



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**CENTRO PENINSULAR EN HUMANIDADES Y CIENCIAS
SOCIALES**

**“La enfermedad silenciosa”. Enfoque participativo para la prevención
de la hipertensión arterial en escuelas del Sur de Mérida, Yucatán,
México.**

PROYECTO DE DESARROLLO INTERCULTURAL

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN DESARROLLO Y GESTIÓN INTERCULTURALES**

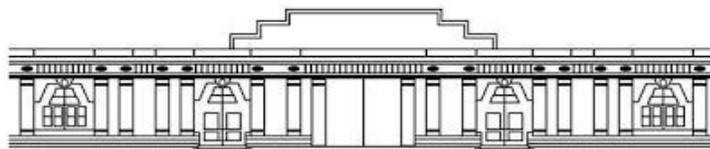
P R E S E N T A

María José Rafful Ceballos

D I R E C T O R

Dr. Enrique Javier Rodríguez Balam

YUCATÁN, MÉXICO, 2022



CENTRO PENINSULAR EN HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN GENERAL	4
PREÁMBULO	7
¿ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL UNA ENFERMEDAD IMPORTANTE?.....	7
LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: CAUSAS Y EFECTOS	15
META DEL PROYECTO	19
OBJETIVO GENERAL	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
B) FASE DE EJECUCIÓN	21
PARTICIPANTES EN EL PROYECTO	21
<i>Área, población y criterios de participación</i>	21
RECURSOS	21
RETOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO	23
1.- <i>Captar interés de la población objetivo masculina</i>	23
2.- <i>Obtención de la información</i>	24
3.- <i>Captación y distribución de recursos financieros</i>	25
4.- <i>Manejo de equipo de trabajo multidisciplinario</i>	29
5.- <i>Sustentabilidad social, económica, política, y cultural</i>	30
<i>Enfoque vinculación comunitaria</i>	33
ESTRATEGIA ELEGIDA	36
<i>Diseño del estudio diagnóstico</i>	38
ORGANIZACIÓN	39
<i>Fase 1: Organización</i>	39
<i>Fase 2: Acercamiento y ejecución</i>	40
<i>Fase 3. Monitoreo</i>	41
<i>Fase 4. Procesamiento y análisis de la información</i>	41
<i>Fase 5. Evaluación</i>	41
<i>Fase 6. Presentación de resultados</i>	42
ANÁLISIS DE LOS COSTOS Y BENEFICIOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS	44
MONITOREO E INFORMES	45
EVALUACIÓN	46
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS	54

AGRACECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, por acompañarme y enseñarme el significado de perseverar y luchar por nuestros sueños y metas. Agradezco a mis hermanos porque fueron mis primeros compañeros en la vida y quienes siempre han estado conmigo en las buenas y las malas.

A veces el amor puede distraer, pero en mi caso me sirvió de impulso y me brindó la seguridad y apoyo para seguir adelante en cada caída, por ello, Josué gracias porque a pesar de todos mis fallos siempre creíste y confiaste en mí.

Este logro también se lo debo a mi universidad, la casa que me ha formado, quien me acogió y brindó excelentes profesores y profesoras que contribuyeron con mi formación profesional y humana.

Le agradezco especialmente al Dr. Enrique Rodríguez Balam quien más allá de ser mi tutor en este proyecto, ha sido un gran apoyo desde que comencé mi travesía por esta institución. También le agradezco a mis lectores y sínodo, Dra. Norma Pavía Ruz, Dra. Ligia Vera Gamboa, Dra. Gladys Ariza Sosa, y Dr. Miguel Pinkus; por tomarse el tiempo y brindarme su conocimiento para mejorar este trabajo.

Gracias a todas las personas que no he mencionado, pero que estuvieron conmigo en cada discusión, plática, intercambio de opiniones y que me ayudaron a pulir y repensar ideas.

Pero sobre todo, este logro se lo dedico a mi hermosa Hannia quien con su llegada me impulsó a mejorar y me dió la fuerza necesaria para culminar con éxito este proyecto.

INTRODUCCIÓN GENERAL

La hipertensión arterial (HTA) es parte de las enfermedades cardiovasculares de importancia a nivel mundial y un gran reto para las agencias de salud locales y, de acuerdo con un reporte de la OMS (2013) representan la primera causa de muerte en las Américas. Por otro lado, Espinosa Brito (2018) considera que nunca había existido una enfermedad con tantos errores y desaciertos en su tratamiento en la historia de la medicina, así como la dificultad de su identificación oportuna, su adecuada medición, su tratamiento y adherencia al mismo. Pero ¿qué es la hipertensión arterial?; la Organización Mundial de la Salud define a la hipertensión arterial como “un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades” (OMS, 2021). En cuanto a su aspecto más técnico, la HTA es definida como:

“[A]s a systolic blood pressure equal to or above 140 mm Hg and/or diastolic blood pressure equal to or above 90 mm Hg. Normal levels of both systolic and diastolic blood pressure are particularly important for the efficient function of vital organs such as the heart, brain and kidneys and for overall health and wellbeing” (WHO, 2013, pp. 17).

Específicamente, para el caso de la región en las Américas y con relación a la HTA:

“Cada año ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta de la región y significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta” (OPS/OMS, 2021).

Básicamente, el algoritmo de la HTA es el siguiente:

1. Diagnóstico preventivo y evaluación de los factores potenciales de riesgo.

2. Medidas preventivas para evitar que la HTA presente complicaciones en las personas que ya cuentan con un diagnóstico de HTA, o bien, personas que se encuentren en riesgo de padecer dicha enfermedad.
3. Tratamiento farmacológico según prescripción médica.
4. Cambio en el estilo de vida (activación física, mejor alimentación, manejo de estrés adecuado, disminución de prácticas de tabaquismo y consumo de alcohol).
5. Adherencia al tratamiento tanto farmacológico como al cambio en el estilo de vida.
6. Control de la enfermedad en caso de que la persona sea hipertensa.

Aunque estos puntos puedan parecer generales en cuanto a la prevención, atención y control de la HTA, se busca poner de forma sencilla lo que en realidad es un reto para hospitales, familias, y personas que viven con HTA. Pero ¿cuáles son las causas de la HTA? La OMS (2013) define las causas de la HTA tales como la ingesta de alimentos con alto contenido sódico y grasas polisaturadas, el consumo excesivo del alcohol, la inactividad física o el sedentarismo, y un manejo inadecuado del estrés.

Por lo general, todo este impacto que la HTA ocasiona había sido primordialmente relacionada con la población adulta. Sin embargo, se ha venido presentando un incremento de la presión alta en niñas, niños y jóvenes cada día (Lomelí et al, 2008; Rosas-Peralta et al., 2016); por ello, es primordial que se realicen acciones, tanto por las autoridades de salud como por las familias, para evitar que poblaciones más jóvenes padezcan de enfermedades cardiovasculares, afectando con ello la expectativa de vida futura. Aquí, es donde radica el propósito del presente proyecto que busca hacer una aportación en cuanto al trabajo comunitario con adolescentes de edad escolar en el municipio de Mérida, Yucatán.

Para ello, se propone el diseño de una intervención con enfoque participativo que tenga como meta principal el involucramiento del sector juvenil sobre la hipertensión arterial, sus síntomas, los factores de

riesgo que lo generan el cambio en el estilo de vida y la mejor manera de prevenir dicha enfermedad. Es así que se plantea trabajar con población adolescente entre 14 y 18 años de edad a través del uso de actividades participativas que nos permita investigar los conocimientos que tienen sobre dicha enfermedad y que, al mismo tiempo, les permita adquirir conocimiento en torno al tratamiento y prevención de dicha enfermedad, así como de otras enfermedades cardiovasculares asociadas. Todo esto tiene la finalidad de reducir el riesgo potencial de padecer hipertensión arterial a futuro y aminorar la carga socio-económica que dicho padecimiento genera.

PREÁMBULO

¿Es la hipertensión arterial una enfermedad importante?

Este apartado es una reflexión personal introductoria sobre una de las enfermedades cuya relevancia parece no ser clara para varios sectores de la población. Abordar las enfermedades crónicas, con la interrogante ¿cuál era la importancia que dicha problemática puede tener hoy en día en la población, particularmente en jóvenes y adolescentes?

Los primeros hallazgos que encontré cuando empecé a investigar sobre el tema no dejaron de sorprenderme, y esto fue no por el incremento en las cifras de personas que padecen enfermedades como la diabetes, HTA, obesidad, entre otras; sino en la respuesta social en cuanto a la percepción de riesgo sobre ellas. Cabe recalcar que, en las primeras etapas de búsqueda de información, me encontré muy poco sobre estudios de percepción social desde el punto de vista de la población joven e infantil.

Durante este primer acercamiento al tema, indagué con colegas, investigadores, amigos y conocidos sobre las enfermedades crónicas, específicamente acerca de la hipertensión arterial. Y fueron tan variadas las respuestas, por ejemplo, el hecho de que no todos sabían en qué consistía la hipertensión, otros indicaban era un padecimiento más común en adultos mayores, mientras que otras personas referían que es algo que les pasa con mayor frecuencia a las mujeres. A todo esto, lo que más me llamó la atención fue el hecho de que no se percibía a la HTA como una ‘enfermedad’, sino más bien, como un síntoma de otras enfermedades crónicas.

Dicho patrón en las respuestas de las personas que entrevisté exploratoriamente fue constante, así como la clasificación de la HTA como algo pasajero, cuyos cuidados preventivos parecían no ser percibidos como importantes. Razón por lo cual una de las principales preguntas que me surgieron en el planteamiento de tema del proyecto fue: *¿por qué muchas personas tienen esta idea o percepción social*

de la hipertensión arterial es algo que no representa mayor riesgo en la salud de las personas? Es aquí donde quisiera insertar mi proyecto ya que una de las estrategias que se plantea en él consiste en proponer un enfoque participativo que contribuyan a mejorar la prevención y control de la hipertensión arterial. Esto es un reto ya que son varias las estrategias participativas, programas de salud, etc., en materia de prevención de la HTA, o bien no han logrado todo su objetivo del todo o que han fracasado en el intento por hacerlo.

Entonces, ¿cuál sería la lógica de un enfoque participativo para una enfermedad cuya importancia parece no ser relevante para las personas? Por ello, el participar en la Red Latinoamericana de Investigación Multidisciplinaria en Enfermedades Crónicas, bajo la coordinación del Instituto de Medicina Tropical (Amberes, Bélgica), y con la participación de otras instituciones como la Pontificia Universidad Católica de Ecuador, la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia), el Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología (La Habana, Cuba), y la Universidad Autónoma de Yucatán (México); me permitió definir esta temática como trabajo de titulación y se reforzó la necesidad dentro de este grupo de investigación de un estudio acerca de las representaciones sociales en torno a la hipertensión arterial en diversas áreas de todos los países participantes de esta red de investigación.

Durante el proceso de búsqueda de métodos de evaluación y propuestas para mejorar los programas de salud, se observó que la dimensión participativa se ha incrementado como una de las respuestas acertadas. El discurso gubernamental respecto a *lo social es importante y la participación de la gente*, cada vez más frecuentes, se marcan como componentes que deben estar presentes, sí o sí, en cualquier estrategia para la comunicación, educación y prevención de la salud en la sociedad.

Sin embargo, es algo que no está funcionando del todo, o que no se ha realizado de una manera apropiada, ya que las cifras respecto a gente que padece ciertas enfermedades crónicas, como la diabetes e hipertensión arterial siguen en aumento. Lo cual quizá sea necesario replantear cuáles son las debilidades

de las estrategias y por qué no se está cumpliendo su objetivo plenamente. Esto sería difícil de comprobar ya que no existen proyectos formales para la evaluación del impacto social, negativo o positivo, de estos programas que se hagan de forma sistemática y consistente.

