



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO MEDICINA FAMILIAR

**INFLUENCIA EN LA ATENCIÓN DE LOS MÉDICOS FAMILIARES Y DE
LOS MÉDICOS GENERALES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL CENTRO DE SALUD TIPO B
“PORTOVIEJO”, Y EN EL HOSPITAL BÁSICO EL CARMEN, MANABÍ.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

ANDRÉS LEONARDO PÁRRAGA MOREIRA

JAVIER WILFRIDO MERO BAQUE

DIRECTOR: DR. JOSÉ SOLA VILLENA

QUITO, SEPTIEMBRE 2019

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros, Mero Baque Javier Wilfrido C.C. No. 1311924680 y Párraga Moreira Andrés Leonardo C.C. No. 1312016494 autores del trabajo de graduación intitulado: "INFLUENCIA DE LA ATENCIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES Y MÉDICOS GENERALES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN EL CENTRO DE SALUD TIPO B "PORTOVIEJO", Y EN EL HOSPITAL BÁSICO EL CARMEN, MANABÍ", previa a la obtención del título profesional de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina:

1.- Declaro tener pleno conocimiento

de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 13 septiembre de 2019



Mero Baque Javier Wilfrido

C.C. No. 1311924680



Párraga Moreira Andrés Leonardo

C.C. No. 1312016494

Av. 12 de Octubre 1076 y Ramón Roca
Apartado postal 17-01-1475
Telf.: (593) 2 299 17 00 ext. 1475

Quito - Ecuador



INFLUENCIA EN LA ATENCIÓN DE LOS MÉDICOS FAMILIARES Y DE LOS MÉDICOS GENERALES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL CENTRO DE SALUD TIPO B “PORTOVIEJO”, Y EN EL HOSPITAL BÁSICO EL CARMEN, MANABÍ.

LUGAR:

Hospital Básico El Carmen (Unidad Anidad el Carmen), Manabí

Centro de Salud tipo B “Portoviejo”, Manabí

AUTORES:

Dr. Javier Wilfrido Mero Baque y Dr. Andrés Párraga Moreira, Estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

DIRECTOR DE TESIS

Dr. José Sola Villena, Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

PRIMER LECTOR DE TESIS

Dr. Diego Zambrano Alcívar.

Médico Familiar y Comunitario, Docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

LINEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUNSCRIBE SU PROYECTO

Enfermedad y comunidad; enfermedades crónicas no transmisibles, conocimiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles en relación a aspectos epidemiológicos, manejo clínico, diagnóstico y tratamiento.

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento es la parte principal del hombre de bien y es la memoria del corazón es por ello que queremos dejar constancia de la eterna gratitud, principalmente a Dios todopoderoso por habernos dado la existencia y permitir llegar al final de la carrera.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, especialmente Facultad de Medicina, Postgrado de Medicina Familiar, que con sus autoridades nos brindaron su apoyo incondicional, así como también a los docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Al personal administrativo y operativo del Hospital Básico el Carmen y Centro de Salud tipo “B” Portoviejo, los pacientes por su aporte y valiosa colaboración para la realización de la investigación, y eso es motivo suficiente para exteriorizar nuestro mayor reconocimiento y gratitud.

Andrés Párraga

Javier Mero

DEDICATORIA

A mi esposa e hijo, por ser pilares principales en todo el proceso de estudio.

A mis padres, por darme desinteresadamente el apoyo para cumplir este trayecto hacia el objetivo principal y no nos falte nada.

A familiares y amigos, ya que, con sus palabras de apoyo, en ciertos momentos de debilidad supieron impulsarnos a obtener este objetivo.

Andrés Párraga

DEDICATORIA

A mis padres por ser el ejemplo de vida que motivaron mi caminar hacia el éxito profesional.

A mi querida esposa por ser mi inspiración y acompañarme en los momentos que necesité fortaleza para superar los obstáculos presentados en mi formación académica.

A mis hijos Darío y Diego que son el motivo de mi existencia, a quienes dedico todo mi esfuerzo y dedicación que han permitido que hoy pueda culminar con una etapa más de mi vida profesional.

Javier Mero

INDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
RESUMEN.....	10
SUMMARY.....	11
CAPITULO I – INTRODUCCIÓN.....	13
CAPITULO II – MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 DIABETES MELLITIUS.....	18
2.1.1 DEFINICIÓN.....	18
2.1.2 CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS.....	21
2.2 HIPERTENSION ARTERIAL.....	22
2.2.1 DEFINICIÓN.....	22
2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.....	22
2.2.3 CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	22
2.2.4 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	23
2.3 COMPETENCIAS MÉDICAS.....	25
2.4 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	27
2.5 DETERMINANTES DE LA SALUD.....	29
CAPÍTULO III	
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	31
3.2 PROBLEMAS Y OBJETIVOS.....	31
3.2.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.2.2 OBJETIVO GENERAL.....	32
3.2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
3.3 HIPÓTESIS OPERATIVA.....	32

3.4 METODOLOGÍA.....	33
3.4.1 MUESTRA.....	35
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	36
3.6 ASPECTOS BIOÉTICOS.....	38
3.7 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	38
3.7.1 RECURSOS HUMANOS.....	38
3.7.2 PRESUPUESTO.....	39
3.8 CRONOGRAMA.....	39
CAPITULO IV.....	40
4.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y SOCIOCULTURAL.....	40
4.2 RESULTADOS.....	40
4.2.1 DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN.....	41
4.2.2 CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....	44
4.2.3 EVALUACIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA.	45
4.2.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	46
4.2.5 CORRELACION ENTRE VARIABLES.....	47
4.2.6 ATENCIÓN DE MÉDICOS Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	48
4.2.7 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	48
4.2.8 ENTREVISTAS DE MUJERES CON ECNT”	49
4.2.9 ENTREVISTAS DE HOMBRES CON ECNT.....	63
4.2.10 ENTREVISTAS AL PERSONAL MÉDICO	80
CAPITULO V	
5.1 DISCUSIÓN.....	96

CAPITULO VI

6.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	112
6.1.1 CONCLUSIONES.....	112
6.1.2 RECOMENDACIONES.....	114
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	116
ANEXOS.....	124
ANEXO 1.- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	124
ANEXO 2- INSTRUMENTOS PARA LA PARTE CUALITATIVA.....	126
ANEXO 3: INSTRUMENTOS.....	129
ANEXO 4 FOTOS.....	148
INDICE DE TABLAS	
Tabla 1. Cronología de pacientes con ECNT.....	41
Tabla 2. Distribución de género de pacientes con ECNT.....	42
Tabla 3. Distribución de instrucción de pacientes con ECNT.....	42
Tabla 4.Ocupación laboral de pacientes con ECNT.....	43
Tabla 5.Tipología familiar de los pacientes con ECNT.....	43
Tabla 6. Adherencia no farmacológica de los pacientes con ECNT.....	44
Tabla 7. Relación médico - paciente.....	45
Tabla 8. Funcionalidad familiar en pacientes con ECNT.....	46
Tabla 9. Cronología versus adherencia en pacientes con ECNT.....	47
Tabla 10. Atención medica versus adherencia en pacientes con ECNT.....	48
Tabla 11. Funcionalidad familiar versus adherencia en pacientes con ECNT.....	48

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. ¿Temporalidad del diagnóstico?.....	49
Figura 2. ¿En qué lugar y quien da el diagnóstico?.....	50
Figura 3. ¿Qué tratamiento le indicaron para las ECNT?.....	51
Figura 4. Cumplimiento del tratamiento para las ECNT.....	52
Figura 5. Caracterización de las ECNT.....	53
Figura 6. Relación con otras enfermedades.....	54
Figura 7. ¿Cuáles son las causas de las ECNT.....	55
Figura 8. Manera de presentarse de las ECNT.....	56
Figura 9. Tratamiento conocidos y escuchados para las ECNT.....	57
Figura 10. ¿Qué entiende por estar enfermo?.....	58
Figura 11. ¿Qué enfermedades le impedirían realizar actividades?.....	59
Figura 12. ¿La hipertensión arterial es una enfermedad?.....	60
Figura 13. Funcionalidad del tratamiento de las ECNT.....	61
Figura 14. ¿Las ECNT tienen cura?.....	62
Figura 15. Temporalidad del diagnóstico de ECNT en hombres.....	63
Figura 16. ¿En qué lugar y quién da el diagnóstico en los hombres con ECNT.....	64
Figura 17. ¿Qué tratamiento le indicaron para las ECNT?.....	65
Figura 18. Cumplimiento del tratamiento para las ECNT.....	67
Figura 19. Caracterización de las ECNT.....	68
Figura 20. ¿Las ECNT está relacionada con otras enfermedades?.....	69
Figura 21. ¿Cuáles son las causas de las ECNT?.....	70
Figura 22. Manera de presentarse de las ECNT.....	71

Figura 23. Tratamiento conocidos y escuchados para las ECNT.....	72
Figura 24. ¿Qué entiende por estar enfermo?.....	73
Figura 25. ¿Qué enfermedades le impedirían realizar actividades?.....	74
Figura 26. ¿Las ECNT le hace sentir enfermo?.....	75
Figura 27. Funcionalidad del tratamiento de la ECNT.....	76
Figura 28. ¿Las ECNT tienen cura?.....	79
Figura 29. ¿Qué tipo de tratamiento les indica a los pacientes?.....	80
Figura 30. ¿Cuál ha sido la experiencia personal al trabajar con pacientes con ECNT?.....	81
Figura 31. ¿Recuerda algún caso significativo de pacientes con ECNT?.....	82
Figura 32. ¿Cómo percibe lo que saben sus pacientes sobre ECNT?.....	83
Figura 33. ¿Sus pacientes creen que la ECNT está relacionada con otras enfermedades?.....	84
Figura 34. ¿Cuáles creen sus pacientes que son las causas de las ECNT?.....	85
Figura 35. ¿Qué entienden sus pacientes por estar enfermos?.....	86
Figura 36. ¿Entienden sus pacientes las ECNT como una enfermedad?.....	87
Figura 37. ¿Desde su punto de vista el tratamiento que usted les prescribe le funciona?.....	88
Figura 38. ¿Sus pacientes con ECNT practican medicinas alternativas?.....	89
Figura 39. ¿Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones?.....	90

RESUMEN

Antecedentes: Las enfermedades crónicas no transmisibles requieren adherencia al tratamiento no farmacológico. La buena relación médico – paciente y los determinantes sociales generan un impacto en el estilo de vida, dieta y actividad física, estos son agentes que al actuar de forma conjunta determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades, sin embargo, la modernización ha dado origen a transportes más cómodos y eficientes, lo que contrarresta la necesidad del ser humano de realizar actividad física por transporte sin incrementarse la actividad recreacional. **Materiales y Métodos:** Este estudio dispone de un enfoque cuantitativo y cualitativo de naturaleza complementaria para establecer la diferencia entre atención de los médicos familiares y de los médicos generales en la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, se diseñó un estudio de corte transversal, en el que participaron 270 pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles, que acuden al Centro de Salud tipo B “Portoviejo” y en el Hospital Básico de El Carmen, se aplicará un cuestionario de adherencia al tratamiento no farmacológico; para la relación médico paciente, el test de CREM-P; y para la funcionalidad familiar se utilizara FF-SIL. **Resultados:** familias funcionales tuvieron adherencia no farmacológica en un 22,83%, la atención que realiza el médico familiar está relacionada con una mayor adherencia no farmacológica en un 28%; y los médicos generales en el 5,76%; y dentro de las representaciones sociales los pacientes no son adherentes debido a que no consideran la HTA como una enfermedad por ser asintomática. **Conclusiones:** la función familiar influye en la adherencia terapéutica, la atención médica familiar se considera un factor protector para la adherencia no farmacológica, y la HTA al ser asintomática no es aceptada como una patología motivo de la falta de adherencia terapéutica.

SUMMARY

Background: Chronic noncommunicable diseases require adherence to non-pharmacological treatment. The good doctor-patient relationship and social determinants generate an impact on lifestyle, diet and physical activity, these are agents that by acting together determine the health levels of individuals and communities, however, modernization has given rise to more comfortable and efficient transport, which counteracts the need of the human being to carry out physical activity by transport without increasing recreational activity. **Materials and Methods:** This study has a quantitative and qualitative approach of a complementary nature to establish the difference between the care of family doctors and general practitioners in the adherence to non-pharmacological treatment in patients with chronic noncommunicable diseases, a study was designed cross-sectional, in which 270 patients with chronic non-communicable diseases will participate, attending the Type B “Portoviejo” Health Center and the Basic Hospital of El Carmen, a questionnaire of adherence to non-pharmacological treatment will be applied; for the patient-doctor relationship, the CREM-P test; and for family functionality FF-SIL will be used. **Results:** functional families had non-pharmacological adherence in 22.83%, the attention given by the family physician is related to greater non-pharmacological adherence in 28%; and general practitioners in 5.76%; and within social representations, patients are not adherent because they do not consider HT as a disease because they are asymptomatic. **Conclusions:** family function influences therapeutic adherence, family medical care is considered a protective factor for non-pharmacological adherence, and hypertension being asymptomatic is not accepted as a pathology that is the reason for the lack of therapeutic adherence.

