausa después de alguna observación conmovedora. Otras veces, finalizan sus declaraciones con una cláusula tales como, pero entonces...

Si un retraso significativo en la conversación ocurre ya sea al inicio o en la continuación de una declaración (más de 2 o 3 segundos), el transcriptor deberá usar la palabra “pausa larga” dentro de paréntesis.

- Ejemplo:

P: Algunas veces el individuo necesite tiempo adicional para construir una respuesta. (Pausa larga) otras veces, él o ella están esperando instrucciones adicionales.

Texto cuestionable

Si el transcriptor esta inseguro de la exactitud de una declaración hecha por el entrevistado, esta declaración debe ser puesta dentro de paréntesis y el símbolo de interrogación puesto frente al paréntesis abierto y después del paréntesis cerrado.

- Ejemplo:

P: Yo me quería cambiar a ¿(St. Anne's Hospital)? si hubiese un trabajo disponible para mí porque pienso que las condiciones serian mejores.

Información sensible

Si un individuo usa su propio nombre durante la conversación, el transcriptor deberá reemplazar esta información con la etiqueta apropiada del participante ya sea en la entrevista o en el grupo focal.

- Ejemplo:

P1: Mi supervisor me dijo, "P1, piensa las cosas antes de abrir tu boca".

Si un individuo proporciona el nombre de alguien más, lugares, organizaciones, etc. El transcriptor deberá ingresar un signo igual inmediatamente antes y después de la información mencionada. Analistas usaran estas etiquetas para identificar fácilmente información sensible que requiere sustitución.

- Ejemplo: P: Mi colega =John Doe= estaba bastante molesto en su trabajo entonces empezó a hablar al administrador del hospital =St Anne's= acerca de un trabajo distinto.

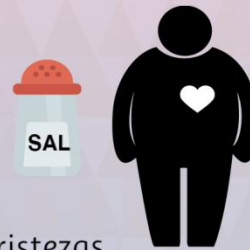
PRESIÓN ALTA (Hipertensión Arterial)

¿Qué es la presión alta?

La presión alta (hipertensión arterial) es una enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento de la presión sanguínea en las arterias. Cuando más alta es la presión mayor esfuerzo debe hacer el corazón.

¿Qué causa que se suba la presión?

- Obesidad
- Estrés
- Fumar
- Comida con muchas grasas
- Comer mucha sal
- Herencia familiar
- Emociones fuertes: miedos, sustos o tristezas



Visite el Puesto de Salud si tiene:

- Dolor de cabeza fuerte
- Bolencia (mareos), náusea y vómitos
- Dolor en el corazón (en el pecho)
- Sangrado de nariz
- Visión borrosa



Recomendaciones

- Tomar el medicamento 
- Comer hierbas verduras y frutas 
- Tomar mucha agua pura 
- No comer mucha sal ni grasa
- Control de peso 
- Hacer ejercicio

Licenciada Cristina Pellecer Arreola

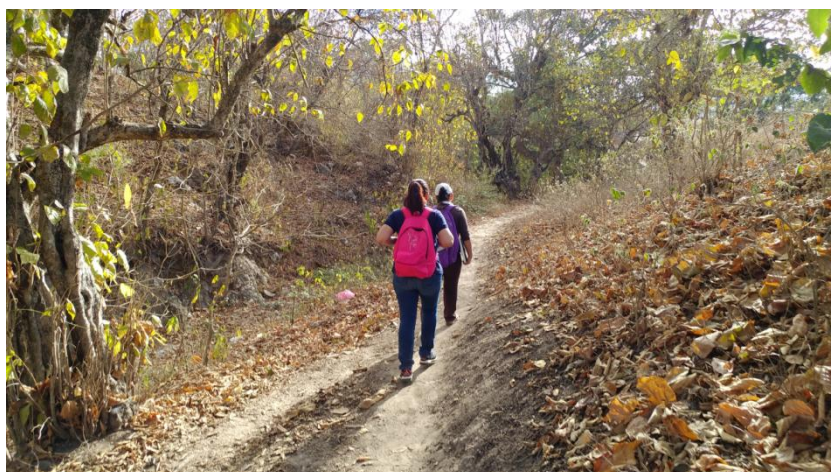
Anexo G. Fotografías de trabajo de campo



Enfermeras auxiliares de Pichec, Rabinal



Pichec, Rabinal, Baja Verapaz



Pichec, Rabinal, Baja Verapaz



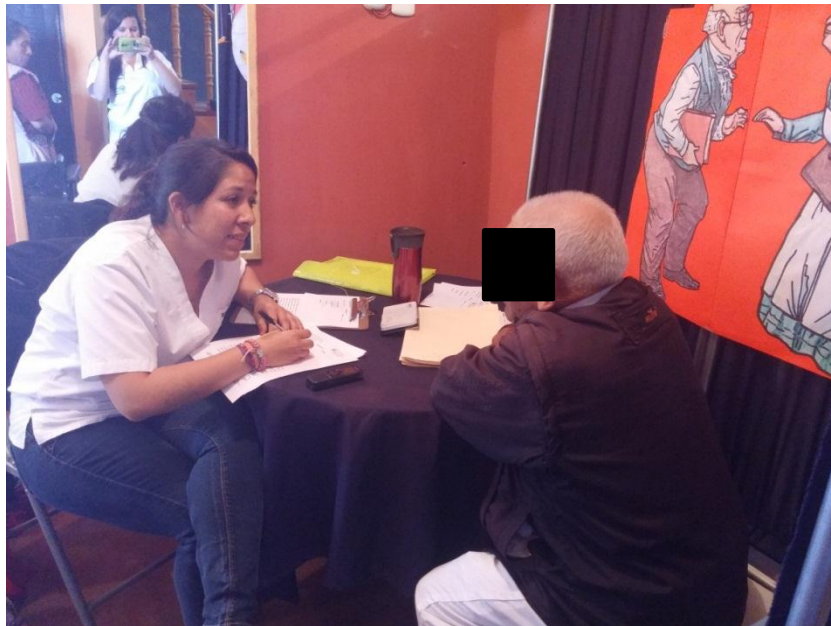
Entrevistas en Pichec, Rabinal.



Entrevistas en Pichec, Rabinal.



Licenciada Telma Miculax encargada “Mis Años Dorados”



Entrevistas en Tecpán Guatemala, Chimaltenango



Entrevistas en Tecpán Guatemala, Chimaltenango



Grupo para la tercera edad "Mis Años Dorados"