Para ejemplificar un poco más la importancia participativa, menciono que otros estudios respecto a enfermedades categorizadas como de países de medianos o bajos ingresos, las infecciosas, con enfoque participativo en programas de control vectorial como el dengue, evidencian resultados insuficientes (Lloyd 1992; Sánchez 2005; Ballenger-Browning 2009). Es decir, las medidas tradicionales parecen ser efectivas, pero limitadas a sus métodos e incluso la opción de inclusión participativa de la población no deja de presentar dificultades desde la planeación y logística, hasta la consideración de los diversos contextos socioculturales donde se aplican dichas intervenciones, a pesar de presentar siempre una buena alternativa que da soporte a las otras estrategias de intervención (Erlanger *et al.* 2008).

La principal característica o diferencia entre las llamadas enfermedades infecciosas como el dengue y las no infecto-contagiosas como las crónicas, es que en cierta medida las últimas tienden a una participación más individual y no son manejadas o percibidas como algo colectivo. Es decir, el número de moscos que transmiten dengue en un área determinada puede requerir una intervención con base en la colaboración vecinal para la eliminación de criaderos de estos insectos (Tapia-Conyer *et al.*, 2012). Para el caso de una enfermedad crónica como la hipertensión arterial no es tan sencillo, porque no a todos les afecta por igual ni directamente este padecimiento. Este contraste entre dimensiones de enfermedades, la consideré relevante para visibilizar un poco el reto de abordar el problema de la hipertensión arterial.

Desde las nuevas perspectivas de investigación, como la genética de la salud, se presenta la alternativa de la medicina personalizada (Ackerman *et al.*, 2013; Hernández *et al.*, 2014). Sin embargo, la metodología funcional para determinados objetivos sería inviable para una medicina personalizada con un

enfoque participativo. La triada sujeto-grupo-sociedad ha sido la base para las estrategias con participación social. Ahora bien, cabe la pregunta de ¿cómo hacerlas más eficientes y viables?

Estudios sobre percepciones sociales de las enfermedades crónicas son muy relevantes, pero el reto es convertir esos resultados en alternativas que puedan lograr ser operativizadas, es decir, que se puedan diseñar estrategias prácticas, aplicadas a la realidad, y que se puedan integrara a programas de salud más grandes. Sin embargo, es común que se presenten ideas erróneas o inexactas de lo que se entiende y define por el concepto mismo de “participación comunitaria”, al grado de otorgarle más agencia y capacidad de compromiso a las personas de lo que en realidad pueden realizar. Por ejemplo, suponer que por el simple hecho de ser para su beneficio, la aceptación y adopción de la intervención se dará de forma fácil y sin la presencia de barreras culturales.

Otro punto importante a considerar para su revisión es que el concepto de “comunitario” que puede llevar implícita una serie de valores de integración social con un objetivo a cumplir en común. Es decir, se pueda suponer erróneamente que lo “comunitario” es símil de trabajo en conjunto y colaboración sin conflicto. Este tipo de esencialismos es lo que precisamente condena una estrategia a un posible fracaso desde el punto de partida. O lo que es lo mismo, otorgarle a la metodología de trabajo un cariz ideológico de “buena voluntad” que por sí misma (o gestionada), deviene en acciones concretas y comprometidas.

Pero ¿cuál sería la importancia de esta exploración inicial? Si bien es claro que ningún método para la prevención y control de enfermedades es eficaz por sí sólo, ni mucho menos por ser “nuevo” debe de sustituir a las formas previas o tradicionales. Mckeown (2009) sostiene que los estudios sociales sobre enfermedades crónicas incorporan nuevas temáticas a ser consideradas, entre ellas algunas que no estaban asociadas con las enfermedades previas a la transición epidemiológica. Es decir, muchas de las estrategias y abordajes a las enfermedades estaban más desarrolladas para atender a enfermedades infecciosas (Ej. el dengue o la malaria), pero no para enfermedades crónicas (Ej. diabetes e hipertensión arterial). Ambas

son dos conjuntos de enfermedades diferentes que requieren de abordajes específicos y en ciertos aspectos diferentes.

Si bien es cierto que las enfermedades crónico-degenerativas se incrementaron drásticamente, ya habían existido incluso durante las etapas de brotes de enfermedades infecciosas. El llamado “estilo de vida”, como un concepto explicativo en el discurso biomédico intentó dar cuenta, en gran medida sobre el porqué de este aumento en la cifra de personas que viven con diabetes, colesterol y triglicéridos, enfermedades coronarias, hipertensión arterial y de más. Es así que, esta enfermedad de “la modernidad” puede presentar aspectos cuya dimensión sociocultural trastoca otros factores tales como la industria de la alimentación, las nociones de estética corporal, las compañías aseguradoras de vida, las transformaciones en el tipo de vida laboral con una alta tendencia al trabajo sedentario, el consumo cultural respecto de los ejercicios físicos promocionados en los medios de comunicación, los cambios en los patrones de alimentación así como el acceso a los recursos energéticos los cuales están al alcance, por mencionar sólo algunos.

A pesar de la diferencia marcada entre las enfermedades transmisibles (ébola, dengue, malaria, etc.), con las crónicas que no son infecto-contagiosas, es quizá una nueva forma de mirar esa “transmisión” la que habría que revisar. Esto es, su dinámica no tanto clínica de transmisión, sino la sociocultural; en cierta medida, enfermedades como la hipertensión arterial son transmisibles en tanto percepciones sociales y prácticas culturales.

Plantearnos la interrogante de **¿si las enfermedades crónico-degenerativas se pueden transmitir?**, abre el panorama para investigar este tema sin caer en el predominio metodológico de la epidemiología. Es decir, tener una mirada desde la perspectiva social de cómo las personas que forman parte de grupos sociales (ejem. familias, escuelas, etc.) pueden influir en forma cómo se aprenden o transmiten cuestiones relacionadas con las enfermedades, la forma de prevenirlas y curarlas.

Aquí la cultura juega un rol fundamental, es decir, esos procesos de incorporación de percepciones sociales y prácticas culturales; la cultura se transmite y aprende mediante complejos procesos de socialización, y lo mismo pasa con los estilos de vida que pueden incrementar la posibilidad de padecer alguna enfermedad crónico-degenerativa como la diabetes o la hipertensión arterial; en cierta medida, las personas aprenden desde pequeñas a padecer enfermedades crónicas (Seeberg, 2020). Por otro lado, recientes estudios han ido demostrando que estamos genéticamente más propensos a ciertas enfermedades metabólicas y los comportamientos de riesgo terminan por aumentar la posibilidad de padecer diabetes en un futuro (Biden et al 2004; Borg et al. 2001; Brunham et al 2010). Entonces, tenemos dos aristas, por un lado, la naturaleza programada por herencia biológica y, por el otro, las normas sociales programadas por herencia cultural. En este entronque, se debe pensar en estrategias que sean atinadas y, como se mencionó anteriormente en cierta medida, operativas para la prevención y el control de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial.

Ante esto se presenta el reto de la “rapidez”¹ con la que se puedan hacer los estudios que permitan conocer las bases sociales y culturales para posteriormente desarrollar estrategias en la aplicación de programas de prevención y comunicación de la salud. Por lo regular, la participación de las ciencias sociales en proyectos transdisciplinarios como los de salud, tienen limitado el tiempo para desarrollar sus investigaciones. Es decir, los periodos de trabajo de campo difieren en extensión ya que, en las ciencias sociales suelen ser mucho más extensos que en estudios denominados observacionales en el campo de la epidemiología, por mencionar un ejemplo. Este aspecto limita no sólo la riqueza de datos que no podrán ser recolectados, sino las propuestas más *ad hoc* a las condiciones que se están necesitando.

¹ Existen las llamadas evaluaciones rápidas que se realizan previo a intervenciones en salud con el objetivo de recolectar datos concretos que sirvan de estudio basal para identificar barreras y oportunidades que ayuden a rediseñar el modelo de la intervención a implementarse.

Es así que, una intervención con investigación sin mayor profundidad deviene en poca adecuación de contenidos estratégicos a las condiciones reales en las cuales se realizará tal o cual la implementación de los programas para la atención de alguna enfermedad. Entonces, ¿cuál es la relevancia de esta discusión como preámbulo para el tema de la hipertensión arterial? La respuesta de partida es algo común para las ciencias sociales como para las ciencias biomédicas; sin embargo, la diferencia radica en que las primeras tienen presente la amplia dimensión que esto puede llegar a abarcar respecto de los diversos factores sociales, culturales, políticos, económicos, etc.; mientras que la segunda, por lo general, tiene una perspectiva un poco más instrumentalista, más práctica quizá, y enfocada a rubros específicos que obedecen premisas epidemiológicas o salubristas, y que no siempre consideran otros aspectos contextuales ya que, por ende, el diseño de su enfoque es diferente. Esto no le quita mérito, pero sí limita el aporte que las disciplinas de las ciencias sociales pueden generar.

Entonces, **¿es importante la hipertensión arterial o no?** La respuesta que preliminarmente puse vislumbrar y trabajar es tan básica y demasiada relevante para tomarla en cuenta. Es decir, La HTA como problema de salud pública sí es muy importante (macro-esfera social), pero parece tener poca relevancia a nivel de unidad doméstica, o, más concretamente, a nivel individual (micro-esfera social). Es por ese motivo que aparentemente los intereses de las instituciones de salud parecieran no ser los mismos que las de la población. Luego, entonces, **¿cómo pensar una estrategia participativa teniendo en cuenta estos escenarios de negociación social?**

Como resultado de mi investigación puedo constatar que, al igual que las estrategias de prevención y control vectorial, en el campo de las enfermedades crónicas también están limitadas a su método. Sin embargo, una cosa es reconocer este problema y verlo como un reto a superar y otra muy diferente es entrelazar estrategias para una meta en común. Aquí las teorías de cooperación y organización podrían

arrojarnos pistas valiosas, pero es en la operatividad de protocolos de trabajo en conjunto donde siempre se derrumba cualquier planificación.

Podríamos empezar, por preguntarnos **¿para quién o quiénes es importante la hipertensión arterial? ¿Quién o quiénes dicen por qué debe de plantear la interrogante de su importancia? ¿quién o quiénes ganan en este rubro? ¿Existe algún nivel de importancia definida por objetivos que puedan tener algo en común y, por supuesto, agendas diferentes?** Estas serían algunas de tantas preguntas que podríamos plantearnos, sobre todo, los cuestionamientos “incómodos” que si bien son muy comunes en las ciencias sociales (y donde se cuenta hasta con herramientas para el diálogo o debate), en las ciencias biomédicas esto no es el caso. Como bien comenta Menéndez (1990) sobre la relativa normalidad de que un científico social estudie a un médico por diversos objetivos, pero un médico sólo estudiaría a un científico social por motivos de salud y por ninguna otra razón.

A) FASE DIAGNÓSTICA

La hipertensión arterial: causas y efectos

La Hipertensión Arterial es definida por la Organización Mundial de la Salud como un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, esto significa que el corazón tiene que hacer mucho más esfuerzo para bombear la sangre a través de nuestro cuerpo (WHO, 2021).

Uno de los principales problemas de esta enfermedad es su diagnóstico, debido a que en su etapa temprana no siempre presenta sintomatología muy clara lo cual dificulta su detección oportuna y esto en ocasiones trae como consecuencia en etapas más avanzadas complicaciones cardiovasculares, insuficiencia renal, daño en órganos blancos, entre otras muchas complicaciones que pueden resultar incapacitantes si no son atendidas adecuadamente (Espinosa-Brito, 2018). Esto sumado a la práctica de las personas a tomarse o permitirse tomarse la presión con cierta regularidad, como actualmente se viene haciendo en varios centros de salud a manera de rutina o incluso en espacios públicos mediante agentes de salud ya sea de ONG's u otro organismo público y empresarial.

Según las cifras publicadas por la OMS en el texto *Información general sobre la hipertensión en el mundo en el año 2013*, las enfermedades cardiovasculares son las culpables de 17 millones de muertes por año a nivel mundial, de las cuales 9.4 millones son causadas por la HTA (WHO, 2013). En el caso de América, la Organización Panamericana de la Salud PAHO dice que 1.6 millones de personas mueren anualmente a causa de enfermedades cardiovasculares, y según sus datos la hipertensión arterial afecta a entre el 20 y el 40% de la población adulta, en otras palabras, en las Américas la HTA afecta a 250 millones de personas aproximadamente (PAHO, 2020).