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La descripción de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles cardiometabólicas (diabetes, resistencia a la insulina, dislipemia, hipertensión y el conjunto de factores de riesgo reunidos en el síndrome metabólico) posee especial importancia por su asociación directa con enfermedad, discapacidad y muerte, y por los altos costos que el sistema sanitario debe considerar para su control.

La morbilidad y mortalidad atribuida a enfermedades crónicas no transmisibles, ha ido aumentando en los últimos años. Además, estudios de la Organización Mundial de la Salud señalan que para 2020 el 75% de las muertes en el mundo serán atribuibles a este tipo de enfermedades. (OMS, 2013).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2013 murieron por causa de enfermedades cardiovasculares 17 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes, por cardiopatía coronaria y accidentes cerebrovasculares afectando por igual a ambos sexos; más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2013).

La diabetes, según la OMS, es considerada la epidemia del siglo XXI, a tal punto que a escala mundial hay más de 422 millones de personas con diabetes y las previsiones son de casi 600 millones para el 2035 (OMS, 2013).

El aumento de la presión arterial, ya sea la sistólica o la diastólica, representa un factor de riesgo para el desarrollo de accidentes cerebrovasculares o cardiopatía isquémica, se ha

estimado que es responsable del 51% de los primeros y del 45% de las muertes por coronariopatía. Lo anterior representa de 35 a 55% de las 800,000 defunciones anuales que se registran en América Latina y el Caribe (OMS, 2013).

Según las estimaciones de la OMS, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta.

Ello supone también un incremento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad. En la última década, la prevalencia de la diabetes ha aumentado más deprisa en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.

En 2012, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes. Un nivel de glucosa en la sangre superior al deseable provocó otros 2,2 millones de muertes, al incrementar los riesgos de enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. Un 43% de estos 3,7 millones de muertes ocurren en personas con menos de 70 años. El porcentaje de muertes atribuibles a una glucemia elevada o la diabetes en menores de 70 años de edad es superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.

Puesto que se requieren sofisticadas pruebas de laboratorio para distinguir entre la diabetes de tipo 1 (que exige inyecciones de insulina para la supervivencia del paciente) y la diabetes de tipo 2 (en la que el organismo no puede utilizar adecuadamente la insulina que produce), no se dispone de estimaciones mundiales separadas sobre la prevalencia de la diabetes de tipo

1 y de tipo 2. La mayoría de las personas afectadas tienen diabetes de tipo 2, que solía ser exclusiva de adultos, pero que ahora también se da en niños (OMS, 2016).

En Ecuador, diabetes están afectando a la población con tasas cada vez más elevadas. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años es de 1.7%. Esa proporción va subiendo a partir de los 30 años de edad, y a los 50, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes.

La alimentación no saludable, la inactividad física, el abuso de alcohol y el consumo de cigarrillos, son los cuatro factores de riesgo relacionados directamente con las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes.

La ENSANUT demuestra que la prevalencia de la obesidad está aumentando en todos los grupos de edad. 3 de cada 10 niños en edad escolar presenta sobrepeso y obesidad. 1 de cada 4 niños en edad preescolar es pequeño para su edad y el porcentaje del sobrepeso se ha duplicado en las últimas tres décadas. 2 de cada 3 ecuatorianos entre los 19 y 59 años tiene sobrepeso y obesidad, lo que constituye un serio problema de salud pública.

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, según la información del Anuario de Nacimientos y Defunciones publicado por el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC) en 2013, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial se encuentran en el tercer y quinto lugar, respectivamente, de las enfermedades que causan muerte en los ecuatorianos, se registraron 63.104 defunciones generales. El 80% de estas muertes es evitable con una dieta saludable y ejercicio físico, pero predomina el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios (INEC, 2013).

Según estos datos, la principal causa de muerte en los hombres fueron los accidentes de transporte terrestre con 2.469 casos registrados, mientras que en las mujeres la principal causa de defunción es la diabetes mellitus con 2.538 casos. Las enfermedades hipertensivas son la segunda causa de defunción para las mujeres y tercera para los hombres (INEC, 2013).

Parte fundamental en la prevención de las patologías mencionadas en los párrafos anteriores está en adherirse adecuadamente a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, sugeridos por el equipo de salud. Sin embargo, sólo la mitad de los pacientes con estas patologías lo logrará en el primer año, para posteriormente seguir el plan terapéutico ocasionalmente. En consecuencia, aproximadamente tres cuartas partes de los pacientes no lograrán un control óptimo.

Por otro lado, en la familia se satisfacen las necesidades que están en función de la conservación, fomento y recuperación de la salud; cuando uno de sus integrantes es afectado por alguna enfermedad, la funcionalidad del núcleo familiar se ve amenazada al no tener control sobre ello. Esto se manifiesta cuando la persona requiere de la contribución afectiva y material de su familia para cumplir con las indicaciones terapéuticas; a menos de que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declinará su nivel de adherencia. De manera que la funcionalidad familiar es la piedra angular en la adherencia terapéutica y no terapéutica desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía (Pisano, 2014).

Por ser enfermedades crónicas degenerativas y con un alto índice de complicaciones, la relevancia recae en el impacto económico y social, tanto para la familia –como ya se ha visto anteriormente- y para los sistemas de salud. Los costos institucionales anuales por atención a

personas con enfermedades crónicas no transmisibles, ocupan un porcentaje significativo del presupuesto destinado a la salud y del Producto Interno Bruto (Dilla, 2009).

Lo anterior son datos alarmantes que imponen retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que sus consecuencias demandan una atención compleja, de larga duración y costosa; por ello es necesario explorar otras alternativas que apoyen a la persona a mejorar su calidad de vida a través de una adecuada adherencia terapéutica, tomando como base la premisa de que la familia constituye la unidad de reproducción social y mantenimiento de la especie humana, y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocial (Dilla, 2009).

Asimismo, es importante enfatizar que el papel primordial del personal de salud, es dirigir sus intervenciones hacia la prevención, por lo tanto, queda un terreno poco trabajado, pero muy importante, donde el personal profesional del cuidado debe incidir para evitar que las personas tengan situaciones de urgencia posiblemente alguna secuela o incluso la muerte (Soria, 2011)

CAPÍTULO II

2.1. DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es un desorden metabólico de los carbohidratos, grasas y proteínas caracterizados por glucemias elevadas de manera crónica, lo que da como resultado la coexistencia de defectos multiorgánicos como resistencia a la insulina en el músculo y tejido graso, a lo que se le añade un avanzado deterioro de la función y la masa de células pancreáticas de tipo beta, inadecuada secreción de glucagón y la producción aumentada de glucosa hepática. (Sociedad Argentina de Diabetes, 2010).

El entendimiento de la enfermedad crónica y su trayecto, ha facilitado la realización de procedimientos para intervenir sobre todo en la prevención primaria, su diagnóstico precoz y el actuar de manera idónea en su mediación (sea curativa, de limitación del daño, sustitutivo, paliativo o de rehabilitación). (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2013)

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un padecimiento de presentación variada, con alteraciones genéticas que identifican la edad de su aparición clínica y la importancia de sus alteraciones en relación a los factores ambientales tales como la alimentación y la obesidad. Los casos de DM2 con alteración monogénica son extraños y empiezan en el nacimiento hasta la adolescencia; en ellos la obesidad quedaría como factor secundario.

En la DM2, el dominio del medio ambiente tiene mucha importancia ya que se va a caracterizar por ser poligénica y multifactorial, con una progresiva reducción de la secreción de la insulina junto a la alteración en el control de la glicemia; por lo que todas las características se presentan de manera gradual. A medida que la edad avanza los factores

ambientales que predisponen a la resistencia de la insulina cobran fuerza, caso contrario ocurre en los individuos más jóvenes donde la génesis de la resistencia a la insulina es de índole genética. (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2013)

En gran parte de las personas que padecen diabetes, existen antecedentes familiares con esta enfermedad. Con frecuencia de haber tenido bajo peso al momento del nacimiento y un aumento de peso mayor a lo normal en la adolescencia. En su mayoría acumulan la grasa en el abdomen. Un porcentaje considerable padece de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertriglicéridemia, aumento del colesterol HDL y del ácido úrico antes del aumento de la glucosa en sangre.

La DM2 es una enfermedad progresiva, en la cual el riesgo sufrir una coronariopatía, un evento cerebrovascular, enfermedades microvasculares y por último mortalidad, son asociados altamente con la hiperglucemia. Lo que caracteriza primariamente el curso de la enfermedad es la declinación en la función de las células β y el fallo en la resistencia insulínica; por lo que clínicamente se manifiesta por el deterioro de parámetros como: HbA1c, glicemias en ayunas elevadas y los niveles de glicemias postprandiales.

Tiempo después, el nivel de glucosa en sangre aumenta, al principio luego de haber ingerido alimentos, y después de ciertos años en ayuna. El conocer esta secuencia facilita la identificación de los sujetos con un alto riesgo de desarrollar un posible daño microangiopático (retinopatía, nefropatía, y neuropatía periférica) y macroangiopático (coronariopatía y vasculopatía periférica). (Aguilar, 2005).

La historia natural sucede en varias etapas, por la información que se tiene, esta empieza alrededor de diez a veinte años antes de su aparición clínica. Primeramente, predomina la resistencia a la insulina de largo periodo preclínico, en los primeros años, en que el páncreas para compensar estos cambios, incrementa de manera progresiva la salida de insulina generando una hiperinsulinemia, manteniendo las glicemias en ayunas y postprandiales en cifras normales, a lo que se asocia además a una lipotoxicidad en la persona que presenta obesidad e insulinoresistencia.

En una segunda etapa, se genera una respuesta aguda que trata de mantener la respuesta de resistencia a la insulina, pero la acción de secreción de las células β comienza a reducir, aumentando las glicemias y se pone en manifiesto alterándose la glicemia en ayunas y los valores de la intolerancia a la glucosa. En esta etapa la glucotoxicidad juega un papel importante para el daño insular, ya que mantiene la resistencia a la insulina e incrementa los niveles de glucemia de manera progresiva causando finalmente las manifestaciones clínicas del padecimiento.

Por último, en una tercera etapa, la resistencia a la insulina se mantiene; sin embargo, la capacidad de secreción de insulina va decayendo de forma paulatina por lo que es necesario instaurarla como terapia. Por lo que las personas con DM2 deben de tener un cuidado médico continuo, pero, también requieren de una adecuada educación para manejar la enfermedad, sobre todo para prevenir complicaciones agudas, reducir al máximo el riesgo de complicaciones crónicas y, por último, mejorar la calidad de vida. A pesar de ello, la baja adherencia farmacológica y no farmacológica, observada en los pacientes con diabetes es bastante frecuente y se debe, sobre todo, por lo complejo del tratamiento, ideologías erróneas sobre el estado de salud y de la enfermedad que las personas tienen y por el estilo paternalista

que hay en la atención médica tradicional, que, todo sumado, le impiden al paciente controlarse en su conducta frente al padecimiento. (QUIROZ, et al, 2007)

2.1.1. CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

La clasificación de la diabetes se basa en su etiología y características fisiopatológicas, contempla cuatro grupos:

- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Otros tipos de diabetes
- Diabetes gestacional

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) a su vez se clasifica en (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2013):

- Predominantemente insulinoresistente con deficiencia relativa de insulina.
- Predominantemente con un defecto secretor de la insulina con o sin resistencia a la misma.

2.1.2. DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

- Glucemia en ayuno medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dL (7 mmol/L), que debe ser confirmada en una segunda prueba.
- Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL (11,1mmol/L) dos horas después de una carga de 75 gramos de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa, (PTOG).

- Síntomas clínicos de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual a mayor a 200 mg/dL (11,1 mmol/L). Los síntomas clásicos de la diabetes incluyen el aumento del apetito, poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.
- Una hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) mayor o igual a 6,5 %. (Standards of medical care in diabetes, 2014)

2.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. (OMS.2013)

La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma. En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre. (OMS.2013)

2.2.1. CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Se recomienda clasificar la PA como:

- Óptima.
- Normal.
- Normal – alta.
- HTA de grado 1
- HTA de grado 2
- HTA de grado 3
- HTA sistólica aislada

2.2.2. CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN

La PA puede ser muy variable, por lo que el diagnóstico de hipertensión no debe basarse en una sola sesión de lecturas en el consultorio, excepto cuando la PA haya aumentado significativamente o cuando haya certeza clara de daño orgánico inducido por HTA.