En México, durante las dos últimas décadas, la HTA ha estado dentro las primeras causas de muerte y en los últimos 6 años ha aumentado el 29.9 % de mortalidad (Campos-Nonato et al., 2017). Las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en un problema de salud pública mayor ya que ha alcanzado cifras alarmantes en cuanto al incremento de padecimientos asociados a estas.

Por otro lado, la Diabetes Mellitus, el sobrepeso y/u obesidad también se han incrementado y esto obedece a cambios a nivel global que han modificado los estilos de vida de las personas tanto en su alimentación como en su actividad cada vez más sedentaria. Adicionalmente, la característica “escasez” de alimentos que era algo bastante común en tiempos pasados y menos industrializados ha cambiado de forma acelerada. Ahora, en muchos sectores de la sociedad tenemos una sobreabundancia de ciertos tipos de alimentos o por lo menos el acceso a estos (Brown 2009), y cuyo valor nutricional es bajo y con potencial riesgo para la salud a largo plazo. El problema no es esta apertura a nuevos productos, sino el tipo de componentes de la “comida moderna”. Esto es: azúcares, grasas polisaturadas, la sal en la preparación de alimentos, y la sal en los conservadores que tienen la comida enlatada, entre otros.

La hipertensión arterial, como parte de este conjunto de factores metabólicos, entró a escena, pero pareciera presentar retos y problemáticas para una atención adecuada. El principal problema que presenta la HTA es la falta de un diagnóstico oportuno, es decir: 1) es frecuente que las personas ignoren que están en riesgo de desarrollar presión alta, ya sea por factores genéticos o epigenéticos; 2) otras desconocen los síntomas de alarma que indican un estado de pre-hipertensividad por la cual deben acudir a consulta médica; 3) otro conjunto, que igualmente ignora o desconoce estos síntomas, pero que ya tiene la enfermedad tampoco acude al médico. Lo mencionado es en gran medida el panorama mundial de individuos propensos o hipertensos, ya que no son diagnosticados a tiempo (Pragna et al, 2017; Ordunez et al., 2015). Lo consecuente es que ya no serían un problema de atención a nivel primario, sino secundario

y esto es, que la persona-no-diagnosticada entra al grupo de atención de la enfermedad cuando se pudo haber prevenido la misma.

Dicho de otro modo, esta deficiencia en el diagnóstico oportuno debido a la falta de asistencia a servicios de salud, ha generado un panorama en el cual se incrementa el número de gente hipertensa que pudo haber evitado entrar en el ciclo de las enfermedades crónicas. Esta es la razón por la cual a la hipertensión arterial se le nombra como: “enfermedad silenciosa”.

Si situamos contextualmente el problema, tenemos que existen factores de riesgo que contribuyen a que el estilo de vida de las personas poco a poco vaya por la senda de la HTA. La OMS identifica los siguientes factores: antecedentes hereditarios, incremento de la vida sedentaria, consumo de grasas polisaturadas, consumo excesivo de sodio, tabaquismo, ingesta de alcohol y la inactividad física (OMS, 2013, pp.18). Podemos ver que la mayoría son factores de riesgo de índole social y cultural ya que en cierta medida son aprendidos por los individuos insertos en una sociedad en donde tienen, por ejemplo, determinadas prácticas alimentarias, tendencia al consumo de bebidas azucaradas o alcohólicas, contextos familiares en donde es común el consumo del tabaco, tipo de actividad laboral sedentaria, por mencionar algunos. Para contrarrestar estos factores, se han desarrollado distintas estrategias con los más variados enfoques, pero las cifras de hipertensos continúan aumentando, alcanzando (como es el caso de la obesidad) a población más joven.

Entonces, la pregunta fundamental que nos podríamos plantear sería: **¿cómo facilitar este proceso de diagnóstico oportuno?** y, a su vez, **¿cómo promover la atención de los factores de riesgo asociados a la HTA mencionados?** Los enfoques participativos, han sido una alternativa para el involucramiento de la población beneficiaria de los programas de salud (Caballero et al., 2016; Sanabria-Ramos, 2004; Grilli-Silva et al., 2015). Sin embargo, se han presentado ciertas barreras y dificultades para implementar de forma sostenida debido a múltiples factores contextuales, políticos, financieros y culturales.

La presente propuesta de proyecto de intervención considera que la participación de las personas continúa siendo un elemento clave para el mejoramiento de programas de prevención de enfermedades como la HTA. Sin embargo, cabría aclarar unos puntos: 1) la estrategia participativa NO es un sustituto de los otros mecanismos que puedan ser utilizados; 2) pero tampoco debe ser vista simplemente como complementaria, ya que tiene elementos clave muy importantes que deben ser considerados para que las medidas preventivas sean integrales; 3) todo enfoque participativo debe contemplar una estructura de seguimiento más que de intervención sincrónica y sin continuidad; 4) y finalmente, dicho enfoque debe de contar con la aprobación no sólo de la comunidad involucrada, sino de las instituciones de salud.

META DEL PROYECTO

La meta general a largo plazo en este proyecto es identificar otro tipo de abordaje para apoyo en los programas de prevención de las enfermedades cardiovasculares, que tome en cuenta las diversas problemáticas y retos a los que se han venido enfrentando para la reducción de enfermedades como la hipertensión arterial, tales como el desconocimiento de la HTA, identificar los síntomas, la importancia del cambio de estilo de vida y la adherencia a los tratamientos idóneos tanto para la prevención como el control de la hipertensión arterial.

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un modelo de intervención participativo en población juvenil entre 14 y 18 años de edad que les permita adquirir los conocimientos en torno a los síntomas, factores de riesgo, y cambios en el estilo de vida sobre la hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares asociadas, para reducir el riesgo potencial de padecer hipertensión arterial a futuro y la carga socioeconómica que dicho impacto genera.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar los conocimientos que la población objetivo tienen sobre la hipertensión arterial.
2. Identificar los factores de riesgo que la población joven asocia a la HTA.
3. Conocer el impacto percibido que los jóvenes tienen respecto de la HTA en sus vidas cotidianas.
4. Definir los elementos clave necesarios, basados en el diagnóstico de base previo, para el diseño de un modelo de intervención participativo que contribuya a la prevención de la HTA.

5. Planificar un modelo de intervención construido a manera de propuesta participativa que tome en cuenta a las personas y el contexto donde se llevaría a cabo. Esto es, un escalamiento intercultural que tome en cuenta no sólo a los grupos objetivo y el marco social en donde se insertan, sino a la diversidad de otros grupos sociales con los que se relacionan (familias, escuelas, amigos), las diferentes prácticas que presentan en torno a la HTA y a la salud en general, y los múltiples conocimientos y saberes aprendidos en entornos físicos, como virtuales.

B) FASE DE EJECUCIÓN

Participantes en el proyecto

Área, población y criterios de participación

Este estudio-proyecto se realizará en el sur de la ciudad de Mérida en escuelas secundarias y preparatorias, ya que es en este tipo de instituciones en donde se encuentra población y espacios más idóneos para ejecutar una intervención. Así mismo, allí se encuentran organizaciones no gubernamentales que ya trabajan con jóvenes en varios programas y con las que se podría establecer una labor colaborativa. La primera instancia será un acercamiento a las autoridades pertinentes y solicitar su apoyo para realizar diversas actividades, las cuales se describirán más adelante. Los criterios de participación propuestos serían los siguientes:

1. Jóvenes estudiantes del área de estudio entre 14 y 17 años con o sin familiares diagnosticados con HTA.
2. Que sus padres o tutores otorguen su consentimiento para que dichos jóvenes formen parte del estudio.
3. Adicionalmente, las o los jóvenes cuyos padres hayan dado su consentimiento, deberán de dar su asentimiento para formar parte del proyecto.

Recursos

Tabla 1. Recursos humanos para la ejecución del proyecto.

En este apartado se describen los recursos humanos requeridos para llevar a cabo las actividades que permitan alcanzar las metas y objetivos planteadas en este trabajo, el personal se dividió en dos grupos

basados en sus áreas de conocimiento que son la parte clínica conformada por médicos, enfermeros y nutricionista y por otro lado la parte social conformada por antropólogo, sociólogo, gestor intercultural y trabajador social.

<i>Área de conocimiento</i>	<i>Profesión</i>	<i>No.</i>	<i>Justificación</i>
<i>Clínica</i>	Médico/Enfermero	2	Cuando se trabajan temas de salud es importante involucrar a personal experto en la enfermedad a estudiar, por lo que se requieren médicos y/o enfermeros que puedan apoyar con la parte clínica de la investigación. Con eso nos referimos a la información se proporcionará sobre la sintomatología y el control de la HTA.
<i>Clínica</i>	Nutricionista	1	Cuando hablamos de enfermedades no transmisibles, la alimentación juega un papel primordial, esto significa que contar con un profesional en nutrición que apoye con la parte de hábitos alimenticios.
<i>Social</i>	Antropólogo, sociólogo, gestores interculturales.	2	Puesto que este proyecto tiene como objetivo crear una propuesta de intervención social, es de suma importancia trabajar con profesionales que se encarguen de investigar sobre las determinantes sociales que obstaculizan el mejor control de dichas enfermedades, así como encontrar posibles soluciones o nuevas directrices para abordar el tema.
<i>Social</i>	Trabajador social	2	Los Trabajadores sociales están especializados en el trato con las personas desde una ¿perspectiva diferente? precisamente por su formación, por lo que tenerlos nos ayudará a transmitir mejor la información a la población objetivo.

Tabla 2. Recursos materiales para la ejecución del proyecto.

A continuación se detallan los recursos materiales que requerimos para poder llevar a cabo las actividades planteadas, esto lo dividimos de dos formas equipo clínico que requiere el personal de salud y los recursos materiales que requiere el equipo social

<i>Recursos</i>	<i>Justificación</i>
Equipo clínico	
<i>Equipo medición de presión</i>	Se realizarán ejercicios de medición de la presión arterial, del peso y talla, esto con el objetivo no solo de medir el conocimiento que se tiene sobre la presión arterial alta, sino de igual forma para transmitir a los jóvenes y al personal de las escuelas participantes información sobre la sintomatología y detección oportuna de esta enfermedad.
<i>Básculas</i>	
<i>Cintas métricas</i>	
Recursos materiales	
<i>Grabadoras voz</i>	Este equipo es necesario para el desarrollo de las encuestas, entrevistas y talleres. De igual forma es necesario adquirir un software que en el presupuesto se plantea MAXQDA, este con la finalidad de facilitar la categorización y el análisis de la información que se obtenga.
<i>Computadoras</i>	
<i>Impresoras</i>	
<i>Toners</i>	
<i>Softwares</i>	
<i>Papelería</i>	

Retos para el desarrollo del proyecto

1.- Captar interés de la población objetivo masculina

En proyectos o estrategias de intervención de la salud es común se trabaje con mujeres, sin embargo, es muy difícil captar la atención de la población masculina. Esto puede deberse a muchos factores como nos explican en el texto *Género y salud. Una introducción para los tomadores de decisiones* (CNEGSR, 2005), en él se manifiesta que el género aunado a otros aspectos como las desigualdades sociales, la pobreza, disimilitudes de etnia y de clase, entre otras, repercuten de forma directa sobre la salud de hombres y mujeres. Puesto que estas mismas inequidades intervienen directamente en el acceso y las condiciones a los servicios de salud.

En otras palabras y citando textualmente el escrito anteriormente mencionado:

“... las inequidades tienen repercusiones directas sobre las condiciones y el acceso a la salud: la diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad distinta y específica para la salud de hombres y mujeres a lo largo de su ciclo vital” (CNEGSR, 2005, pp.18).

Por tal motivo nuestras tareas, obligaciones y responsabilidades están definidas por los roles de género nos son asignados socialmente, esto condiciona nuestra participación para este caso específicamente en el cuidado de la salud. Para ejemplificar, cuando se habla de *enfermedad-cuidados* en el hogar esto es un rol asignado a la mujer, mientras que al hombre se le asigna el proveer el recurso para el bienestar del hogar incluso anteponiéndolo al cuidado de su propia salud. El objetivo de esto consiste en resaltar la importancia de la intervención de hombres y mujeres en cuanto a la atención de la salud, puesto que el éxito o fracaso de muchas medidas implementadas por las instituciones de salud depende de la participación, adherencia y el seguimiento que los usuarios le dan al cuidado de su salud.

La población joven está inserto desde su nacimiento en un proceso de socialización respecto de los roles de género. Por tal razón, es más que importante el que se fomente en ellas y ellos el interés por atender una de las enfermedades que puede llegar a tener un impacto bastante negativo en sus vidas futuras, tanto en lo económico, como en lo familiar, en sus estilos de vida, y todo el proceso de cuidado y pérdida de la salud que esto conlleva.

2.- Obtención de la información

En una investigación cualitativa siempre se corren muchos riesgos a la hora de la recolección y el procesamiento de los datos, esto debido a su misma naturaleza subjetiva. Por tal motivo, es de suma importancia el cuidado que se debe tener a la hora de extraer la información para su posterior procesamiento, con esto me refiero a que el personal encargado de los trabajos de recolección de datos en campo esté capacitado para no interferir en las opiniones o conocimiento que la gente expresa del tema, así como a no coaccionarlos o predisponerlos a darnos la respuesta deseada. Para esto, es necesario sean capaces de conducir la entrevista sin expresar opiniones o juicios de valor, al mismo tiempo deben ser

capaces de guiar la entrevista y de transmitirle confianza a la población objetivo para lograr que estos se expresen de la manera más sincera en cuanto lo que conocen o creen sobre la HTA.

Otro aspecto importante es la sobrecategorización de la información obtenida, en investigaciones dentro campo biomédico es común se saturan categorías y de esa forma van obteniendo sus datos, sin embargo, en las ciencias sociales la investigación cualitativa no funciona de esa forma, por tal motivo será necesario definir claramente las categorías de acuerdo con los objetivos planteados.

3.- Captación y distribución de recursos financieros

En todo proyecto, uno de los principales obstáculos es la captación de recursos no únicamente financieros sino de igual forma humana y/o material. Este es un reto difícil, sin embargo, no es imposible. Existen diversas instituciones públicas y privadas, así como, asociaciones y/u organizaciones que otorgan recursos para proyectos de esta índole.

Por otra parte, el distribuir los recursos obtenidos puede volverse un problema debido a que en ocasiones es necesario priorizar actividades y esto puede limitar los recursos para la realización de otras que, aunque son importantes pueden lograrse de forma más lenta y económica y esto en grupos de trabajo multidisciplinarios puede traer inconformidades.

Para el presente proyecto, el presupuesto se divide en cuatro secciones:

Recursos Humanos: Sin duda es una parte primordial para este proyecto, puesto que son el pilar que ejecutará las actividades planteadas y por ese motivo es el rubro en donde se solicita más recurso, ya que se plantea contratar profesionales en el ámbito tanto de las ciencias sociales como del área de salud que garantizarán que logremos alcanzar los objetivos planteados.

Tabla 3. Información sobre los recursos humanos para el proyecto

Recursos humanos					
Concepto	Tipo de recurso	Tipo de unidad	No. profesionistas contratados	Costo mensual Total	Costo anual Total
Contratación de recursos humanos	Sueldo a profesionistas	Jornada mensual	8	\$ 68,000.00	\$ 816,000.00

Recursos materiales: Estos recursos son principalmente para los talleres y la aplicación de las entrevistas.

Tabla 4. Información sobre los materiales requeridos.

Concepto	Tipo de recurso	Tipo de unidad	Unidad	Costo anual Total
Compra de material	Recurso talleres y encuestas	N/A	N/A	\$ 31,800.00

Recursos operativos: Este tipo de recurso abarca la ayuda de movilidad y transporte del equipo de trabajo, de igual forma en este rubro están incluidas las impresiones y fotocopias del material se usará en los talleres y en las encuestas.

Tabla 5. Información para la operación del proyecto.

Recursos operativos					
Concepto	Tipo de recurso	Tipo de unidad	No. profesionistas contratados	Costo mensual Total	Costo anual Total
Recurso para la operatividad	Apoyo movilidad, impresiones y fotocopias	Jornada mensual	N/A	\$ 5,000.00	\$ 60,000.00

Recursos del proyecto: En este apartado se exponen los recursos con los que el proyecto cuenta y está dispuesto a colaborar para el desarrollo del mismo.

Tabla 6. Información sobre diversos recursos adicionales requeridos.

Concepto	Tipo de recurso	Tipo de unidad	No. profesionistas contratados	Costo anual Total
Recursos varios	Mobiliario y equipo para talleres y análisis de información	N/A	N/A	\$ 168,600.00

A continuación se presenta el presupuesto solicitado desglosado:

Tabla 7. Desglosado del presupuesto total requerido para el proyecto

4.- Manejo de equipo de trabajo multidisciplinario

Trabajar en conjunto con otras disciplinas enriquece las propuestas en el ámbito de la investigación en general, puesto que nos nutre de diferentes enfoques y puntos de vista sobre un tema, sin embargo, en algunas ocasiones es difícil trabajar con grupos multidisciplinarios. La importancia radica en que un fenómeno de estudio siempre es multifactorial, y nunca es lineal, por eso cada vez se hacen más relevantes las aproximaciones multidisciplinarias, se busca la mayor eficacia, conlleva conocimiento. En experiencias pasadas pude darme cuenta de que, si bien es una gran ventaja ya que se cubren la mayoría de las necesidades de un proyecto, esto puede convertirse en una amenaza si no hay una verdadera disposición para trabajar entre los diferentes grupos de conocimiento. Por esta razón es de inmensa importancia llevar una relación respetuosa y armoniosa a la hora de expresar opiniones e ideas desde los diferentes puntos de vista de las disciplinas involucradas, así como una buena mediación en la de toma de decisiones.

Por ello, en cuanto al manejo de equipo para el presente estudio, se propone un esquema de colaboración horizontal en la cual se permita el trabajo en conjunto sin la asimetría profesional que muchas veces se puede presentar en proyectos de esta naturaleza. Los siguientes puntos son vitales para considerar:

- Definir roles y cargos correspondientes a los perfiles profesionales.
- Diseñar e implementar canales de comunicación entre los miembros del equipo que faciliten la operación del proyecto.
- Formar un comité multidisciplinario que pueda supervisar y evaluar de forma colaborativa los avances de cada sección profesional del proyecto.
- Diseñar e implementar un sistema de monitoreo para la atención y resolución de conflictos entre los miembros del equipo del proyecto.

5.- *Sustentabilidad social, económica, política, y cultural*

Uno de los principales retos para la mayoría de los proyectos de intervención es que tales propuestas puedan mantenerse no sólo a corto, sino también a mediano y largo plazo, si fuera el caso necesario. Para el presente proyecto, se propone ciertos componentes de la sustentabilidad como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 8. Matriz de sustentabilidad

<i>Sustentabilidad</i>	<i>Descripción</i>
<i>Social</i>	El involucramiento de la comunidad funge como un factor importante ya que sus miembros son el principal componente de capital social-humano que acepta, apropia, resignifica, critica, ejecuta y promueve la intervención.
<i>Económica</i>	La consideración de fuentes de financiamiento es fundamental para la ejecución y mantenimiento de la intervención. Sin embargo, también las distintas formas de sustento mediante otros insumos materiales locales, diferentes a recursos monetarios, son importantes ya que no sólo enriquecen formas de colaboración económica, sino de cohesión social.
<i>Política</i>	La voluntad política de las instituciones gubernamentales funge como un actor social clave para que se faciliten recursos, financiamiento, herramientas, personal, promoción de la intervención, y garantía de que la intervención puede continuar y trascender periodos de gobierno.
<i>Cultural</i>	Los contextos, prácticas y percepciones específicos deben ser considerados para que la intervención sea <i>ad hoc</i> , más que una mera imposición de modelos de intervención. Es decir, se debe de tomar en cuenta los aspectos culturales locales para que la intervención pueda ser viable y efectiva.

El éxito en términos de sustentabilidad puede darnos un panorama viable para que las intervenciones sean consideradas para replicar en otros contextos y se escale efectivamente, adaptado obviamente a nuevas realidades contextuales y procesos. Cómo lograr que este proyecto sea sostenible no

sólo a corto sino también a mediano y largo plazo; la replicabilidad del enfoque en otros lugares y su escalamiento es el verdadero reto.

Estrategias posibles

Debido a la complejidad del proyecto se contemplan dos posibles enfoques posibles para lograr alcanzar los objetivos planteados, mismos que se describen a continuación.

Enfoque ecosalud

El enfoque ecosalud (ECOSALUD) tiene sus orígenes en el abordaje denominado en inglés One-health, cuya iniciativa primordial se fundamenta en dejar de ver a la salud humana, animal y ambiental como entidades aisladas y empezar a abordarla como un todo completo, sistémico e interrelacionado, dicho de otra forma:

“Los enfoques ecosistémicos para la salud (o investigación de ecosalud) conectan formalmente las ideas relativas a los factores ambientales y sociales determinantes de la salud con aquellos de la ecología y pensamiento sistémico en un marco de investigación-acción que se aplica principalmente dentro de un contexto de desarrollo social y económico. Los enfoques ecosistémicos para la salud se focalizan en la interacción entre las dimensiones ecológica y socioeconómica de una situación dada, y su incidencia en la salud humana, así como también en cómo las personas usan o impactan los ecosistemas, las implicaciones con respecto a la calidad de los ecosistemas, la provisión de servicios de los ecosistemas y su sustentabilidad. Ecosalud también se refiere a un campo de investigación, educación y práctica en crecimiento a nivel internacional que integra varias escuelas diferentes de pensamiento” (Charron,2013. pp. 36).

Este paradigma, se fue desarrollando y fortaleciendo posteriormente, actualmente este enfoque se basa en el desarrollo de 8 pilares de ecosalud.

Tabla 9. Características enfoque ecosalud.

	<i>Pilar</i>	<i>Descripción</i>
1	<i>Perspectiva ecosistémica</i>	Consiste en considerar el abordaje desde un punto de vista holístico que tome en cuenta la mayor cantidad de aristas que conforman la complejidad de un sistema interrelacionado entre sus partes.
2	<i>Transdisciplina</i>	Está constituido por equipos de expertos de varias disciplinas que generan e integran nuevos marcos lógicos, métodos e instituciones; tales como la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud del Estado de Yucatán.
3	<i>Equidad social</i>	Considera implementar una intervención que sea inclusiva en todos los estratos sociales humanos, que no se privilegió a grupos hegemónicos en detrimento de los más vulnerados. Es así como la ejecución del proyecto tome en cuenta distintos puntos de vista provenientes de todos los grupos sociales de interés para el problema por el cual se quiere implementar una intervención.
4	<i>Equidad de género</i>	Analiza y toma en cuenta las diferencias de género y cómo los individuos cooperan, dividen y controlan los recursos
5	<i>Participación social y comunitaria</i>	Se consideran dos rubros: en la participación comunitaria que los beneficiarios de las intervenciones pueden influir y participar en las iniciativas de desarrollo y sobre todo en el proceso de toma de decisiones. Esto, con miras al empoderamiento y control sobre los recursos que impacta positiva o negativamente sus propias vidas; en la participación social, se integra a las instituciones sociales que coadyuven a alcanzar los objetivos planteados para una intervención.
6	<i>Traducción y gestión del conocimiento.</i>	Todo el conocimiento científico generado deberá traducirse en términos de un entendimiento social que tome en cuenta los diferentes contextos y actores sociales que participan en una intervención.
7	<i>Desarrollo sustentable.</i>	El desarrollo óptimo de las intervenciones con enfoque ecosalud, buscan que se pueda tener un desenvolvimiento sustentable a corto, media y largo plazo.
8	<i>Escalamiento</i>	Finalmente, toda intervención con enfoque ecosalud que demuestre su efectividad puede escalarse para que se reproduzca en otras comunidades o grupos de interés, tomando en cuenta los diversos contextos socioculturales.