En el resto de los casos, la repetición de las mediciones en consulta es la estrategia tradicional utilizada para confirmar la elevación persistente de la PA y para la clasificación de la hipertensión en la práctica clínica y en estudios de investigación. El número de consultas y el intervalo entre ellas dependen del grado de HTA y tienen relación inversa con este.

Por el contrario, para pacientes con una elevación de la PA de grado 1, el lapso para repetición de las mediciones puede extenderse varios meses, especialmente cuando el paciente tenga riesgo bajo y no haya evidencia de daño orgánico inducido por HTA (ESC/ESH, 2018).

2.2.3. Tratamiento de la hipertensión.

De acuerdo a la ESC/ESH, 2018 hay 2 estrategias establecidas:

- Los cambios en el estilo de vida y
- El tratamiento farmacológico.

2.2.3.1. *Modificaciones en el estilo de vida.*

Llevar una vida saludable puede precaver o prorrogar la aparición de HTA y reducir el riesgo CV. Renovar el estilo de vida es idóneo para retrasar o prevenir la necesidad de tratamiento farmacológico de los pacientes con HTA de grado 1 (ESC/ESH, 2018). Las medidas recomendadas para los cambios en el estilo de vida de las que se ha demostrado que reducen la PA son:

- *Restricción de sodio en la dieta.*
- *Otros cambios en la dieta.*
- *Reducción de peso.*
- *Ejercicio físico regular.*
- *Abandono del tabaco y alcohol.*

2.2.4. Tratamiento farmacológico para la hipertensión.

2.2.4.1. Fármacos para el tratamiento de la hipertensión.

Casi una totalidad de los pacientes necesitan tratamiento farmacológico, aparte de cambios de estilo de vida para obtener un control impecable de la PA. Se recomiendan 5 clases de fármacos para el tratamiento de la HTA (Corrao, 2008):

- **Bloqueadores del sistema renina-angiotensina (inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina y antagonistas del receptor de la angiotensina II).** - Los IECA y ARA-II son las clases de fármacos antihipertensivos más empleados. (Reboldi, 2019)
- **Bloqueadores de los canales del calcio.** - Se usan considerablemente para el tratamiento de la HTA y tienen similar eficacia que otras clases de fármacos en la PA.

- **Diuréticos tiazídicos y análogos tiazídicos (clortalidona e indapamida).** - Los diuréticos también suelen ser eficientes que las otras clases de fármacos para la prevención de la insuficiencia cardiaca.
- **Bloqueadores beta.** - Los Bloqueadores Beta disminuyen significativamente el riesgo de, insuficiencia cardiaca y complicaciones CV graves en pacientes hipertensos. Comparados con otros fármacos hipotensores.

2.3. COMPETENCIAS MÉDICAS

Según Peinado (2005) son el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten una excelente práctica médica, en continuo perfeccionamiento, adecuada al contexto social en que se desarrolla. Las competencias denominadas genéricas o transversales han sido tomadas del Proyecto Tuning, que las ha clasificado en:

Valores profesionales, actitudes, comportamientos y ética.- Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos y las responsabilidades legales; saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional; desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias, cultura; y, a otros profesionales de la salud.

Fundamentos científicos de la medicina.- Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones; comprender y reconocer los efectos, mecanismos y manifestaciones de la enfermedad sobre la estructura y función del cuerpo humano; comprender y reconocer los efectos del crecimiento, el desarrollo, el envejecimiento sobre el individuo, su entorno social, los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones terapéuticas, basándose en la evidencia científica disponible.

Habilidades clínicas.- Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante, realizar un examen físico y una valoración mental, tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada, reconocer y tratar las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato, y aquellas otras que exigen atención inmediata, establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento aplicando los principios basados en la mejor información posible e indicar la terapéutica más adecuada de los procesos agudos y crónicos más prevalentes, así como de los enfermos en fase terminal; además, plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.

Habilidades de comunicación.- Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo, y comprender el contenido de esta información, comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales, establecer una buena comunicación interpersonal, que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.

Manejo de la información.- Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y sanitaria, saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación, mantener y utilizar los registros con información del paciente para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos.

Análisis crítico e investigación.- Tener en la actividad profesional, un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo constructivo y orientado a la investigación, comprender la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, la prevención y el manejo de las enfermedades, ser capaz de formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas, siguiendo el método científico.

2.4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se determina a la adherencia al tratamiento como la capacidad que tiene el paciente para asumir las indicaciones o consejerías dadas por el proveedor de servicios médicos, en cuanto a los hábitos o cambios en el estilo de vida que son recomendados, además del tratamiento farmacológico indicado. (Sabate, 2004)

Actualmente existen pocos acuerdos en cuanto a su conceptualización, por tanto en su evaluación e intervención, actualmente se plantea en este aspecto que la adherencia al tratamiento es un proceso complicado que compromete una variada serie de conductas diarias, las mismas que deben encajar y ser acordes con las pactos realizados y las sugerencias impartidas y aprobadas en la comunicación con los médicos que se encargan de las atenciones, evidenciando de esta manera un compromiso activo del paciente para mantener estable su padecimiento; por tal razón, esta manera de comprender la adherencia al tratamiento no ha extendido de manera efectiva a los proveedores de salud que realizan las atenciones a personas con ECNT, en los que aún se continúa valorando solo la adherencia en la toma de la medicación, la realización de controles mensuales y, por tanto, se obvia lo farmacológico de esta manera. Las actitudes frente a la adherencia hacen alusión a la

integración o el mejoramiento de los hábitos en el estilo de vida, la transformación de los que constituyan un factor de riesgo para la generación de una condición patológica, por lo cual el generar conocimiento y desarrollar habilidades para vigilar ciertas situaciones que pueden estorbar con las metas terapéuticas.

La adherencia no farmacológica es uno de los pilares fundamentales para lograr una eficacia en el régimen terapéutico, debido a que si es insuficiente no se conseguiría el beneficio clínico óptimo. Por lo que se ha sugerido que la adherencia terapéutica y no terapéutica deficiente, sería la principal causa de un manejo incorrecto de estas patologías. Se ha comprobado que una correcta adherencia consigue un buen control y disminuye el riesgo de futuras complicaciones. (OMS, 2003)

2.4.1. Adherencia al tratamiento no farmacológico.

La eficacia de la adherencia al tratamiento no farmacológico, como la disminución en la ingesta de sal, la reducción de peso corporal, la medida en el consumo de alcohol y el aumento en la actividad física para reducir las cifras de tensión arterial, ha sido comprobada en varios estudios. Aunque existen datos poco limitados, sobre la adherencia a otras medidas respecto del modo de vida concebida para el control. Actualmente, se sospecha que gran parte de los problemas relacionados con la adherencia al tratamiento no farmacológico son similares a los que están relacionados con la adherencia a la farmacoterapia y esta es un área que justifica la investigación adicional.

2.4.2. Factores que contribuyen a la adherencia no farmacológica

Se ha comprobado que varios factores ayudan a la adherencia y se los ha estudiado ampliamente; de los cuales, están entre los dos factores más importantes que ayudan a esta

adherencia deficiente tenemos la naturaleza asintomática y vitalicia de la enfermedad; otros factores potenciales de la adherencia pueden estar relacionados con:

- Factores demográficos como la edad y el nivel de instrucción.
- Comprensión y percepción del paciente sobre la enfermedad.
- Modalidad del médico para prescribir de manera correcta la aplicación de medidas no farmacológicas.
- Una deficiente relación médico paciente.
- Influencias de los sistemas de salud.
- Estrato socioeconómico bajo, el analfabetismo y estar desempleado. (PARDELL, 2007)

2.4.3. Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento.

La defectuosa adherencia al tratamiento puede favorecer diversas formas: impedimentos para empezar el tratamiento, interrupción prematura o abandono, poco cumplimiento o insuficiente de las prescripciones (errores de omisión, de dosis, tiempo, equivocación en el uso de los medicamentos), no asistencia a consultas, falta en la modificación de hábitos y estilo de vida. (GUTIERREZ, 2012).

Entre los factores personales que más frecuentemente influyen están:

- Factores socioeconómicos.
- Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria.
- Factores relacionados con la enfermedad.
- Factores relacionados con el tratamiento.
- Factores relacionados con el paciente.

1.1. REPRESENTACIONES SOCIALES.

Las representaciones sociales son una asociación entre la familia y la sociedad e incluye esa exploración de las creencias, las tradiciones y cultura para la adopción de medidas que contribuyan al beneficio del individuo; quienes, conocen la realidad que les rodea por medio de explicaciones que obtienen de los procesos de comunicación y del pensamiento social; por lo cual, estas representaciones sociales condensan dichas explicaciones y hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que tiene un papel importante sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común; y, este sentido común es una forma de percibir, razonar y actuar. Serge Moscovici en 1961 expreso que estas representaciones son un tipo de modo particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (Gonzales, 2018).

Posteriormente el sociólogo Emile Durk readecúa este concepto, y se afirma que las representaciones sociales son un conjunto de conceptos, definiciones originados a diario; se necesita un fenómeno social del cual se parte para la construcción de las diversas representaciones individuales, que son variables y efímeras, que van de la mano con todas las influencias externas e internas que afectan a una persona; incluyen: mitos, religiones y arte, entre otras. Tienen un papel principal en la dinámica social, porque incluye cuatro funciones fundamentales:

- Funciones de saber: permite entender y explicar la realidad, facilitar la comunicación social, así poder adquirir conocimientos e integrarlos en un marco que permitan comprenderlo.
- Funciones identitarias: elabora una identidad personal y social que sea compatible con las normas y valores que tiene determinados una sociedad.

- Funciones de orientación: conduce los comportamientos y las prácticas; en este proceso intervienen el tipo de relaciones pertinentes para el sujeto, selecciona la información, interpreta la realidad y define el comportamiento o prácticas obligadas.
- Funciones justificadoras: permite justificar las posturas, y acciones asumidas por los individuos.

En las ECNT, reconocer estas funciones ayudarán a entender porque las personas siguen o no los tratamientos y recomendaciones indicadas para su control. Por lo tanto, estas representaciones sociales van a influir en el accionar individual y social; y en especial tiene un mayor énfasis la función justificadora porque permite a aquellos que tienen hipertensión arterial tener excusas a sus acciones que van en contra de las recomendaciones que proveen el personal de salud, como: no tomar los fármacos, fumar, beber licor en exceso, y sobre todo la alimentación. Viéndolo de una perspectiva general, esta información es significativa para acercarnos a la representación social y su proceso de construcción (Gonzales, 2018).

Para seguir con el matiz, otro estudio actual (Mazzeo 2013) nos revela la relación entre migración y cambios de hábitos saludables en personas de Haití que se desplazaron a las Bahamas. Aquí, las variables de dieta, estrés y pobreza figuran como los factores predominantes en causar presión arterial elevada. Este estudio revela que el proceso de adaptación a ambientes foráneos diferentes termina por generar estrés y los mecanismos culturales correspondientes para lidiar con esto. Vale decir entonces, que la adaptación cultural es parte de la vida humana frente a los cambios socioculturales. Sin duda, los grupos culturales comparten representaciones sociales en torno a sus enfermedades comunes, en dónde el análisis de las estructuras semánticas para la comprensión y aplicación de modelos causales resulta primordial (García del Alba et al 2012).

CAPÍTULO III

3.1. JUSTIFICACION:

Para mejorar la adherencia terapéutica al tratamiento no farmacológico, es necesario saber de qué manera influye el médico familiar, en conjunto con la familia para derivar estrategias en donde se pueda intervenir, tanto en la promoción, prevención y recuperación de la salud, integrando al familiar como estrategia para mejorar la adherencia (Orozco, 2015).

Por lo tanto, se pretende determinar el nivel de adherencia no farmacológica, así como el grado de funcionalidad que presenta la familia de las personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus.

La funcionalidad familiar está determinada como respuesta a las necesidades de la cultura; un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia, debido a esto se puede generar una mejor adherencia, tanto farmacológica como no farmacológica, por lo que con la funcionalidad familiar se puede alcanzar objetivos familiares

o funciones básicas se cumplen plenamente y cuando se obtiene la finalidad en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.

3.2. PROBLEMA Y OBJETIVOS

3.2.1. Problema de investigación.

¿Cómo influye la atención de los médicos familiares y de los médicos generales en la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, considerando las representaciones sociales que las personas enfermas y sus familiares tienen sobre la enfermedad y su cuidado?

3.2.2. Objetivo general.

Establecer la diferencia entre la atención de los médicos familiares y la de los médicos generales en la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles., considerando las representaciones sociales que tienen los pacientes, sus familiares y el personal de salud sobre la enfermedad y su cuidado.