Enfoque vinculación comunitaria

Un aspecto importante por considerar es saber qué entendemos por comunidad. Existe una amplia tradición en las ciencias sociales sobre este concepto, pero para el presente proyecto, se hará uso de un abordaje más bien operativo de comunidad. Esto es, comunidad entendida como un grupo social al cual va dirigida la intervención y que está formado por la cohorte (jóvenes), el personal docente, y los padres y madres de familia involucrados en el proyecto; dicha comunidad estará en función de los objetivos del proyecto, así como los beneficios del mismo. Cabe mencionar que dicho grupo también está integrado por otros grupos o sub-grupos tales como la comunidad estudiantil, el cuerpo docente, la asociación de padres y madres de familia, y el equipo de intervención. Todo ello es importante para poder abordar el tema de la vinculación comunitaria.

El enfoque de Vinculación Comunitaria al que me refiero es el desarrollado por el Center for Disease Control and Prevention y ha sido aplicado a varios proyectos en el área de la salud. Al igual que el abordaje ecosalud mencionado, este enfoque presenta igual sus pilares principales que se describen a continuación (CTSA, 2011; Briseño 2014).

A) Antes de iniciar la vinculación comunitaria:

- Garantizar que los objetivos y metas de la intervención sean del interés de la población objetivo que se busca participe.
- Conocer el contexto social, político, cultural estructuras de poder, normas valores, patrones demográficos, historia y experiencias de la comunidad objetivo con otras intervenciones.

B) Para que la Vinculación comunitaria se genere es necesario lo siguiente:

- Establecer vínculos de confianza con las autoridades formales e informales y buscar en la comunidad organizaciones y líderes que puedan generar el proceso de movimiento en la comunidad *per se*.
- Es importante tener siempre presente que la autodeterminación colectiva es una responsabilidad y un derecho de todas las personas que pertenecen a una comunidad, más que algo determinado o definido por agentes externos.
- La vinculación cooperativa con la comunidad es algo fundamental para generar un cambio y una mejora en la salud de la comunidad.
- Todos los aspectos de la vinculación comunitaria deben de ser reconocidos y respetados. Es importante tener en cuenta que la particularidad cultural de una comunidad objetivo puede afectar, ya sea positiva o negativamente la planificación de la intervención, su diseño, y la implementación de la intervención para involucrar participativamente a la comunidad.
- La vinculación comunitaria deberá ser sostenible teniendo como base las capacidades, fortalezas y recursos de la comunidad para la toma de decisiones y sus respectivas acciones.
- Toda la intervención, deberá ser lo suficientemente flexible para aceptar los cambios que se tengan que realizar al diseño del proyecto.
- La colaboración comunitaria requerirá como parte importante, el compromiso para mantener su vinculación participativa entre todas las partes y socios de la intervención.

La vinculación comunitaria reconoce que nuestros comportamientos sociales y nuestro estilo de vida tienen incidencia en nuestros padecimientos de salud, por lo que considera que la salud está determinada socialmente y por esa misma naturaleza social, los problemas de salud se podrían resolver

haciendo participar de forma más activa a la comunidad, logrando así que ésta aporte sus perspectivas, conocimientos y nociones de dicha problemática, basándola en la vida que se lleva en la comunidad.

El libro Principios de Vinculación comunitaria, define a esta como:

“[E]l proceso de trabajar colaborativamente con y a través de grupos de personas afiliadas por su proximidad geográfica, intereses especiales o situaciones similares para hacer frente a circunstancias que afectan el bienestar de esas personas. Es una herramienta poderosa para producir cambios ambientales y de comportamiento que mejoraran la salud de la comunidad y de sus miembros. A menudo requiere de asociaciones y coaliciones que ayudan a movilizar recursos e influir sobre los sistemas, modifican las relaciones entre socios y sirven como catalizadores para modificar políticas, programas y prácticas” (CDC, 1997, pág. 9; en Principios de vinculación comunitaria segunda edición, 2011 pág. 7).

En este sentido es muy importante rediseñar las estrategias de atención médica enfocándolas más en la vinculación con la comunidad, puesto que dicho concepto funda sus principios en la equidad, la justicia, el empoderamiento, la participación y la autodeterminación de las comunidades en cuanto a sus problemáticas de salud (Principios de vinculación comunitaria, pág. 22, 2011). Si trasladamos esto al contexto de la Hipertensión Arterial, son principios necesarios para un mejor control de la enfermedad y así evitar que lleguen a un estado crítico los pacientes diagnosticados con HTA.

Es claro que la vinculación comunitaria (en adelante, VC) no es algo fácil de lograr, puesto que la intención no basta y mucho menos asegura la participación de la comunidad, motivo por el cual es de suma importancia se establezca una buena comunicación entre las instituciones encargadas de los programas enfocados en la HTA y la comunidad con la finalidad de hacerle entender a esta última la importancia de su participación para el mejoramiento de la atención en este caso de la HTA.

Estrategia elegida

Considero que las dos estrategias planteadas, VC y ECOSALUD, tienen fuertes elementos que pueden potenciar mi propuesta a desarrollar. Sin embargo, dada la naturaleza de la intervención, así como el diseño de la misma, considero que el enfoque vinculación comunitaria sería el más idóneo por varias razones.

A diferencia de VC, ECOSALUD tiene antecedentes en enfoque Ecosistémico, mismo que es derivado del enfoque One Health (Una-salud). Esta trayectoria transformativa permitió mejorar un tipo de modelo cuyo abordaje fue cada vez más inclusivo socialmente, transdisciplinario en saberes, abarcativo en paradigmas sobre todo los orientados a la relación entre el ser humano y el medio ambiente.

Si bien ECOSALUD tiene como uno de sus ejes centrales el trabajar con enfermedades zoonóticas, y por ende la importan medular de considerar la interacción del medio ambiente con el ser humano relaciones bióticas (Cheroni et al 2010), son sus pilares los que considero de utilidad que pudieran orientar mi propuesta.

Unas de las primeras consideraciones fundamentales de ECOSALUD es ser crítico con la definición biologicista y tradicional de “la salud”. Esto es, biologicista unicausal que se enfocaba en los aspectos que resaltaban que las enfermedades son causadas por algún patógeno. Tal postura no considera otros factores externos para abordar o definir el concepto mismo no sólo de salud, sino de enfermedad; es decir: la salud era la ausencia de enfermedad y la enfermedad era la falta de salud. Aquí es donde la dimensión de relaciones bióticas se buscó presentarla en términos de que para hablar de salud-enfermedad, es la interacción de agentes y aspectos multicausales pudieran dar una visión más integradora.

Sin embargo, todo el historial de dicho enfoque ha estado orientado a tratar con enfermedades transmitidas por vector, esto es, enfermedades zoonóticas. De ahí la importancia de la relación humano-medio ambiente. Si bien sus pilares pueden aportar demasiado para el abordaje de las enfermedades

crónicas, aún no es claro de qué manera esto pudiera suceder. Uno de los aspectos clave pudiera ser el binomio medio-ambiente y alimentación, es decir, los sistemas de producción de alimentos dado que uno de los factores importantes de las enfermedades crónicas son las prácticas alimentarias.

Finalmente, la propuesta de ECOHEALTH tiene su meta situada en otras esferas de acción en las cuales no se contemplan las principales problemáticas de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial. Uno de los principales puntos en común con el abordaje de Vinculación participativa es el mismo aspecto de involucrar a la comunidad beneficiaria. La ventaja, en términos de antecedentes que enriquecen ambas propuestas, es que VC está nutrido por experiencias que presentaron componentes conceptuales y metodológicos que no eran exclusivos para cierto tipo de enfermedades, como ECOHEALTH con las zoonóticas o bien proyectos agroalimentarios, como acabo de mencionar (Giang et al 2018; Takashi et al 2015).

El enfoque de Vinculación comunitaria tiene como aspecto fundamental eso mismo: generar un sentido de alianza social con la comunidad a beneficiar respetando sus particularidades culturales, sus derechos, y generando en la comunidad el interés social para que la sustentabilidad de la intervención.

La importancia de la constante reiteración en el enfoque comunitario genera un marco fundamental para abordar mi tema de proyecto por un aspecto clave: ECOSALUD aborda enfermedades zoonóticas que son vistas como “problemas de todos” y no “individuales”, mientras que las enfermedades crónicas, si bien tienen una importancia en términos de salud colectiva, se ha construido una idea de que son enfermedades que afecta a individuos en particular. Por ejemplo, una infestación de moscos en una casa puede tener un impacto en las viviendas aledañas, mientras que una persona con diabetes o hipertensión arterial difícilmente tendría un impacto en el resto de la salud de sus vecinos. La razón es su tipo de enfermedad: la zoonótica es transmisible mediante infecciones y las enfermedades crónicas no son transmisibles bajo el mismo esquema.

Seeberg y Meinert (2015) replantean dicha definición y se preguntan si las enfermedades crónicas pueden ser “transmisibles” bajo otro esquema diferente. Sin entrar en la discusión a profundidad de los autores, básicamente la propuesta es algo que es actualmente común denominador para los programas de salud sobre enfermedades crónicas: ambientes propensos a prácticas que fomenten los factores de riesgo para padecer alguna enfermedad crónica, deben ser abordado socialmente. Es así, que al hablar de hipertensión arterial, es importante dejar de hacerlo como una “enfermedad individual” y empezar a trabajarlo como un algo colectivo y en donde la vinculación comunitaria tenga un rol fundamental. La consideración de la dimensión colectiva de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, se alinea con el llamado de la *Comisión de Lancet para la Hipertensión arterial*, sobre “la estrategia de curso de vida” apropiadamente discutida que se enfoca en los impactos no sólo corto, sino a largo plazo para las personas (Olsen et al., 2016).

Diseño del estudio diagnóstico

- Para la realización del estudio se utilizarán 3 técnicas² principalmente:
- Entrevista estructurada (ver anexo 1).
- Etnografía (ver anexo 2).
- Talleres (ver anexo 3).

² La entrevista y etnografía fueron diseñadas juntamente con colegas de Red Latinoamericana Multidisciplinaria en Investigaciones sobre Enfermedades Crónicas (RELAMIC); dicha red es financiada por la Cooperación Belga y sus actividades de investigación e intervención son coordinadas por el Instituto de Medicina Tropical, con sede en Amberes, Bélgica. Agradezco a la Dirección de RELAMIC el que me haya dado autorización para el uso y modificación de dichos instrumentos, para fines de mi proyecto de titulación. Dentro de este marco de colaboración mi proyecto buscará generar conocimiento científico para la reducción de enfermedades crónicas.

Los puntos temáticos por considerar en la planificación y ejecución de dichos instrumentos serían:

1. **Conocimiento general** que las personas tengan sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, pero específicamente sobre la hipertensión arterial.
2. **Experiencia socio-familiar** sobre el padecimiento de la hipertensión arterial en sus hogares.
3. **Identificación de la carga socioeconómica percibida** por los participantes respecto de la HTA.
4. **Las posibles soluciones o propuestas** de la comunidad o grupo para el mejoramiento de las políticas y programas enfocados a la prevención y control de la HTA.

Organización

El proyecto se dividirá en 6 fases, mismas que se desarrollaran en un plazo de 12 meses. A continuación se describirán cada una.

Fase 1: Organización

En esta primera etapa se plantea organizar a los equipos de trabajo, así como afinar los instrumentos con los que se trabajará a lo largo de este proyecto.

Tabla 10. Organización de las actividades

	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1	<i>Organización de grupos multidisciplinarios de trabajo.</i>	El proyecto plantea trabajar con grupos interdisciplinarios, por experiencias previas trabajando con equipos de este tipo es importante haya una organización correcta de estos para lograr un desarrollo efectivo y armonioso del proyecto.
2	<i>Asignación de roles a miembros equipos</i>	Ya organizados los equipos de trabajo, se procede a asignar los roles a cada miembro de acuerdo a sus capacidades y conocimientos con la finalidad de enriquecer el proyecto y lograr el cumplimiento de las metas planteadas.
3	<i>Diseño del speech</i>	El diseño del speech es fundamental, puesto que dependerá de él lograr convencer a las autoridades de las escuelas de participar o no en el proyecto. Por esta razón es importante

		sea un discurso con el que todo el equipo este cómodo y les sea fácil manejar.
4	<i>Piloto de talleres, grupos focales y entrevistas</i>	En esta parte se plantea realizar un estudio piloto de las actividades se realizarán para la recaudación de información, esto es importante para evaluar los instrumentos estén acordes a los objetivos planteados, que el tiempo de aplicación sea adecuado y sea afable para los participantes como para los miembros del equipo de trabajo que apliquen dichos instrumentos.
5	<i>Adecuación de instrumentos</i>	Una vez que se identificaron las deficiencias y fallas en los instrumentos de trabajo podemos proceder a adecuar los instrumentos a los objetivos del proyecto.
6	<i>Selección de escuelas</i>	Se iniciara con la selección de las posibles escuelas a trabajar, se seleccionarán las que cumplan mejor con el criterio planteado en los objetivos del proyecto.