3.2.3. Objetivos específicos.

- Establecer la prevalencia de falta de adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes atendidos en Hospital Básico El Carmen (Unidad Anidad el Carmen), Manabí y en Centro de Salud “Portoviejo”.
- Conocer la dinámica de la familia y su relación con la falta de adherencia al tratamiento no farmacológico.
- Caracterizar la diferencia entre la forma de atención que brindan los médicos familiares y los médicos generales de las unidades de salud citadas

- Explicar desde el punto de vista cultural las representaciones sociales que sobre la enfermedad y su cuidado tienen los pacientes, sus familiares y el personal de salud en relación particular con la falta de adherencia al tratamiento.

3.3. HIPOTESIS OPERATIVA

Hay mejor adherencia al tratamiento no farmacológico de las enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes atendidos por médico familiares, considerando las representaciones sociales que se tienen sobre la enfermedad y el cuidado de estas enfermedades.

3.4. METODOLOGÍA

Este estudio dispone de un enfoque cuantitativo y cualitativo de naturaleza complementaria. La parte cuantitativa tiene como propósito identificar las dimensiones de la situación y la parte cualitativa describir e interpretar las representaciones sociales que las personas y personal de salud que las atienden, tienen sobre las enfermedades en las que centra la atención este proyecto.

Universo de estudio. - Pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Básico “El Carmen” y Centro de Salud tipo “B” Portoviejo; y, los profesionales que brindan atención a los usuarios con hipertensión arterial.

Criterios de inclusión. – el enfoque cualitativo (entrevistas), y cuantitativo (encuesta).

Para las personas que presentan enfermedades crónicas no transmisibles:

- Grupo etario de entre 35 a 70 años

- Haber sido diagnosticado de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus 2 al menos tres meses antes de este estudio o haber llevado algún tipo de tratamiento para su problema de salud.
- No tener limitación cognitiva o discapacidad para responder a las preguntas de los instrumentos.
- Que haya aceptado participar en este estudio, previa explicación detallada de su alcance y haya firmado el consentimiento informado.

Para el personal de salud: tener más de un año trabajando en la unidad de salud atendiendo a personas con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus 2. Aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Para pacientes: no estar en el rango del grupo etario y en el tiempo mínimo antes mencionado, tener discapacidad para responder las preguntas, no aceptar participar en el estudio.

Personal de salud, no se incluye quienes señalen su deseo de no participar en el estudio.

Componente cualitativo.

En la investigación cualitativa se hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas semi-estructuradas (Pita, 2002). Se utilizará el Modelo de Daniel Prieto Castillo para realizar el análisis.

Análisis narrativo. - se obtendrán ideas centrales con el wordle y luego se procede a analizar el discurso según el modo de predica y el grado de referencialidad.

- Ideas núcleos. - corresponde a lo que del discurso se dice fundamentalmente.
- Modo de predicación. - constituye al sujeto en cuestión y puede ser de estado o de acción.
- Grado de referencialidad. - puede ser alta (nos indica con propiedad información del sujeto); baja (ofrece poca información); y, distorsionado (provee características diferentes a lo solicitado)

Análisis ideológico. - Consiste en lo que fundamentalmente se está predicando del sujeto.

- Uniaccidentalidad. - se busca dejar en el perceptor una sola interpretación por medio de redundancias.
- Consignas de interpretación. - indica que interpretar incluso con lo que vamos percibiendo.
- Apelación a experiencias decisivas. - experiencias que marcan la vida del sujeto.
- Visión polarizada de la realidad. - se está de un extremo a otro.

Componente cuantitativo. – En este estudio se aplicaron los siguientes instrumentos: Encuestas (o test) se cuenta con varias, así, para valorar la atención que brindan los médicos se utilizara el Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P), que fue valorado con respuestas de SI-NO.

Se utilizó el Cuestionario de adherencia al tratamiento no farmacológico para casos de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus. Para medir la dinámica y funcionalidad familiar se utilizó el Cuestionario de FF-SIL, en la que existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que

éstas a su vez tienen una escala de puntos que van de valor bajo para el ítem casi nunca y el valor más alto para el ítem casi siempre.

3.4.1.1. Muestra.

De un total de 1200 pacientes que se atienden en estas unidades de salud, se encuestará a 134 pacientes por cada unidad de salud incluidas en este estudio, como resultado del siguiente cálculo:

$$n = z\alpha * \frac{p*q}{e^2}$$

$$n = (1.96)^2 \frac{0.09*0.91}{(0.05)^2}$$

$$n = 3,84 * \frac{0.081}{0,0025}$$

$$n = 3,84 * 32$$

$$n = 122 + 10 \% \text{ de seguridad}$$

$$n = 134$$

3.5. Operacionalización de las variables

VARIABLE	Definición	Tipo de variable	Escala	Indicador	Fuente
VARIABLES DEMOGRÁFICAS					
Edad	Tiempo de vida del paciente transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Cuantitativa continua	1. Años cumplidos	Medidas de tendencia central y dispersión.	Ficha de identificación
Sexo	Conjunto de características fenotípicas determinadas por el genotipo de la persona.	Cualitativa nominal	1. Mujer 2. Hombre	Porcentaje	Ficha de identificación
Estado civil	Atributo de la personalidad que define la situación jurídica de la persona en la familia y en la sociedad.	Cualitativa nominal	1. Casado/a 2. Unión libre 3. Separado/ a 4. Divorciado/a 5. Viudo/a 6. Soltero/a	Porcentaje	Ficha de identificación
Escolaridad	Grado más elevado de estudios realizados por una persona en educación formal. Años terminados de estudio formal de la persona.	Cualitativa ordinal	1- Ninguno 2- Centro de alfabetización 3- Primaria 4- Secundaria 5- Superior	Porcentaje	Ficha de identificación
Ocupación laboral	Actividad a la que se dedica actualmente la persona.	Cualitativa nominal	1- Profesional 2- Técnico 3- Obrero 4- Estudiante 5- QQDD 6- Desempleado / Jubilado	Porcentaje	Ficha de identificación
Lugar de Residencia	Lugar en que la persona ha vivido de forma ininterrumpida durante al menos los últimos 12 meses, sin contar las ausencias	Cualitativa nominal	1. Urbana 2. Rural	Porcentaje	Ficha de identificación

	de este lugar por motivos laborales o de vacaciones.				
Tipo de Familia	Estructura organizacional de la familia determinada por los miembros del grupo familiar, la función de cada uno y las relaciones jerárquicas entre los miembros de la familia.	Cualitativa nominal	1. Familia nuclear. 2. Familia extensa. 3. Familia ampliada. 4. Equivalentes familiares 5. Familias corporativas 6. Personas solas.	Porcentaje.	Ficha de identificación
VARIABLES DE ESTUDIO					
Adherencia al tratamiento	Es el grado en que el paciente cumple con las indicaciones terapéuticas, tanto médicas como psico-conductuales.	Cualitativa nominal	1. Si. 2. No.	Porcentaje.	Ficha de identificación
Consumo de grasas e hidratos de carbono	Dieta caracterizada por aporte energético de hidratos de carbono más del 60% y grasas más del 30%.	Cualitativa nominal	1. Si 2. No	Porcentaje.	Ficha de identificación
Dieta baja en sal	Dieta baja en sodio menos de 2 gramos al día.	Cualitativa nominal	1. Si 2. No	Porcentaje.	Ficha de identificación
Actividad física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.	Cualitativa nominal	1. Si 2. No	Porcentaje.	Ficha de identificación
Funcionalidad familiar	Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, con fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, con clara definición de aspectos jerárquicos, límites precisos, alianzas productivas y autonomía.	Cualitativa nominal	1. Familia funcional 2. Familia con disfunción leve 3. Familia con disfunción moderada 4. Familia con disfunción severa	Porcentaje.	Ficha de identificación familiar filiograma
Educación en salud	Información brindada por el personal de salud promoviendo e incorporando conocimientos, actitudes y hábitos saludables, y desarrollar la capacidad crítica para tomar las decisiones que faciliten el cuidado de la propia salud y de los demás.	Cualitativa nominal	1. Acuerdo 2. Desacuerdo	Porcentaje.	Escala CREM-P

3.6. ASPECTOS BIOETICOS

Esta investigación está catalogada sin riesgo, ya que los participantes serán evaluados con herramientas no invasivas como son los cuestionarios para cada situación. Los cuales no deberían provocar perjuicio físico, ni psicológico, personal ni familiar, ni de la comunidad a ser evaluada; pero de la misma manera se realizará previa firma del consentimiento informado antes de recolectar los datos de cada individuo participante, así como de los profesionales de la salud, asegurando la confidencialidad de los datos recolectados.

Así tenemos que la confidencialidad es la propiedad de la información, por la que se garantiza que está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información. La confidencialidad ha sido definida por la Organización Internacional de Estandarización como "garantizar que la información es accesible sólo para aquellos autorizados a tener acceso" y es una de las piedras angulares de la seguridad de la información. Por lo que la mejor manera para lograr un mejor control de estas enfermedades, es mediante adecuadas medidas no farmacológicas y farmacológicas, para obtener así la adherencia al plan terapéutico. De tal manera la comunicación se convierte en un elemento fundamental, y que el paciente debe de conocer todo acerca de su enfermedad, las complicaciones que conlleva, y el porqué de la necesidad de seguir un régimen terapéutico.

3.7. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.7.1. Recursos humanos.

- Responsables de la investigación
- Asesores de tesis.
- Colaboradores

3.7.2. Presupuesto o costo de la investigación.

A. BIENES:	
- Utilices de oficina	160.00
- Otros	150.00
B. SERVICIOS:	
- Fotocopias	100.00
- Digitación	150.00
- Recolección de la información	120.00
- Anillados	60.00
- Encuadernación	150.00.
- Pasajes	250.00
- Otros	200.00
C. TOTAL	1340.00

3.7.3. Cronograma

Revisión bibliográfica	2019					
	MESES					
	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Revisión bibliográfica	X					
Planteamiento del problema	X					
Anteproyecto: elaboración y presentación	X					
Revisión y correcciones	X					
Elaboración del proyecto	X					
Aprobación del proyecto	X					
Recolección de datos		X				
Procesamiento de datos			X	X		
Elaboración de conclusiones					X	
Presentación de la tesis						X

CAPÍTULO IV

4.1. CONTEXTO DEMOGRAFICO Y SOCIOCULTURAL

Cs PORTOVIEJO: limita al NORTE: Calle Pedro Gual, desde la calle Rocafuerte, hasta el puente Velasco Ibarra, SUR: Río Portoviejo, desde el puente Santa Cruz, hasta el puente El Mamey, ESTE: calle Rocafuerte, desde la Pedro Gual, hasta el puente Santa Cruz, y OESTE: Río Portoviejo. La población en esta parroquia es de recursos económicos medios, y de nivel educativo secundario y superior. Donde se encuentran además varias entidades públicas, financieras y donde se encontraba en centro económico de la ciudad antes de terremoto.

El Carmen en los últimos 24 años ha aumentado considerablemente su población. La población hasta el 2014 de este cantón es de 99.828 habitantes, cantidad que representa el 6,50 % del total de la provincia de Manabí y el 0.61% de la población ecuatoriana. Mientras que el promedio de personas por familia se ubica en 4,18 miembros por familia. Hay que resaltar que la tasa de crecimiento de la población del cantón en los últimos años es superior en relación al porcentaje de crecimiento provincial (1,6%) y nacional (1,9%). Dentro de lo que corresponde al área urbana de la parroquia El Carmen tenemos una población de 17.261 habitantes aproximadamente.

4.2. RESULTADOS

Se encuestaron un total de 239 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, que realizan sus controles médicos en el Centro de Salud “Portoviejo”, tipo B, y de la Unidad Anidada de El Carmen. A todos los participantes en el estudio que se les realizó una encuesta,

en donde se determinaron los datos sociodemográficos, el cumplimiento de la terapia no farmacológica y la funcionalidad familiar.

4.2.1. Demografía de la población

La frecuencia según el lugar de residencia en los pacientes que fueron encuestados en el Cs Portoviejo, el 98% (n= 98) pertenecían al área urbana, mientras que el 2% (n= 2) eran del área rural. A diferencia de lo encontrado en los pacientes que se atendieron en la Unidad Anidada de El Carmen, en el cual se obtuvo un 66,1% (n= 92) del área urbana, y en un 33,8% (n= 47) pertenecientes a la zona rural. En cuanto al estado civil que más porcentaje presentó en el Cs Portoviejo fue casado, con un 40% (n= 40), seguido de unión libre con un 23% (n= 23); mientras que, en la Unidad Anidada de El Carmen, la que predominó fue la unión libre con un 53,2% (n= 74), seguido por estar casado con 23,0 % (n= 32).

Tabla # 1 Distribución cronológica por centros de salud.