Fase 2: Acercamiento y ejecución

Esta segunda fase está dirigida al acercamiento a las escuelas y Centros comunitarios y a la ejecución de las actividades planteadas para la recaudación de información.

Tabla 11. Acercamiento y ejecución del proyecto.

	<i>ACTIVIDAD</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>
1	<i>Acercamiento directores o responsables escuelas.</i>	Se plantea un primer acercamiento con los responsables de las escuelas seleccionadas, para presentarles el proyecto e invitarlos a participar.
2	<i>Selección de participantes a entrevistar</i>	Se seleccionarán a los jóvenes a entrevistar de manera aleatoria, y se les solicitará su consentimiento.
3	<i>Aplicación de entrevistas</i>	Se les aplicará los instrumentos diseñados a los jóvenes nos den su consentimiento para participar.
4	<i>Impartir talleres y grupos focales</i>	Se impartirán grupos focales que complementen la información recabada con las entrevistas. Estos se aplicarán en las escuelas de acuerdo a los espacios y horarios nos permitan las autoridades escolares.
5	<i>Impartir pláticas informativas alumnos y profesores.</i>	De acuerdo a los tiempos y espacios nos proporcionen los responsables de las escuelas seleccionadas, se procederá a impartir platicas informativas sobre la HTA a los jóvenes que complementen los conocimientos estos tienen sobre la HTA.

Fase 3. Monitoreo

Esta etapa se lleva de manera simultánea en todas las etapas propuestas, con el objetivo de verificar que las actividades se lleven de forma adecuada y apegada a los protocolos e instrumentos propuestos y así garantizar la veracidad de los resultados a obtener.

Fase 4. Procesamiento y análisis de la información

En esta etapa del proyecto se realizarán el proceso de categorización, organización y procesamiento de la información obtenida para su posterior análisis.

Tabla 12. Análisis de datos del proyecto.

	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO
1	Entrevista	Se transcribirán las entrevistas realizadas y se procesarán mediante el programa MaxQda. El objetivo será generar categorías de frecuencias respecto de las respuestas para encontrar patrones de percepción y comportamiento de cada ítem abordado en la entrevista.
2	Etnografía	Una vez realizada la documentación etnográfica de los ítems previamente definidos en el guion, se procederá a redactar un reporte que sirva de contexto respecto de las percepciones y prácticas sociales de la población participante en el estudio.
3	Talleres	Se utilizará la técnica de Crónica grupal para la sistematización de la información obtenida en los talleres. Dicho resultado, se cotejará con los resultados de los otros instrumentos.

Fase 5. Evaluación

Se plantea evaluar y monitorear desde el acercamiento a las escuelas hasta la presentación de los resultados, esto para garantizar la correcta ejecución de todos los procesos.

Fase 6. Presentación de resultados

En este punto la información obtenida y analizada se organizará en una propuesta de modelo de intervención y se presentara ante las autoridades pertinentes con el fin de poder contribuir con los programas ya existentes que se encargan de la atención a enfermedades no transmisibles.

Actividad	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Organización de grupos multidisciplinarios de trabajo.												
2 Asignación de roles a miembros equipos												
3 Diseño de spechs												
4 Piloto de talleres , grupos focales y entrevistas												
5 Adecuación de instrumentos												
6 Selección de escuelas												
Fase 2 Acercamiento												
7 Acercamiento directores o responsables escuelas y centros comunitarios												
8 Selección de participantes a entrevistar												
9 Aplicación de entrevistas												
10 Impartir talleres y grupos focales												
11 Impartir pláticas informativas alumnos y jóvenes miembros de centros comunitarios												
Fase 3 Monitoreo												
12 Monitoreo												
Fase 4 Procesamiento y analisis de la información.												
13 Vaciado datos												
14 Analisis de la información												
Fase 5. Evaluación												
15 Evaluación												
Fase 6 Presentación de resultados.												
16 Diseño de propuesta modelo de intervención												
17 Presentación de resultados												

Imagen 1. Cronograma de actividades.

Análisis de los costos y beneficios cuantitativos y cualitativos

La población considerada como el objetivo de la intervención son jóvenes de 14 a 17 años que residen en casas y estudian en escuelas situadas en colonias pauperadas del sur de Mérida, Yucatán. Dicha población ha estado expuesta a ambientes obesogénicos e hipertensogénicos ya que crecen en familias que presentan factores de riesgo favorables para el desarrollo de problemas de síndrome metabólico por generaciones. La presencia de la diabetes melitus II en población adulta (sus padres) que vienen heredando socialmente prácticas de alimentación por ejemplo poco saludables y así se reproduce socialmente estilos de vida que ponen en riesgo la salud de las nuevas generaciones.

El principal beneficio cualitativo que busca este proyecto es la transmisión sólida de conocimientos sobre los determinantes sociales que orillan a adolescentes, como la cohorte de estudio a considerar, para aumentar su percepción de riesgo sobre enfermedades peligrosas como la HTA que pueden agravar a futuro la salud en las etapas adultas y adultas mayores. Sin embargo, no bastaría el conocimiento per se, sino que también se reforzaría el cambio de conducta orientada a minimizar las prácticas riesgosas que incrementan potenciales casos de hipertensión arterial a futuro.

Uno de los principales beneficios cuantitativos que aparentemente no han sido visibles para poblaciones adolescentes, pero que en las etapas adultas lo resiente, es la carga económica que acarrearán las enfermedades que debieron evitarse en etapas tempranas, como la adolescencia. Sin duda alguna, la población presenta precariedades económicas para garantizarse una alimentación del día con día. A esto, le podemos sumar que una alimentación balanceada puede presentar un costo elevado en la compra de dichos alimentos. Sin embargo, el costo de no buscar una alimentación sana, de acuerdo a las posibilidades financieras de las familias, pueden generar enfermedades mucho más caras a futuro si no son debidamente atendidas. En otras palabras, la propuesta es generar en las personas una conciencia del cuidado de la salud

para evitar mayores costos de atender una enfermedad como la hipertensión arterial que pueda derivar en consecuencias más graves como diabetes, males cardíacos, y otras complicaciones cardiovasculares de forma irremediable.

Monitoreo e informes

El monitoreo es una herramienta importante que nos ayuda verificar la eficacia y eficiencia de un proyecto, de igual forma nos sirve para identificar los aciertos y desaciertos en las estrategias realizadas, lo cual nos servirá para realizar acciones correctivas y asegurar se alcancen los objetivos y metas planteadas en el proyecto.

En otras palabras:

“el monitoreo es el seguimiento que se realiza durante la ejecución de una política, programa o proyecto. Es un instrumento, de gestión y de política, que permite revisar de forma periódica los aspectos sustantivos de las 3P (Políticas, Programas y Proyectos), para optimizar sus procesos, resultados e impactos” (Di Virgilio, 2012, pp. 40).

Para efectos de este proyecto se dará un seguimiento de forma interna, esto significa que la tarea estará a cargo de los responsables de actividades o procesos; por otro lado se plantea realizar el monitoreo de manera constante y permanente, dicho de otra forma se planea efectuar un seguimiento a las actividades o procesos se esbozan en el cronograma de actividades, esto tomando en cuenta las prioridades del proyecto para asegurar se cumplan los objetivos y metas planteados. De igual forma se aprovechará este proceso para retroalimentar y replantear procesos a lo largo del desarrollo de este proyecto.

Tomando en cuenta lo anterior, para optimizar el proceso de monitoreo nos enfocaremos principalmente en dos aspectos:

- Proceso de ejecución de las actividades
- Resultados obtenidos

Para lograr que las labores de seguimiento de las actividades que forman parte de la intervención, así como de sus procesos particulares, usaremos dos mecanismos principalmente:

- Supervisión en campo durante la intervención por parte de los coordinadores del estudio.
- Talleres grupales mediante la técnica FODA³, después de la entrega de resultados de las actividades realizadas.

Finalmente como resultado de esta tarea se redactarán los informes correspondientes, esto con la finalidad de llevar un registro de cómo se van desarrollando las actividades y de los cambios o adecuaciones en la ejecución de las mismas, que nos permitirán acercarnos a las metas planteadas.

Estos informes estarán a cargo de los responsables de área o de actividades, ellos de igual forma deberán presentarlos al resto del equipo con el fin de compartir la información del desarrollo del proyecto y hacer una retroalimentación que ayude a mejorar las actividades próximas. Por otro lado estos informes también tienen el objetivo de facilitar el proceso de evaluación al final del proyecto.

Evaluación

La evaluación es un parte primordial, puesto que esta nos permitirá saber si se alcanzaron o no los objetivos planteados en el proyecto, de igual manera nos dejarán conocer si una intervención es viable para replicarse en otro contexto similar. Lo anterior es debido a que “uno de los objetivos importantes de

³ Por sus siglas: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, y Amenazas.

la evaluación consiste en descubrir alternativas que optimicen el logro de los objetivos buscados” (Cohen, 2012, pp.76).

Es importante destacar que una evaluación es diferente al monitoreo o seguimiento del proyecto, ya que este es más bien como un examen continuo de cómo se desarrollan las etapas o actividades de la intervención con la finalidad de asegurar los resultados de acuerdo a lo planteado; mientras por otro lado una evaluación es la emisión de un juicio que abarca todo el proyecto y que se enfoca principalmente en el impacto que este tuvo o está teniendo.

Para el proyecto utilizaremos las metodologías de evaluación ex-ante y ex-post (Cohen, 2012) y esta estará a cargo de los miembros del equipo de trabajo, en otras palabras, haremos una entrevista previa a las actividades que nos ayudara a medir el conocimiento que tienen los escolares en ese momento y posteriormente al finalizar las actividades se realizará otro cuestionario que medirá que tanto aprendieron.

Por otro lado, se realizará una auto-evaluación, esta también estará a cargo del equipo y nos ayudara a evaluar los procesos y los resultados obtenidos a lo largo del proyecto, es decir, nos ayudara a identificar los aciertos y desaciertos, los principales problemas y obstáculos enfrentados durante la implementación del proyecto.

Las técnicas se emplearán para esta evaluación son:

- Cuestionarios ex-post, para la auto-evaluación (Ver anexo 4)
- Talleres: Se realizarán con los escolares para una evaluación diagnóstica (ver anexo 5) y posteriormente los usaremos en la autoevaluación y estarán enfocados en el proceso de intervención. Los temas de evaluación serán los siguientes:

1. Expectativas y aprendizajes de la comunidad (escolares) respecto del tipo de intervención.
2. Aspectos positivos de la intervención.
3. Aspectos para mejorar de la intervención.
4. Opinión de la comunidad (escolares) respecto del escalamiento de dicho estudio.

CONCLUSIÓN

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, la hipertensión arterial es una enfermedad mortal que puede conducir a problemas cardiovasculares severos que disminuyan la calidad de vida y generen pérdidas humanas y de la cual los principales obstáculos a los que se enfrenta son el desconocimiento que hay en torno a ella, así como la poca adherencia al tratamiento ya sea farmacológico o no.

En este trabajo se planteó abordar la enfermedad de la hipertensión arterial desde un enfoque comunitario-participativo, con la finalidad de obtener conocimiento sobre la percepción que hay en torno a ella e identificar los retos y obstáculos a los que los pacientes con dicho padecimiento se enfrentan. Se consideró importante trabajar con las generaciones jóvenes partiendo de la idea de que son población que pueden ser futuros hipertensos, por lo que para lograr un mejor control y prevención de esta, es necesario que se eduque e informe a los jóvenes sobre la hipertensión arterial.