CRONOLOGIA	PORTOVIEJO		EL CARMEN		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Adulto medio	14	14,00%	44	31,65%	58	24,27%
Adulto maduro	46	46,00%	89	64,03%	135	56,49%
Anciano joven	40	40,00%	6	4,32%	46	19,25%
Total	100	100,00%	139	100,00%	239	100,00%

Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Encuesta 2019

Las características generales de la muestra de estudio que están descritas en la tabla 1. La edad media de la población general es de 57 años, con un mínimo de 36 años y un máximo de 70, con una moda de 60 años, y con una desviación estándar (DS) de 8,4. La pirámide poblacional del INEC 2010, en Manabí demuestra que hay un mayor porcentaje de adultos medios, con un 17,3%, luego por adultos maduros con un 6,9% y los ancianos jóvenes con un 3,3%.

Predominando en este estudio, los adultos maduros con 56,4% (n= 135), mientras que la frecuencia de los adultos medios y anciano jóvenes fue del 24,7% (n= 58) y del 19,2% (n= 46) respectivamente.

Tabla # 2 Distribución del género por centros de salud.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	64	64,00%	105	75,54%	169	70,71%
MASCULINO	36	36,00%	34	24,46%	70	29,29%
Total	100	100,00%	139	100,00%	239	100,00%

Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier

Fuente: Encuesta 2019

De los datos obtenidos se estableció la asistencia de las mujeres en un 70,7% (n=169), y hombres en un 29,2% (n=70), de la muestra total. La población que se atendió en el Cs Portoviejo, las mujeres tienen un porcentaje de 64% (n= 64), y hombres de 36% (n= 36); mientras que en la Unidad Anidada de El Carmen el 75,5% son mujeres (n= 105) y hombres fue de 24,4% (n= 34), concuerda con los datos publicados en el INEC, donde se demuestra la existencia de mayor número de mujeres en comparación con los hombres.

Tabla # 3. Distribución instrucción por Centros de Salud.

ESTUDIOS	Portoviejo		El Carmen		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	6	6,00%	1	0,72%	7	2,93%
CENTRO DE ALFABETIZACION	0	0,00%	3	2,16%	3	1,26%
PRIMARIA	35	35,00%	63	45,32%	98	41,00%
SECUNDARIA	41	41,00%	72	51,80%	113	47,28%
SUPERIOR	18	18,00%	0	0,00%	18	7,53%
Total	100	100,00%	139	100,00%	239	100,00%

Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier

Fuente: Encuesta 2019

La escolaridad en la muestra general es secundaria en el 45,5% (n=77) y primaria en el 42% (n=71) en las mujeres; en los hombres es secundaria en el 51,4% (n=36) y primaria en el 38,5% (n=27).

Tabla # 4 Distribución ocupación laboral por centros de salud.

EMPLEO	Portoviejo		El Carmen		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
EMPLEADO	30	30,00%	22	15,83%	52	21,76%
JORNALERO	4	4,00%	20	14,39%	24	10,04%
DESEMPLEADO	16	16,00%	6	4,32%	22	9,21%
QQDD	50	50,00%	91	65,47%	141	59,00%
Total	100	100,00%	139	100,00%	239	100,00%

Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier

Fuente: Encuesta 2019

La ocupación que más se presentó entre los encuestados, fue de Quehaceres Domésticos en el 82,8% (n=140), y con empleo público/privado en 11,8% (n=20), para las mujeres; para los hombres la ocupación más realizada fue de empleo público/privado en el 45,7% (n=32), y jornaleros en un 32,8% (n=23), entre otras.

Tabla # 5. Distribución tipo de familias por CS de salud.

FAMILIA	Portoviejo		El Carmen		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	73	73,00%	11	7,91%	84	35,15%
Extensa	16	16,00%	72	51,80%	88	36,82%
Ampliada	4	4,00%	56	40,29%	60	25,10%
Persona sola	7	7,00%	0	0,00%	7	2,93%
Total	100	100,00%	139	100,00%	239	100,00%

Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier

Fuente: Encuesta 2019

El tipo de familia que más se presentó en la muestra total fue la extensa, con un 36,8% (n= 88), luego se presenta la familia nuclear con un 35,1% (n= 84), la familia ampliada con 25,1% (n= 60), y por ultimo las personas solas con un 2,9% (n= 7).

4.2.2. Cumplimiento del tratamiento no farmacológico.

Tabla # 6 Distribución de adherencia al tratamiento no farmacológico por centros de salud.

		Portoviejo		El Carmen		Total	
Actividad Física	NO	11	11,00%	84	60,43%	95	39,75%
	SI	89	89,00%	55	39,57%	144	60,25%
Ejercicio Físico	NO	58	58,00%	101	72,66%	159	66,53%
	SI	42	42,00%	38	27,34%	80	33,47%
Dieta baja en sal	NO	31	31,00%	54	38,85%	85	35,56%
	SI	69	69,00%	85	61,15%	154	64,44%
Consumo de grasas y azúcares	NO	31	31,00%	74	53,24%	105	43,93%
	SI	69	69,00%	65	46,76%	134	56,07%
Consumo de Potasio	NO	48	48,00%	62	44,60%	110	46,03%
	SI	52	52,00%	77	55,40%	129	53,97%
Alcohol	NO	92	92,00%	127	91,37%	219	91,63%
	SI	8	8,00%	12	8,63%	20	8,37%
Tabaquismo	NO	99	99,00%	129	92,81%	228	95,40%
	SI	1	1,00%	10	7,19%	11	4,60%

Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier

Fuente: Encuesta 2019

De los pacientes encuestados, el 60,2% (n= 144) refiere realizar de forma espontánea actividad física de manera cotidiana. En el Cs Portoviejo, el 89% (n= 89) sí realiza esta actividad, mientras que en el Cs El Carmen, lo realiza solo el 39,5% (n= 55). Además de esto, en el Cs Portoviejo, el 42% (n= 42) sí realiza algún tipo de ejercicio aeróbico, a diferencia que en el Cs El Carmen, lo realiza solo el 27,3% (n= 38).

En cuanto a los hábitos alimenticios, una de las metas es reducir el consumo de sal, por lo que se determinó que, de manera general, el 64,4% (n=154) refiere tener un consumo bajo de sal, y el 35,5% (n= 85), no controlan en el consumo de sal. Otra de las metas es reducir el consumo de grasas, azúcares y harinas, por lo que se pudo determinar, que, de todas las personas encuestadas en este estudio, el 56,0% (n=134) refiere evitar el consumo de estos alimentos, y el 43,9% (n= 105), pocas veces evitan su consumo. En cuanto al potasio, es muy beneficioso su consumo, por lo que debería ser indicado en la dieta, de esta manera un 53.9% (n= 129) refiere sí haberlo incluido en la dieta, y en un 46,0% (n= 110) no lo tiene incluido, debido principalmente a que no entre las indicaciones médicas según refirieron.

El control de los hábitos nocivos para la salud, también son pilares en la evaluación del tratamiento no farmacológico, entre los que están el alcohol y el uso del cigarrillo, por lo que se pudo determinar un bajo consumo en estos pacientes, ya que hubo un reporte de bajo consumo de alcohol en un 8,3% (n= 20), y del 4,6% (n= 11) en el consumo de cigarrillos, en la población estudiada.

4.2.3. Evaluación de la consulta médica.

Tabla # 7 Percepción de los pacientes sobre la atención médica que reciben.

	SUFICIENTE TIEMPO		MEDICO ACCESIBLE		CONTROLO MIS SINTOMAS		HABLAR CON MI MEDICO	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
MEDICO FAMILIAR	25	75	30	70	20	80	19	81
Porcentaje	30,86%	47,47%	41,10%	42,17%	39,22%	42,55%	44,19%	41,33%
GENERAL	56	83	43	96	31	108	24	115
Porcentaje	69,14%	52,53%	58,90%	57,83%	60,78%	57,45%	55,81%	58,67%
TOTAL	81	158	73	166	51	188	43	196
Porcentaje	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier

Se observó en este estudio, que, en un considerable porcentaje, los pacientes tuvieron una buena percepción en cuanto a las atenciones de los médicos, pero a pesar de lo expuesto anteriormente, varios coincidieron que, en la consulta médica, lo que más les incomoda es el ítem “Mi médico me dedica suficiente tiempo”, en el que la percepción fue para los médicos generales, un 69,1% (n= 56), y para los médicos familiares un 30,8% (n= 25), seguido por el ítem “Encuentro a mi médico accesible” con una frecuencia del 58,9% (n= 43) para los médicos generales, y en los médicos familiares, en un 41,1% (n= 30). Los otros ítems, como son “Ahora controlo mejor mis síntomas, aunque vea menos al médico”, y “Puedo hablar con mi médico”, tuvieron una frecuencia para los médicos generales del 60,7% (n= 31) y 55,8% (n= 24), y para los médicos familiares del 39,2% (n= 20), y del 44,1% (n= 19) respectivamente.

4.2.4. Funcionalidad familiar.

Tabla # 8 Distribución de la funcionalidad familiar por Centro de Salud.

FUNCIONALIDAD	Portoviejo		El Carmen		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
F. FUNCIONAL	71	71,00%	56	40,29%	127	53,14%
F. MODERADAMENTE FUNCIONAL	23	23,00%	37	26,62%	60	25,10%
F. DISFUNCIONAL	6	6,00%	46	33,09%	52	21,76%
F. SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	0	0%	0	0%	0	0%

Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier

Fuente: Encuesta 2019

Para medir la funcionalidad familiar, se utilizó la escala de FF-SIL, en todos los participantes de este estudio, cuyo resultado fue de 53,1% (n= 127), tenían la percepción de tener una familia funcional, seguida de familias moderadamente funcional con el 25,1% (n= 60), y familias disfuncionales en un 21,7% (n= 52). La distribución por centros de salud, de la

población encontrada en Portoviejo, se asimilan los valores al total de la población, con un 71% (n= 71) correspondientes a las funcionales, las moderadamente funcionales y disfuncionales se encontraron en un 23% (n= 23) y 6% (n= 6), respectivamente.

En comparación que, en El Carmen, se repite la frecuencia de las familias funcionales en primer lugar con el 40,2% (n= 56), a diferencia de los otros datos, en segundo lugar, se ubican las familias disfuncionales con 33,0% (n= 46), y por ultimo las moderadamente funcionales con un 26,6% (n= 37). Mientras las familias severamente disfuncionales no se obtuvieron datos de los mismos.

4.2.5. Correlación entre variables.

Tabla # 9 Distribución adherencia versus cronología por centros de salud.

CRONOLOGIA	ADHERENCIA					
	PORTOVIEJO		EL CARMEN		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Adulto medio	0 (0%)	14 (100,0%)	13 (29,5%)	31 (70,4%)	13 (22,4%)	45 (77,5%)
Adulto maduro	7 (15,2%)	39 (84,7%)	4 (4,49%)	85 (95,5%)	11 (8,1%)	124 (91,8%)
Anciano joven	12 (30,0%)	28 (70,0%)	0 (0%)	6 (100,0%)	12 (26,0%)	34 (73,9%)
Total	19 (100%)	81 (100%)	17 (100%)	122 (100%)	36 (100%)	203 (100%)

Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Encuesta 2019

Se dividió a los pacientes entre adherentes y no adherentes de acuerdo a los componentes, ya que al incumplir en uno solo, se determinó su incumplimiento en el tratamiento, por lo que se considera como riesgo para la no adherencia a los adultos maduros, que de manera general presento un 91,8% (n= 124), en los adultos medios, con un 77,5% (n= 45), y en los ancianos jóvenes con un 73,9% (n= 34); con un χ^2 11,8, y p 0,0027.

En cuanto a la distribución por centros de salud, en el Cs Portoviejo, la falta de adherencia prevaleció en los adultos jóvenes con el 100,0% (n= 14) de este grupo etario, seguido del 84,7% (n= 39) correspondiente a los adultos maduros, y los ancianos jóvenes

representaron el 70,00% (n= 28), lo que da un χ^2 6,8 y p 0,0324. Mientras que en el Cs El Carmen, presenta una prevalencia de falta de adherencia en el anciano joven en un 100,0% (n= 6), en el adulto maduro se presentó en un 95,5% (n= 85), y en los adultos medios en un 70,4% (n= 31), lo que representa un χ^2 18,08 y p 0,0001.

4.2.6. Atención de médicos y de adherencia al tratamiento no farmacológico.

Tabla # 10 Distribución adherencia versus atención médica por centros de salud.

<i>MEDICO</i>	ADHERENCIA					
	PORTOVIEJO		EL CARMEN		TOTAL	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI
FAMILIAR	35	16	36	13	72	28
<i>Columna%</i>	43,21%	84,21%	29,51%	76,47%	35,47%	77,78%
<i>Fila%</i>	68,63%	31,37%	73,47%	26,53%	72,00%	28,00%
GENERAL	46	3	86	4	131	8
<i>Columna%</i>	56,79%	15,79%	70,49%	23,53%	64,53%	22,22%
<i>Fila%</i>	93,88%	6,12%	95,56%	4,44%	94,24%	5,76%
TOTAL	81	19	122	17	203	36
<i>Columna%</i>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
<i>Fila%</i>	81,00%	19,00%	87,77%	12,23%	84,94%	15,06%

Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier

Fuente: Encuesta 2019

La influencia de los médicos en la adherencia al tratamiento no farmacológico, obtuvimos del total de pacientes que fueron atendidos por médicos familiares hubo adherencia en un 28% (n= 28), en lo referente a las adherencias realizadas por los médicos generales, estos tuvieron una falta de adherencia, en el 94,2% (n= 131) de los pacientes encuestados, pero si la tuvieron solo en el 5,76% (n= 8). Que dio un RP de 0,157 (IC95: 0,068 – 0,3626; χ^2 22,49 y p= 1,3476), lo que resulta de una mejor adherencia generada en las atenciones de los médicos familiares.

4.2.7. Funcionalidad familiar y de adherencia al tratamiento no farmacológico.

Tabla # 11 Distribución adherencia versus funcionalidad familiar por centros de salud.

FUNCIONALIDAD	ADHERENCIA					
	PORTOVIEJO		EL CARMEN		TOTAL	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI
FUNCIONAL	58	13	40	16	98	29
%	81,69%	18,31%	71,43%	28,57%	77,17%	22,83%
M. FUNCIONAL	19	4	36	1	55	5
%	82,61%	17,39%	97,30%	2,70%	91,67%	8,33%
DISFUNCIONAL	4	2	46	0	50	2
%	66,67%	33,33%	100,00%	0,00%	96,15%	3,85%
TOTAL	81	19	122	17	203	36

Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier

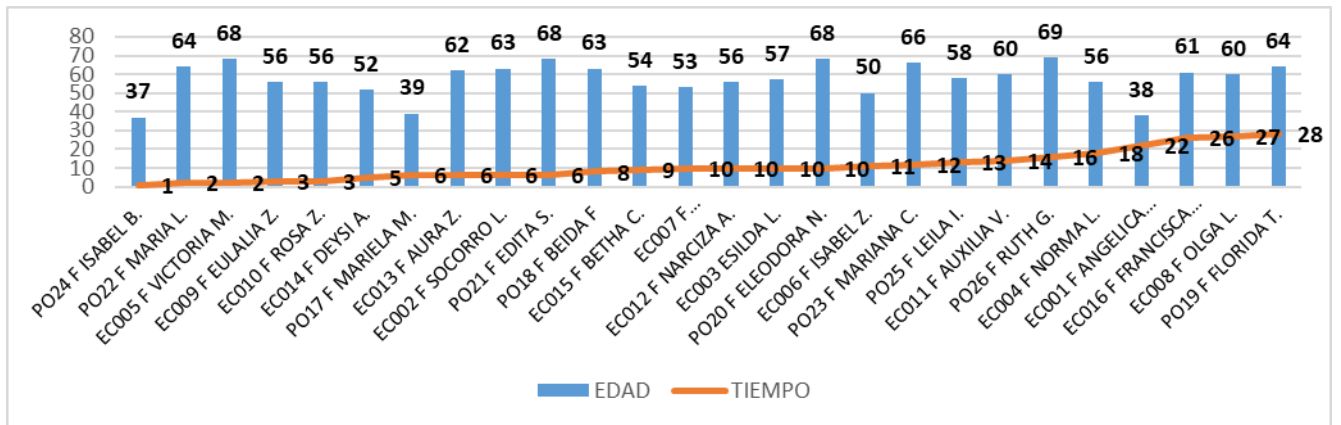
Fuente: Encuesta 2019

La funcionalidad familiar forma parte en la adherencia a cualquier tratamiento, aunque es poco evaluado, en este estudio se determinó que las personas con familias funcionales tuvieron una adherencia alrededor del 22,8% (n= 29), en cuanto a las familias moderadamente funcionales el 8,3% (n= 5) tuvo adherencia, y las familias disfuncionales, el 3,85% (n= 2) hubo adherencia, lo que dio un χ^2 13,23 y p= 0,0013. La distribución por unidades de salud, determino que, en Portoviejo, las familias funcionales fueron adherentes en un 18,3% (n= 13), referentes a las moderadamente funcionales y las disfuncionales , que dio un χ^2 0,8616 y p= 0,65. De los pacientes evaluados en su funcionalidad familiar en El Carmen, las funcionales presentaron una adherencia baja, con un 28,5% (n= 16), en referencia a las moderadamente funcionales y no adherentes, lo cual resulto con un χ^2 0,8616 y p= 0,65.

4.2.8. Entrevista de mujeres con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud tipo B “Portoviejo”, y en el Hospital Básico el Carmen, Manabí.

Las determinantes sociales tienen un gran dominio sobre las acciones del hombre, tanto a nivel individual como social, generando así sus tradiciones que pueden impedir su adherencia no terapéutica, sin embargo, hay poca información por parte de los proveedores de salud sobre la visión que tienen los pacientes sobre las enfermedades.

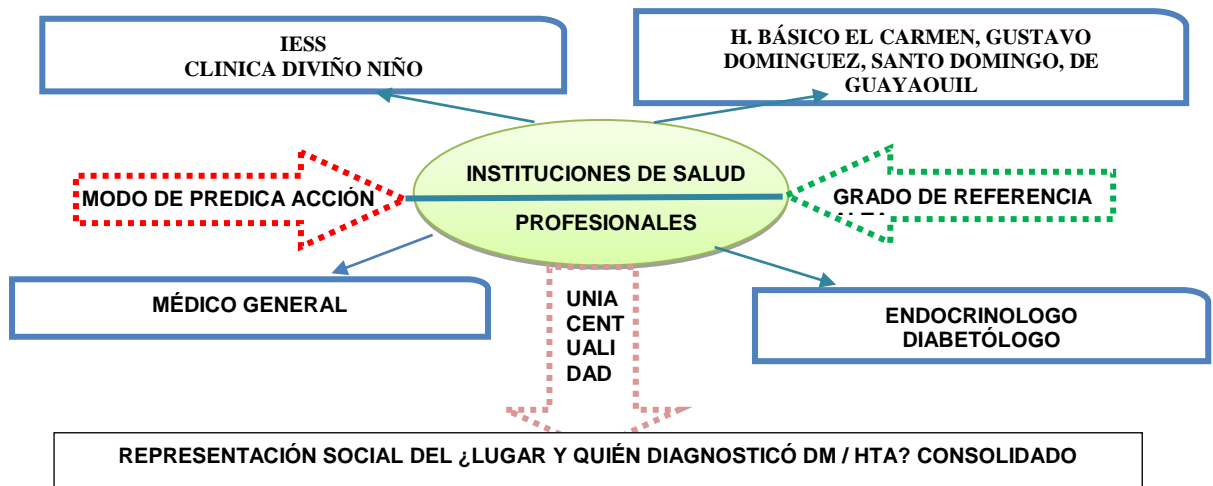
Narrativas del historial clínico. Figura # 1 ¿Temporalidad del diagnóstico?



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

En el Hospital Básico El Carmen (Unidad Anidad el Carmen), y en el Centro de Salud tipo B “Portoviejo”, las mujeres muestran una condición de tiempo con diagnóstico temprano; siendo la predisposición en adultos maduros tardío enfermedades crónicas no transmisibles. Encontramos apelación a la experiencia decisiva como: **EC016F Francisca** “Como desde los 35 años, me paso un caso me desmayé y perdí el conocimiento me llevaron al médico y me dijeron que tenía la presión muy alta y desde allí empezaron las molestias a dolerme la cabeza”. **PO19F Florida** “Yo ya tengo como más de 28 años, debido a que orinaba mucho, pasaba mareada la mayor parte del tiempo, no sentía nada más en esos tiempos”.

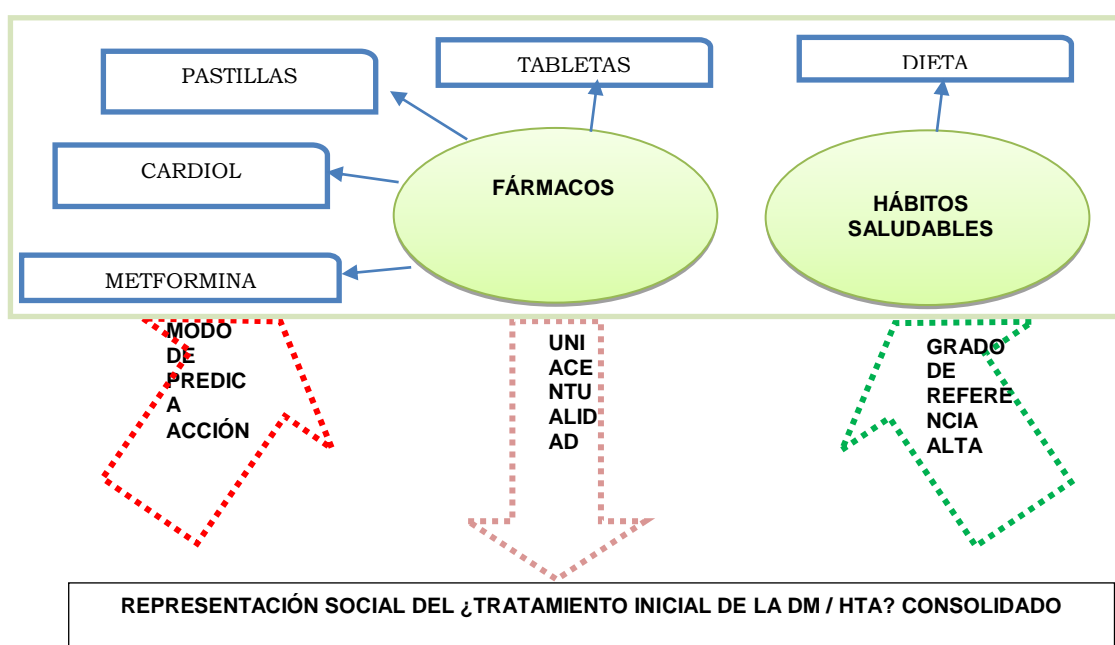
Figura # 2 ¿En qué lugar y quien diagnosticó?



La idea principal se centra en las instituciones de salud: Ministerio de salud pública e I.E.S.S; siendo el Hospital Básico El Carmen el más mencionado en las entrevistas, en menor proporción las clínicas privadas; y, el diagnóstico fue dado por un médico general y en pocos casos por especialistas como el endocrinólogo. Reconocimos en el análisis el modo prédica de acción, con un grado de referencia alta; la manera de expresar la ideología es la uniacentualidad de todos los entrevistados, con una representación social consolidada.

EC006FIsabel “aquí en el hospital El Carmen, para confirmar me volvieron a realizar de nuevo los exámenes, me diagnostico doctor en medicina general”. *PO22FMaría* “a mí me diagnosticaron la hipertensión, en un sub-centro en San Lorenzo, en Esmeraldas, me lo informó un doctor que ya no me acuerdo quien fue, y la diabetes fue aquí en Portoviejo, un diabetólogo en Solca”. *PO24FIsabel* “En el IESS, el médico general me dijo que tenía hipertensión, pero lo confirmó el cardiólogo, meses después cuando me dieron la cita, porque bien sabe cómo dan las citas en el seguro”.

Figura # 3 Enfermedades crónicas no transmisibles, tratamiento inicial.

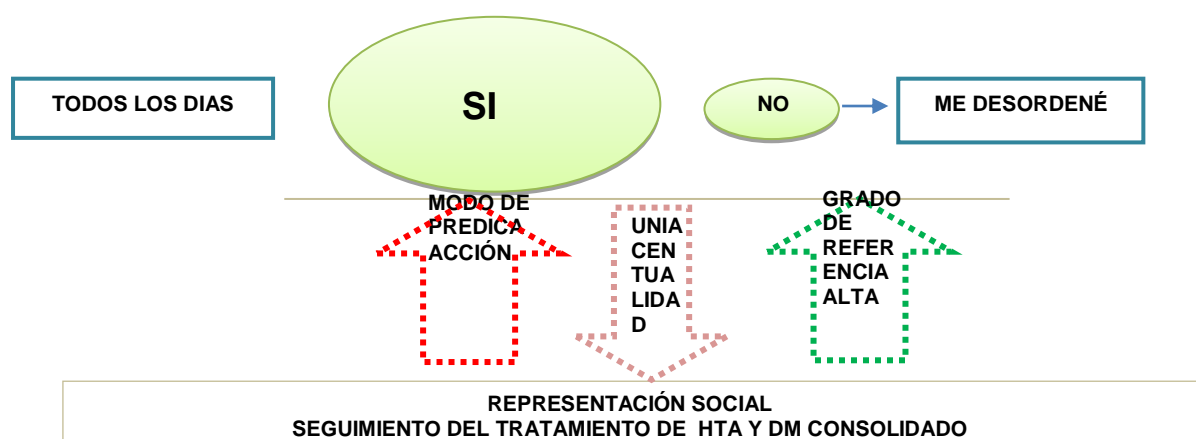


Dos ideas centrales se reconocieron en esta interrogante: fármacos como cardiol, metformina, glibenclamida, pastillas ya que desconocían su componente; y, los hábitos saludables (la dieta) como tratamiento inicial en los pacientes, se citan ejemplos de las repuestas obtenidas:

EC007FSebastiana “me mandaron a tomar pastillas y unas veces me tomaba y otras no, y ahora si me las tomo y antes no entendía”; **EC011FAuxilia** “una dieta y me bajó, y me dijo que era diabética y me dijeron unas comidas, cual no; y una pastilla, anaprin de 10 comencé y ahora con una de 20”; **EC012FNarciza** “por primera me mandaron a bajar de peso, después me detectaron el azúcar me mando la pastilla, glibenclamida y la glucosid, y la enalapril”; **PO24FIsabel** “me receto unas pastillas, que no recuerdo cuales, por el momento, también me recetaron aspirina, que también realizara actividad física, y nada más, ni me dijo nada de la alimentación, y que regresara en 3 meses.”