Es por ese motivo que se plantearon diferentes actividades lúdicas-educativas que nos permitan intercambiar conocimientos y saberes sobre esta enfermedad y sus consecuencias. Cabe destacar que para la estrategia propuesta es importante se genere este intercambio con la finalidad de lograr que la información recabada ayude a mejorar o complementar las estrategias para el manejo y control de la hipertensión arterial así como de las cardiopatías asociadas a ella; logrando de esta manera, que los jóvenes sean más conscientes de los riesgos que implica la hipertensión arterial en la calidad del vida a futuro en el estado de Yucatán.

BIBLIOGRAFÍA

ACKERMAN, Michael, Cherisse A. Marcou, David J. Tester. 2013. “Medicina personalizada: diagnóstico genético de cardiopatías/canalopatías hereditarias”. *Revista Española de Cardiología* 66 (4): 298-307.

ASAKURA, Takashi, et al. 2015. “The ecosystem approach to health is a promising strategy in international development: lessons from Japan and Laos”. *GlobalHealth* 11: 3-8.

BALLENGER-BROWNING, Kara K. and John P. Elder. 2009. “Multi-modal *Aedes aegypti* mosquito reduction interventions and dengue fever prevention”. *Tropical Medicine and International Health* 14 (12): 1542–1551.

BARRERA Pérez MA, et al. 2015. “Control of *Aedes aegypti* breeding sites with the program Recicla por tu bienestar in Merida, Mexico”. *Salud Pública Mexicana*. 57 (3): 201-210.

BIDEN TJ. et al. 2004. “Chronic effects of fatty acids on pancreatic beta-cell function: new insights from functional genomics”. *Diabetes* 53(1): 159–165.

BORG R. et al. 2011. “HbA1(c) and mean blood glucose show stronger associations with cardiovascular disease risk factors than do postprandial glycaemia or glucose variability in persons with diabetes: the A1CDerived Average Glucose (ADAG) study”, *Diabetologia* 54 (1): 69-72.

BRICEÑO LEÓN, Roberto y Olga B. Ávila Fuenmayor. 2014. “De la participación comunitaria la participación social: un enfoque de Ecosalud”. *Espacio Abierto: Cuaderno Venezolano de Sociología* 23 (2): 191 - 218.

BROWN Peter, Jennifer Sweeney. 2009. “The anthropology of overweight, obesity and the body”. *AnthroNotes* 30 (1): 6-12.

BRUNHAM LR. et al. 2010. “Cholesterol in beta-cell dysfunction: the emerging connection between HDL cholesterol and type 2 diabetes”, *Current DiabetesReports* 10 (1): 55-60.

BUTLER AE. et al. 2003. “Beta-cell deficit and increased beta-cell apoptosis in humans with type 2 diabetes”. *Diabetes*; 52 (1): 102–110.

CABALLERO; Patricia, et al. 2010. “Prioridades regionales y nacionales de investigación en salud, Perú 2010-2014: un proceso con enfoque participativo y descentralista”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 27 (3): 398-411.

CAMPOS NONATO, I., et al. 2017. “Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016”. *Salud Pública de México* 60 (3): 233–243.

COHEN, Ernesto, Rolando Franco. 2012. *Evaluación de Proyectos sociales*. México: Siglo XXI editores.

CHARRON, Dominique F. 2013. *La investigación de Ecosalud en la práctica: Aplicaciones innovadoras de un enfoque ecosistémico para la salud*. México: Plaza y Valdés.

CHERONI, Selene, Virginia Rial y Eloísa Rodríguez. 2010. “Principales actividades y resultados de un estudio antropológico sobre el dengue con un enfoque ecosistémico”. En *Abordaje ecosistémico para prevenir y controlar al vector del dengue en Uruguay Montevideo*. Edición de César Basso, 99-124. Montevideo: Universidad de la República Uruguay.

DI VIRGILIO, María Mercedes. 2012. *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Fundación CIPEC, UNICEF.

ERLANGERT, E, J. Keiser and J. Utzinger. 2008. “Effect of dengue vector control interventions on entomological parameters in developing countries: a systematic review and meta-analysis”. *Medical and Veterinary Entomology* 22 (3): 203–221.

ESPINOSA BRITO, Alfredo. 2018. “Arterial Hypertension: Figures to Define it at the Onset 2018”. *Finlay*, 8 (1): 66-74.

GARCÍA BARRETO, David. “Historia de la hipertensión arterial”. Consultado el día 25 de octubre de 2016, en sitio web: <http://files.sld.cu/hta/files/2010/07/historia-de-la-hipertension-arterial.pdf>

GARCÍA DE ALBA García, Javier et al. 2012. “La antropología cognitiva aplicada al estudio de las causas de la hipertensión arterial en Guadalajara, Jalisco, México”, *Cir Cir*; 80 (3) :247-252.

GIANG Pham, et al. 2018. “Evaluation of an Ecohealth Approach to Public Health Intervention in Ha Nam, Vietnam”. *J Public Health Manag Pract* 24 (2): 36-46.

GRILLI SILVA, Javier, Mirtha Laxague, Zully Hernández. 2018. “Enfoque participativo de desarrollo personal en educación para la salud. Emergencia sanitaria: brote de leishmaniosis en Salto, año 2015”. *Educación en Ciencias Biológicas* 3 (1): 19-33.

HAYNES-MASLOW L, et al. 2013. “A Qualitative Study of Perceived Barriers to Fruit and Vegetable Consumption Among Low-Income Populations, North Carolina, 2011”, *Prev Chronic Dis* 10 (3): 1-10.

HERNÁNDEZ BETANCOURT, Jenny de la Caridad, Orlando Serrano Barrera. 2014. “La medicina personalizada, la revolución genómica y el Sistema Nacional de Salud”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40 (4): 379-391.

LLOYD LS, Winch P, J. Ortega-Canto and C. Kendall. 1992. “Results of a community-based *Aedes aegypti* control program in Merida, Yucatan, Mexico”. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 46: 635–642.

LOMELÍ, Catalina, et al. (2008). “Hipertensión arterial sistémica en el niño y adolescente”. *Archivos de cardiología de México*, 78 (Supl. 2): 82-93.

LÓPEZ ALARCÓN Mardia G., Maricela Rodríguez Cruz. 2008. “Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad: Perspectiva de México en el contexto mundial”. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 65 (6): 421-430.

MAZZEO, John. 2013. “Hypertension among Haitians living in the Bahamas”. *The International Journal of Bahamian Studies*, 19: 15-30.

MCKEOWN, Robert E. 2009. “The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics”, *American Journal of Lifestyle Medicine* 3(Suppl 1): 19–26.

MENÉNDEZ, Eduardo. 1990. *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS (Cuadernos de la Casa Chata).

OLSEN, Michael H. 2016. “A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: The Lancet Commission on hypertension”. *Lancet* 388 (10060): 2665-2712.

Organización Mundial de la salud. 2013. *Información general sobre la en el mundo HIPERTENSIÓN Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial*. Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la salud. 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> Consultado: 10 de julio de 2021.

Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. 2021. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension> Consultado: 4 abril 2021.

ORDUNEZ, Pedro, et al. 2015. “Hypertension Prevention and Control in Latin America and the Caribbean”. *The Journal of Clinical Hypertension* 17 (7): 499-502.

Pan American Health Organization. 2013. *Innovative Care for Chronic Conditions: organizing and delivering high quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas*. Washington, DC: PAHO: World Health Organization.; 2013. Consultado 1 abril 202, en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/PAHO-Innovate-Care-2013-Eng.pdf>.

PATEL, Pragna, et al. 2017. “Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 41.

Principles of Community Engagement: Clinical and Translational Science Awards Consortium Community Engagement Key Function Committee Task Force on the Principles of Community Engagement (2nd. Ed). 2011. USA: NIH Publications: Department of Health and Human Services USA.

ROSAS PERALTA, Martín, et al. 2016. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 54(1): 52-66.

SANABRIA RAMOS, Giselda. 2004. “Participación social en el campo de la salud”. *Revista Cubana de Salud Pública* 30(3).

Versión online. Recuperado en 16 de agosto de 2021, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es&tlng=es.

SÁNCHEZ L. et al. 2005. “Intersectoral coordination in Aedes aegypti control. A pilot project in Havana City, Cuba”. *Tropical Medicine and International Health* 10: 82–91.

SCOTCH, Norman A. 1960. “A Preliminary Report on the Relation of Sociocultural Factors to Hypertension among the Zulu”. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 84 (17): 1000–1009.

SEEBERG Jens, Lotte Meinert. 2015. “Can epidemics be non-communicable? Reflections on the spread of ‘non-communicable’ diseases”. *Medicine Anthropology Theory* 2 (2): 54-71.

TAPIA Conyer, Roberto, Jorge Méndez-Galván y Pierre Burciaga-Zúñiga. 2012. “Community participation in the prevention and control of dengue: the *patio limpio* strategy in Mexico”. *Paediatrics and International Child Health* 32 (1): 10-13.

World Health Organization. (2013). “A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013”. World Health Organization. Consultado en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79059>

ANEXOS

ANEXO 1 - ENTREVISTA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD	
Localidad urbana: (Ejemplo, Colonia San Antonio X-Luch):	
Escuela:	
Fecha de aplicación:	Folio:
Entrevistador/a:	
Código participante	
Edad	
Sexo	
Número de personas que viven en su casa	
Tipo de familia	
Tipo de residencia	
Tipo de aseguramiento	
Religión	
Año que cursa	

ITEM	NARRATIVAS DE FAMILIARES CON HTA
	¿Tiene usted algún familiar (u otra persona cercana) que haya sido diagnosticada o que le haya dicho que padece HTA? (Sí: continuar con esta sección. No: pasar a la siguiente sección).
	¿Sabe usted en dónde le diagnosticaron y quien le informó de esto a su familiar (u otra persona referida)?
	¿Recuerda usted el tipo de tratamiento que le indicaron para la hipertensión a su familiar (u otra persona referida)?
	¿Sabe usted si su familiar (u otra persona referida) siguió el tratamiento que le prescribieron?

ITEM	CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA HTA
	<p>Con sus propias palabras, cuénteme qué es lo que sabe usted sobre la hipertensión.</p> <p>+ <i>Individuo con familiar u otra persona hipertensa referida: explorar qué sabía la persona antes y después del diagnóstico.</i></p> <p>+ <i>Individuo sin familiar u otra persona hipertensa referida: explorar qué es lo que fue aprendiendo desde la primera vez que escuchó algo sobre la hipertensión hasta la actualidad.</i></p>
	En su opinión, ¿está la hipertensión relacionada con otras enfermedades? Sí. ¿Con cuáles? No. <i>Explorar razones.</i>
	¿Cuáles cree usted que sean las causas de la hipertensión arterial en las personas?
	<p>¿Qué le pasa a una persona que es hipertensa?</p> <p>+ <i>Explorar sintomatología desde la perspectiva discursiva del entrevistado/a de forma más concreta.</i></p>
	<p>¿Cuáles son los tratamientos que usted conoce o de los cuales ha escuchado para la hipertensión?</p> <p>+ <i>Explorar los distintos tratamientos que conozca la persona.</i></p>

ITEM	ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO/CONTROL - HTA
	¿Qué entiende usted por “estar o sentirse enfermo”?
	En su opinión, ¿qué tipo de enfermedades le impedirían o le impiden realizar sus actividades cotidianas?
	Con todo esto que me comentó, ¿considera que, si usted tuviera hipertensión arterial, sería algo que le impediría realizar sus actividades cotidianas? <i>Explorar razones.</i>
	<p>Individuo con familiar u otra persona referida con HTA:</p> <p>Desde su punto de vista, ¿cree que el tratamiento que su familiar (u otra persona referida) le está funcionando?</p> <ul style="list-style-type: none"> + Explorar seguimiento farmacológico, cambio de estilo de vida y medicinas alternativas. + Explorar regularidad de consulta médica para chequeo de hipertensión. + Explorar factores socio-culturales, familiares, red social de apoyo, etc., que la persona identifique como aspectos de su vida que le dificultan o facilitan continuar con el tratamiento a su familiar u otra persona referida. Explorar percepción social de costos de la HTA. <p>Individuo sin familiar u otra persona referida con HTA:</p> <p>Desde su punto de vista, ¿cree que el tratamiento para la HTA que usted conocer, les funcione a las personas que padecen esa enfermedad?</p> <ul style="list-style-type: none"> + Explorar su seguimiento farmacológico, cambio de estilo de vida y medicinas alternativas. + Explorar regularidad en consultas médicas para chequeo de hipertensión. + Explorar factores socio-culturales, familiares, red social de apoyo, etc., que la persona identifique como aspectos que le dificulten o facilitan continuar con su tratamiento a personas con HTA. Explorar percepción social de costos de la HTA.
	<p>En su opinión, ¿cree usted que algún día las personas con HTA dejarán de padecerla?</p> <ul style="list-style-type: none"> + Explorar si la hipertensión tiene una cura. + Explorar las referencias de la hipertensión como “enfermedad llevadera”.