Haciendo el análisis de las respuestas, presentan una prédica de acción y un grado de referencia alta; siendo una representación social consolidada, con una ideología de uniacentualidad.

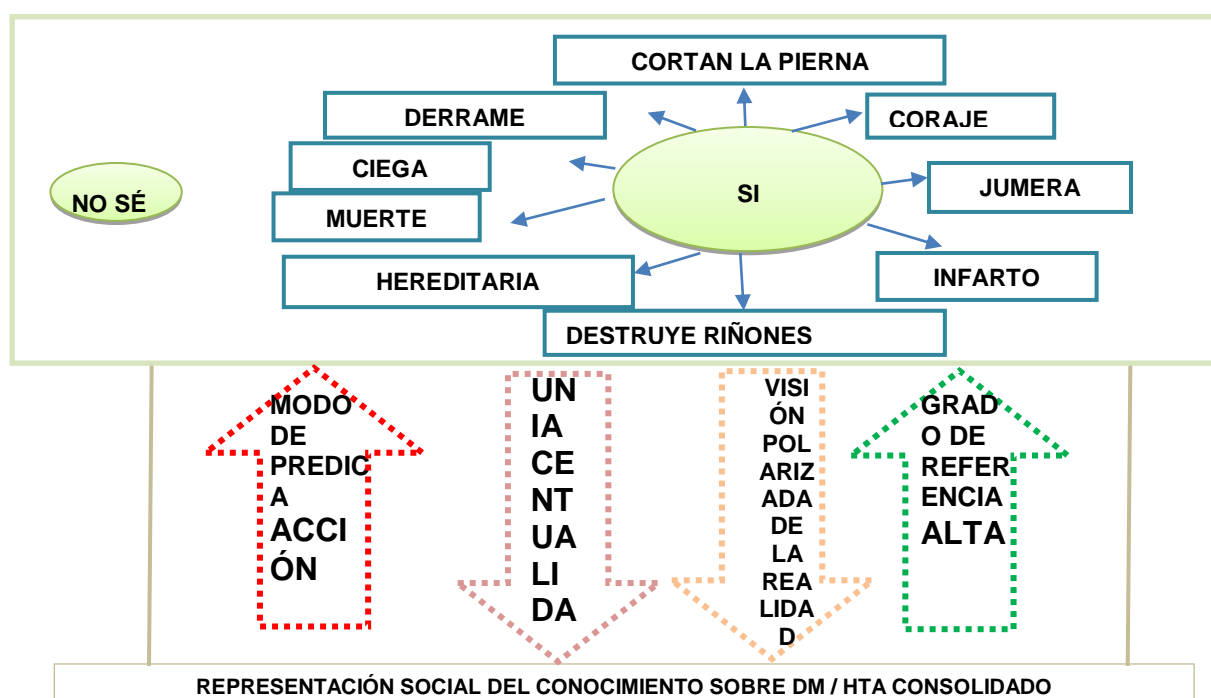
Figura # 4 Cumplimiento del tratamiento para DM / HTA



Se definen dos ideas centrales: una mayor cantidad de respuestas fueron que si continuaron el tratamiento sugerido por los médicos; y, en mínima proporción no lo siguieron por descuido y desorden. El estudio del discurso demuestra un modo de predica de acción y un alto grado de referencialidad, por lo cual esta representación social se encuentra consolidada. A continuación, citamos: **PO18FBeida** “sí, siempre he estado con las pastillas, nunca las he dejado de tomar”. **PO26FRuth** “Siempre he seguido las indicaciones de los médicos, hasta ahora, porque padecí la diabetes de mi madre, aunque a veces cuando no tengo la medicación en ese momento, que han sido pocas veces, que a veces me falta, no me pongo, pero enseguida adquiero la medicación y sigo.” La ideología en general es uniacentalidad.

Caracterización Emic de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Figura # 5 ¿Qué sabe sobre la HTA y DM?



Evidenciamos dos ideas centrales acerca de lo que saben sobre la DM / HTA: Una persona no sabía; los demás respondieron que se quedan ciegos, se destruyen los riñones, da infarto, cortan la pierna, es hereditaria, da jumera y les da coraje, tal como se evidencia en las siguientes citas: **EC002FSocorro** “*la diabetes destruye riñones, el organismo por dentro y uno debe cuidarse, yo sentía que los pies se me iban durmiendo.*”; o, **EC005FVictoria** “*si no se cuida a buen tiempo morirá, eso desarrolla si no se cuida. Decían que la diabetes era peligrosa y que da por la familia, sentía mareo, dolor de cabeza mi nuera me hizo hacer el examen y tenía 129, en ese tiempo; no me pusieron tratamiento, me dijeron cuídese*”.

La ideología es uniacentralidad, es importante dar a conocer los conceptos que tienen desde la perspectiva de una visión polarizada de la realidad: **EC004FNorma** “*si uno tiene una lepra no sana rápido, te pueden cortar la pierna, la mano; hay que tener mucho cuidado; mi mami con mi papi se quedaron ciegos; antes me daba mareo, vómito y me sentía mal, los talones de dolían, cuando estoy perenne tomando las pastillas me siento bien, pero a veces me siento bien ya no tomo.*”; o, **EC010FRosa** “*mis vecinos han fallecido de eso, por infartos por no tomar las pastillas, por eso es peligroso. Después de que me diagnosticaron que era hipertensa y tome unos días las pastillas me sentía bien; pero igual, yo no creo que soy hipertensa algo dentro de mí me dice que yo no soy hipertensa aunque ya he estado hospitalizada, pero igual yo no creo.*”

En el discurso tenemos un modo de predica de acción y un grado de referencia alto por lo que se considera una representación social consolidada.

Figura # 6 Relación de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles con otras Enfermedades.

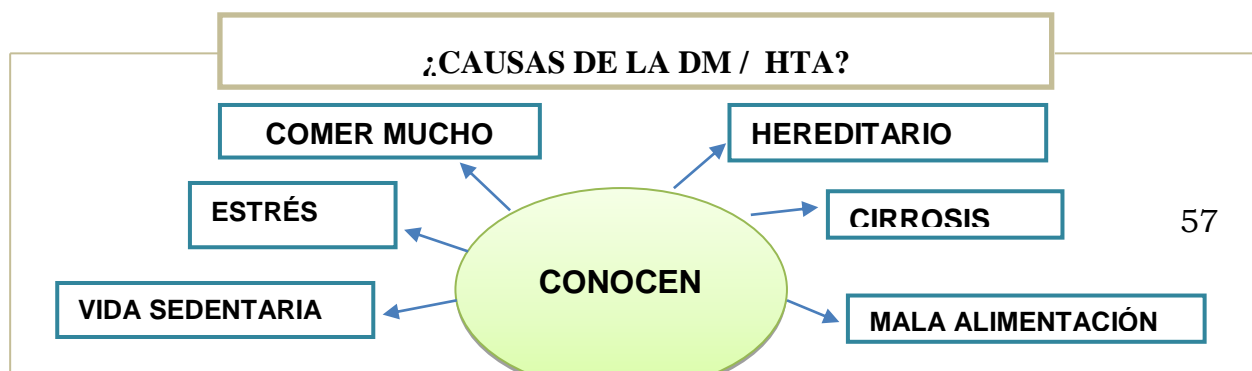


Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

En relación a esta pregunta hay dos ideas centrales: la mayoría de las mujeres indicaron que la DM y la HTA no se relacionan con otras enfermedades; en la minoría creen que se vinculan con el infarto de miocardio, padecimientos de tiroides, riñones; y, el sobrepeso por el incrementado del consumo de alimentos grasos. Exponiendo como ejemplo: **EC005FVictoria** “Yo creo que sí, el riñón, el corazón se complica con la diabetes”; o, **EC002FSocorro** “claro, yo sufría de la tiroides, con los huesos yo sufro de los huesos soy hasta operada”.

La uniacentualidad es la ideología principal en la población de estudio. En el discurso tenemos un modo de predica de estado y un grado de referencia alto por lo que se considera que la relación de la DM / HTA con otras enfermedades es una representación social consolidada.

Figura # 7 Causas de la Diabetes Mellitus / Hipertensión arterial.



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

La idea núcleo es que las mujeres entrevistadas conocen sobre las causas de las ECNT y de manera casi unánime consideran la inadecuada alimentación con un excesivo consumo de dulce, cola, grasas, harina; entre las otras, tenemos: el estrés, que es hereditario, el sedentarismo y la cirrosis. Existe modo de predica de acción y un grado de referencia alta es así que es una representación social consolidada; una ideología de uniacentualidad, pero en una existe respuesta a experiencia que tuvo durante su vida; por ello se cita: **PO20FEleodora** “Ahora que yo escucho los comentarios que es por haber ingerido grasas, por haber tomado tanta cola y yo creo que eso me causa, también eso es hereditario, mi familia por parte de mi papa, ellos casi todos tiene azúcar, y mis tíos todos tienen, menos mi papa, el murió como de 70 años y él no la tenía, pero como no la conocíamos tampoco, no sabíamos si la tenía o no tenía”.

Figura # 8 ¿Qué les pasa a las personas que tienen DM / HTA?

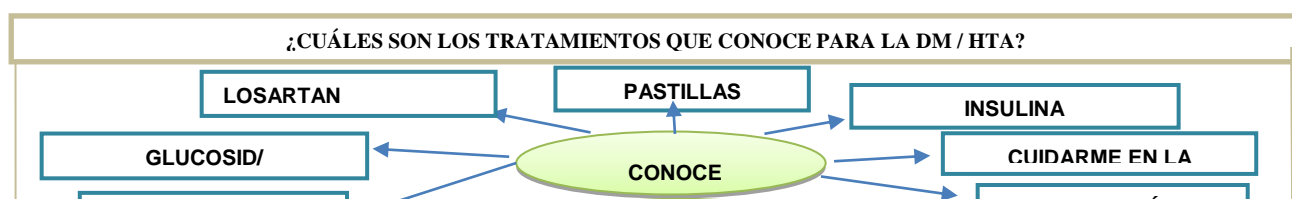


Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Se identificó una idea central de que se manifiestan con síntomas la Diabetes Mellitus y la Hipertensión arterial cuyos sintagmas son: sed, quedarse ciego, mareo, pérdida de peso, cansancio, cefalea y disnea. **EC013FAura** *“Hay que comer poco. Da debilidad, decaimiento; ya no es igual porque uno debe estar tratándose; quedarse ciego, lo riñones se termina en diálisis, las úlceras de los pies. Para la hipertensión da infarto, me dio trombosis”*. **PO20FEleodora** *“Los síntomas al inicio son mareos, vómitos, creo que nada más, bueno cuando se le sube el azúcar también empiezan a orinar mucho, nervios”*. **PO25FLeila** *“Yo, me duele la cabeza y me da nausea, me dan ganas de vomitar y a veces tengo que hasta meterme la mano para poder vomitar, porque si no, no me pasa el dolor de cabeza, cuando por ejemplo si ahora me toco la pastilla a las 8, y yo no me la tome, y yo me siento rapidito que me comienza el dolor de cabeza, pero yo cometía un error, no sé si será verdad o no, pero a veces me olvidaba y si me tocaba a las 7 y me las tomaba a las 11, y yo sentía que ya en ese transcurso ya no me hacía efecto la pastilla de la presión, más bien me tomaba una aspirina, y ahí ya como que se me pasaba el dolor. Creo yo que un derrame, es una de las primeras consecuencias que puede generar la hipertensión”*.

En el análisis del discurso tienen un modo de predica de estado y grado de referencia alta por lo que es una representación social consolidada.