ANEXO 2 – GUIÓN DE REGISTRO ETNOGRÁFICO

INSTRUMENTO: GUIÓN DE REGISTRO ETNOGRÁFICO		
Área de referencia: (Ejemplo, Mérida, Yucatán)		Localidad urbana:
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	Investigador/a:

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Parte 1	Escuelas en el área de estudio
Preguntas guía:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuántas, cómo se llaman y cuáles son los niveles educativos que existen en el área de estudio? 2. ¿Existe algún programa que imparta talleres sobre la HTA y/o enfermedades crónicas (diabetes, etc.) en las escuelas? ¿Cuáles? ¿Cómo funciona? 	
Parte 2	Fuentes de empleo en el área de estudio
Preguntas guía:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Conocen si hay fuentes de empleo en el área de estudio? 2. ¿Has oído de algún programa en estos empleos que imparta talleres sobre la HTA y/o enfermedades crónicas (diabetes, etc.)? ¿Cuáles? ¿Cómo funciona? 3. ¿Cuáles de estas fuentes de empleo tienen actividad sedentaria o cuáles no? ¿Se asocian algunos trabajos a ambientes laborales que generan mayor estrés que otros? 	
Parte 4	Tipos de religiones existentes en el área de estudio
Preguntas guía:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuántas y cuáles son las religiones que existen en el área de estudio? 2. ¿Se presenta en estas religiones algún tipo de recurso terapéutico-espiritual que se practique para enfermedades crónicas, en particular la HTA? ¿Cuáles son? ¿Cómo funcionan? 	
Parte 5	Tipos de aseguramiento a los cuales la gente tiene acceso en el área de estudio o fuera de la misma
Preguntas guía:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Sabes cuáles son los tipos de aseguramiento existentes en el área de estudio? 	

2. ¿Sabes cuáles son los programas enfocados a las enfermedades crónicas, sobre todo a la HTA? ¿Cómo funcionan?

INFORMACIÓN SOBRE HTA

Parte 1	Lugares donde las personas del área de estudio tengan acceso a la información sobre HTA
----------------	--

Preguntas guía:

1. ¿Cuáles son los nombres de lugares donde la gente tiene acceso a información sobre HTA?
2. ¿Cuál es el tipo de información que se le proporciona a las personas en dichos lugares? (Clasificar y describir por lugar).

Parte 2	Tipo de información existente en los medios de comunicación e información sobre HTA en el área de estudio
----------------	--

Preguntas guía:

1. ¿Qué tipo de información circular en los medios de comunicación e información sobre HTA en el área de estudio? (Clasificar y describir por medio)
2. ¿Qué opinión tienen los diversos informantes entrevistados sobre la información que reciben de estos medios?

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HTA

Parte 1	Costumbres y prácticas culturales sobre el consumo de alcohol en el área de estudio
----------------	--

Preguntas guía:

1. ¿Cuáles son las costumbres, rituales, rutinas cotidianas, eventos donde se practique comúnmente el consumo de alcohol?
2. ¿Existe algún valor cultural que legitime el consumo de alcohol en el área de estudio?
3. ¿Existe alguna asociación social entre los informantes sobre el consumo de alcohol con la HTA?

Parte 2	Costumbres y prácticas culturales sobre el consumo de tabaco en el área de estudio
----------------	---

Preguntas guía:

1. ¿Cuáles son las costumbres, rituales, rutinas cotidianas, eventos donde se practique comúnmente el consumo de tabaco?
2. ¿Existe algún valor cultural que legitime el consumo de tabaco en el área de estudio?
3. ¿Existe alguna asociación social entre los informantes sobre el consumo de tabaco con la HTA?

Parte 3	Costumbres y prácticas alimentarias existentes en el área de estudio
----------------	---

- Preguntas guía:
1. ¿A qué tipo de alimentos tienen acceso las personas en el área de estudio?
 2. ¿Cuál es el sistema de clasificación cultural de los alimentos? (Énfasis en comida saludable y no saludable desde el punto de vista local).
 3. ¿Cuáles son las comidas típicas del área de estudio? (Descripción de sus ingredientes y preparación).
 4. ¿Existe alguna asociación social entre los informantes sobre las comidas típicas y la HTA?

Parte 4	Discursos sociales sobre obesidad en el área de estudio
----------------	--

- Preguntas guía:
1. ¿Cuáles son los discursos sociales comunes sobre la obesidad?
 2. ¿Cuáles son los discursos sociales comunes sobre tener un cuerpo “saludable”?
 3. ¿Cuáles son los discursos sociales comunes sobre el ejercicio físico? (Explorar estigmas y estereotipos).

Parte 5	Factores que los informantes asocien a la causa de la HTA
----------------	--

- Preguntas guía:
1. ¿Qué otros factores asocian los diversos informantes entrevistados como causantes de la HTA?

ASOCIACIÓN CULTURAL A DETENCIÓN-SEGUIMIENTO-CONTROL DE LA HTA	
--	--

Parte 1	Carga social percibida por diversos informantes en el área de estudio
----------------	--

- Preguntas guía:

<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles son las percepciones sociales comunes presentes en relación a la HTA? (Explorar las que los informantes refieran). 2. ¿Cuál es el lugar de importancia que ocupa la HTA en la jerarquía etno-patológica referida por los informantes? 	
Parte 2	Efectividad del tratamiento de HTA percibida por diversos informantes en el área de estudio
<p>Preguntas guía:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es la opinión sobre la efectividad de los tratamientos de la HTA mencionados por los informantes? 2. ¿Existen tratamientos alternativos mencionados por los diversos informantes? ¿Cuáles son? (Detallar) 	
Parte 3	Redes sociales de apoyo referidas por diversos informantes en el área de estudio
<p>Preguntas guía:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Es la familia vista como una red de apoyo para las personas que padecen alguna enfermedad crónica, en particular la HTA? 2. ¿Existen grupos de personas hipertensas que tengan algún tipo de actividad en relación a la HTA? ¿Cómo están organizados? ¿Cómo funcionan? 	

Anexo 3: CARTA DESCRIPTIVA TALLER

Lugar:

Fecha:

Objetivo: Que los participantes conozcan los principales factores de riesgo que conducen a la emergencia de la hipertensión arterial y sus consecuencias a futuro, así como el aprendizaje y adopción de estilos de vida más saludables en materia de salud cardiovascular.

Duración: 90-100 min

Tiempo	Tema	Técnica	Materiales	Táctica
15-20 min.	Bienvenida y presentación de los participantes.	Técnica de animación “Presentación creativa”	- Ninguno	- Se hace la presentación del proyecto y de los moderadores de la actividad, posteriormente se les solicita a los participantes sentarse en círculo, el coordinador se queda en el centro y les solicita auto presentarse de la forma más creativa posible, este debe incluir aspectos de su vida como su personalidad, su vida, sus experiencias, etc.
30 min	Factores de riesgo y HTA	Exposición y lluvia de ideas	- Rotafolios. - Marcadores	- Mediante la técnica expositiva se presentará a los participantes la temática. - Se usarán preguntas dirigidas y se hará una lluvia de ideas para responderlas, esto con la finalidad de propiciar la participación de los participantes.

30 min	Estilo de vida saludable libre de HTA	Exposición y Técnica Philips 6/6	<ul style="list-style-type: none"> - Rotafolios. - Marcadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Mediante la técnica expositiva se presentará a los participantes la temática. - Se dividirá al grupo en equipos de a 6 y se les darán unos minutos para discutir sobre lo expuesto, posteriormente ellos expondrán las conclusiones a las que llegaron.
15-20 min	Retroalimentación	Árbol de problemas y de soluciones	<ul style="list-style-type: none"> - Rotafolios - Plumones 	<ul style="list-style-type: none"> - El coordinador de la sesión dirigirá esta actividad y creara junto con los participantes un árbol de problemas y de soluciones, esto con la finalidad de que los participantes puedan reforzar activamente sus conocimientos y prácticas de vida saludable para evitar una vida futura con hipertensión arterial y otras complicaciones cardiovasculares y metabólicas.

Anexo 4: ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN DEL PROYECTO

Instrucciones: Marque con una X en las casillas correspondientes al número de la escala que mejor represente su valoración para cada una de los puntos a evaluar.

1 = Excelente; 2 = Muy bueno; 3 = Bueno; 4 = Regular; 5 = Deficiente

Grado de calificación							Observaciones
No.	Pregunta	1	2	3	4	5	
1	¿Cómo considero fue mi desempeño durante la implementación del proyecto?						
2	¿Estoy satisfecho con el rol que tuve en el proyecto?						
3	¿El protocolo y plan de trabajo diseñado, se desarrolló de acuerdo a lo acordado?						
4	¿Si hubo cambios en el plan de trabajo, dio resultados positivos?						
5	¿Fue la logística del proyecto adecuada en cuando a sus actividades planeadas manejo de personal, involucramiento de la comunidad, y uso de materiales y otros recursos?						
4	¿Fueron cumplidos los objetivos de la intervención?						
6	¿Consideras que hubo un cambio en el conocimiento de los participantes sobre el tema del proyecto?						
7	¿Cómo consideras que fue el proceso de evaluación de todo el proyecto?						

Comentarios adicionales

Por favor incluya algún aspecto que no se haya evaluado en los puntos anteriores y que usted considere importantes.

Anexo 5: CARTA DESCRIPTIVA EX ANTE

Lugar:

Fecha:

Objetivo: Explorar el conocimiento que los participantes tienen respecto de los principales factores de riesgo que conducen a la emergencia de la hipertensión arterial y sus consecuencias a futuro, así como el conocimiento sobre de estilos de vida más saludables en materia de salud cardiovascular. Duración: 90-100 min.

Tiempo	Tema	Técnica	Materiales	Táctica
15 min.	Bienvenida y presentación de los participantes.	"La cerilla"	- ninguno	- Se les solicita a los participantes sentarse en círculo, posteriormente se les pide presentarse de forma básica, esto durante lo que dura una cerilla encendida sin quemarse.
30 min	Factores de riesgo y HTA	Lluvia de ideas	- Rotafolios. - Marcadores	- Se usarán preguntas dirigidas básicas: ¿qué es la hipertensión arterial?, ¿cuáles son sus causas?, ¿cuáles son sus consecuencias? con la técnica lluvia de ideas.
30-40 min	Estilo de vida saludable libre de HTA	"El afiche"	- Rotafolios. - Revistas - Pegamento - Marcadores	- Se presentarán preguntas básicas: ¿cuál es el tipo de alimentación que conocen?, ¿qué es una alimentación sana?, ¿cómo prevenir la hipertensión arterial?,

				<p>¿qué es lo que hay que evitar para que se nos presente la HTA?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para resolver esta actividad los participantes se dividirán en equipos, ellos mediante recortes de revistas, periódicos, etc., tendrán que hacer una representación gráfica o collage para responder las preguntas y posteriormente exponer el por qué lo representan de ese modo y entregar las respuestas por escrito. - El facilitador escribirá en el portafolio las respuestas dadas por los participantes.
15 min	Cierre	Técnica colectiva	- Ninguno	<ul style="list-style-type: none"> - El coordinador de la sesión hará realizará una actividad donde los participantes puedan comentar abiertamente si existe otro tema que quisieran comentar en relación a la hipertensión arterial y cómo prevenirla.