Figura # 9 Tratamiento que conoce y ha escuchado para la DM / HTA



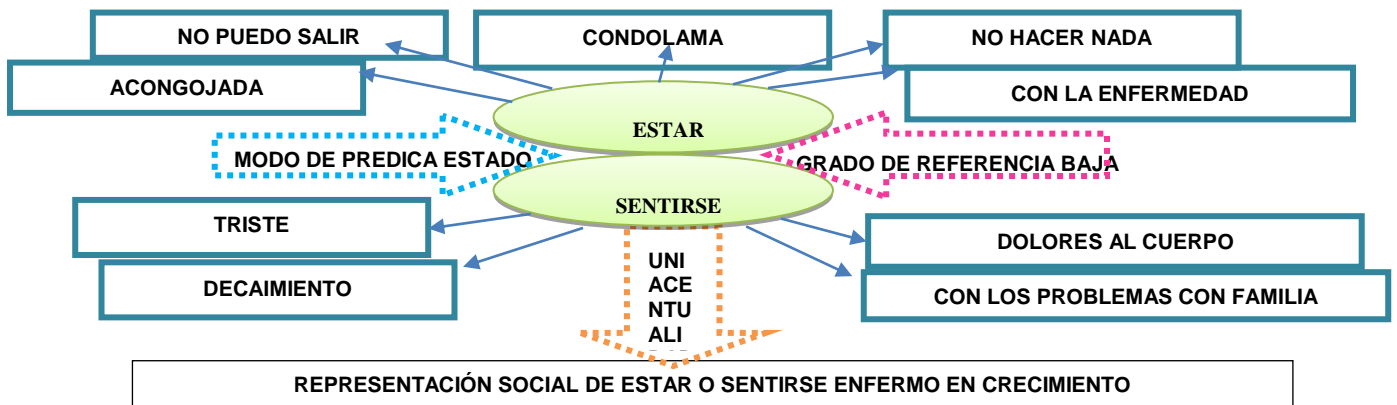
Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

En este enunciado surgen dos ideas centrales indicando que conocen y han escuchado sobre los tratamientos para la Diabetes Mellitus y para la Hipertensión Arterial; se incluyen los fármacos prescritos, hábitos saludables e incluso la medicina alternativa; citamos: **EC005FVictoria**. *“es la pastilla glucosamida, esas me han dado; he escuchado de la insulina; recomienda el médico seguir con el tratamiento, escucho eso por la radio, los médicos hablan por la radio”* **EC013FAura** *“Yo he escuchado los remedios que a uno le dan enalapril, las pastillas que haya a tiempo a veces no hay la misma, la glucosid 500; tomarse las pastillas todos los días”*. **PO17FMariela** *“Haber, el tratamiento que me recomendaron a mí, ese es el que conozco, la pastilla, caminar, no comer alto en sal, no comer en exceso en grasa, ninguno más conozco”*. **PO25FLeila** *“El caminar, el comer sano, comer frutas, comer granos secos, siempre me dicen que cuando me duele la cabeza me tome una agüita de limón, pero no como jugo, sino que agüita que ahí se me pasa, es lo que conozco”*.

La ideología en su totalidad es uniaxialidad; tenemos un modo de predica de acción y un grado de referencia alto por lo que se considera una representación social consolidada.

Asociación cultural al seguimiento / control del problema de salud

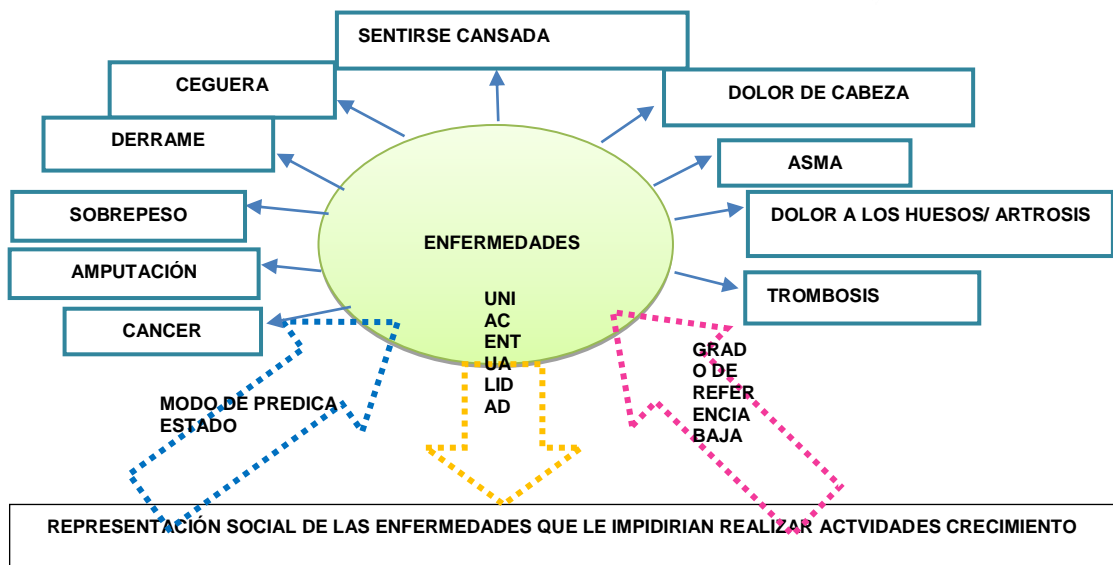
Figura # 10 Entendimiento de sentirse o estar enfermo de los pacientes con DM e HTA.



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

En base a las respuestas dadas por los pacientes existen varias ideas centrales que se alejan a ser una respuesta asertiva en relación a la pregunta, ya que no comprenden la diferencia de estar y sentirse enfermo; La ideología en su totalidad es uniacentualidad; en las respuestas tenemos un modo de predica de estado y un grado de referencia baja, por lo que se considera una representación social consolidada; se puede citar lo siguiente: **PO26FRuth** “No, porque estar, que yo tenga conocimiento, que padezco de algo, y sentirme es que en ese momento me encuentro mal, mientras yo este con la enfermedad y no tenga problemas, estoy bien”. **PO23FMariana** “Sentirse así es estar decaída, sin energía, porque si estoy enferma, es que tengo un síntoma, algo que me aqueje, pero me parece que es lo mismo estar que sentirme enferma”. **PO17FMariela** “Haber, estar enfermo es padecer la enfermedad, sentirse enfermo es no aprender a vivir con la enfermedad, y yo he aprendido a vivir con la hipertensión, si me cuido como me dijo el doctor, no camino todos los días, solo camino 2 veces a la semana, pero he aprendido a aceptarla y a vivir con ella.”. **Ec016FFrancisca** “bueno estar enfermo es uno estar mal, porque uno no puede hacer su vida normal, es sentirse mal su cuerpo su salud, su estado no estar bien”.

Figura # 11 Enfermedades que impiden realizar actividades diarias.

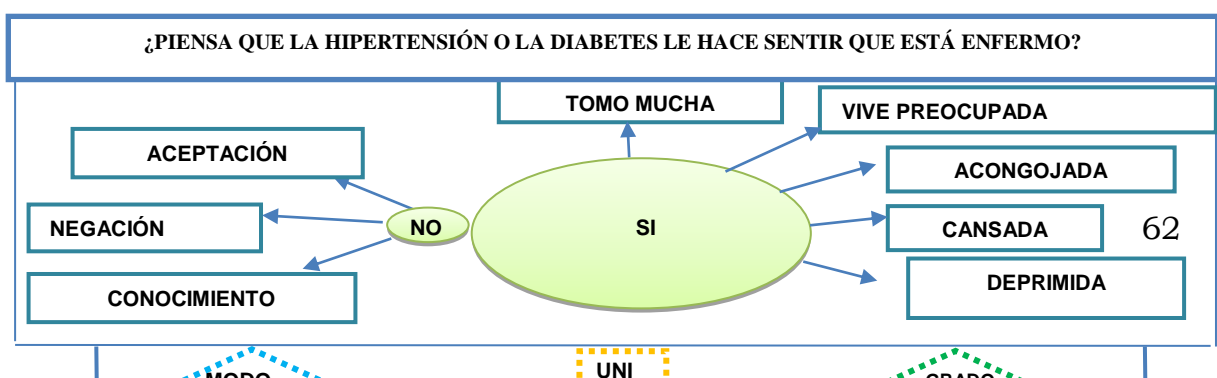


Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Se definen como ideas centrales en este enunciado ceguera, asma, desviación en la columna, artrosis, cáncer, amputación, sobrepeso, sentirse cansada y la trombosis; cabe mencionar que las respuestas tienen bastante similitud entre los informantes a pesar de ser de distintos centros de salud; ante ello podemos citar: *EC007FSebastiana* “Sobrepeso trae cansancio y no puedo realizar los quehaceres de la casa”. *EC010FRosa* “El dolor de cabeza eso me impide a realizar mis cosas a veces los dolores en la pierna que ya no me dejan hacer nada y tengo que acostarme”. *EC013FAura* “Yo, la trombosis, no puedo caminar bien con esta pierna. Con un poco de dificultad, pero las hago”.

La ideología en su totalidad es uniacentualidad; En el discurso tenemos un modo de predica de estado y un grado de referencia baja por lo que se considera una representación social consolidada.

Figura # 12 Le hace sentir enfermo la DM/HTA.

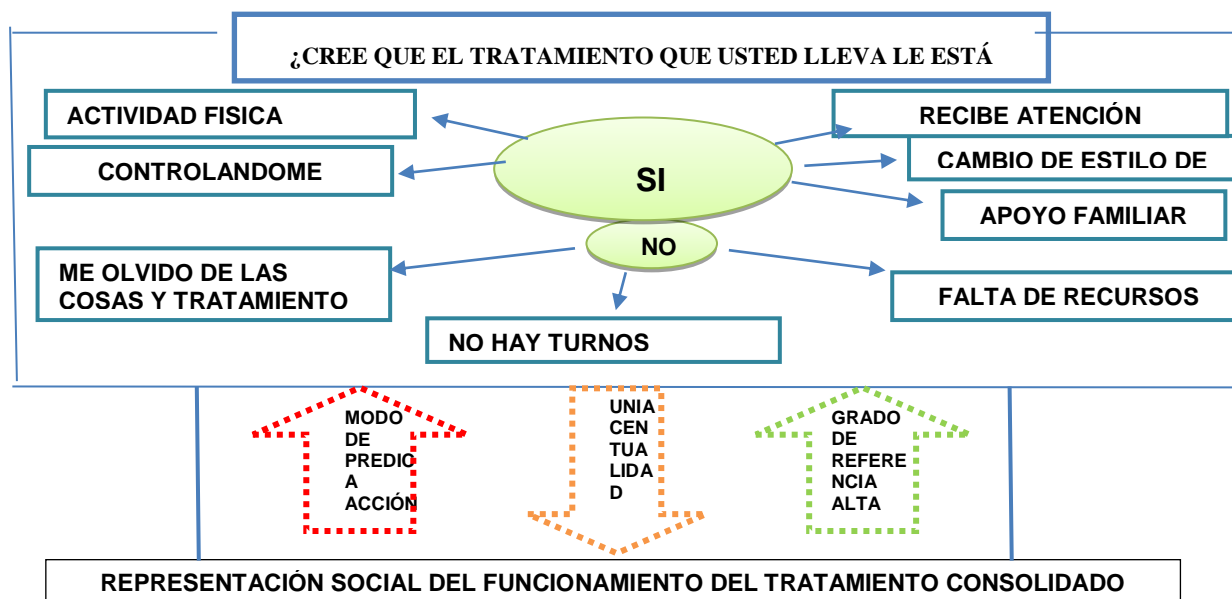


Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Se definen como ideas centrales en este enunciado acerca si se siente enfermos con DM/HTA, las respuestas en su mayoría son sí, aduciendo que se sienten preocupadas, cansadas, acongojadas, porque toman muchas pastillas, sólo tres informantes aducen no sentirse enfermos porque ya aceptaron y conocen su enfermedad y uno vive en negación de la misma.; se puede citar: **EC015 F BETHA C.** *“Yo siempre pienso que esto se me desaparezca yo no acepto la diabetes quisiera que dios me dé un milagro y cambiar de sangre”*. **EC016 F FRANCISCA B.** *“que es una enfermedad que cuando ya la tiene que vivir con ella. A mí me deprimió mucho pensar que yo dependo de este medicamento para estar bien que mi vida depende de esto. Sé que hay otras enfermedades peores, pero me deprimió mucho”*. **PO24 F ISABEL B.** *“Ahora sí, creo que me hace sentir enferma, pero yo creo más que es porque no se bien sobre lo que es la enfermedad, pero físicamente es como si no tuviera nada, es más estaba según yo asintomática, pero si tenía la presión elevada, la cosa, es q yo nunca estoy enferma, pero ahora siento que tengo una enfermedad, que no sé qué mismo me va a dar, pero es como mentalmente, que uno esta como bajoneado”*.

La ideología en su totalidad es uniacentualidad; En el discurso tenemos un modo de predica de estado y un grado de referencia alta por lo que se considera una representación social consolidada.

Figura # 13 Funcionamiento del tratamiento.



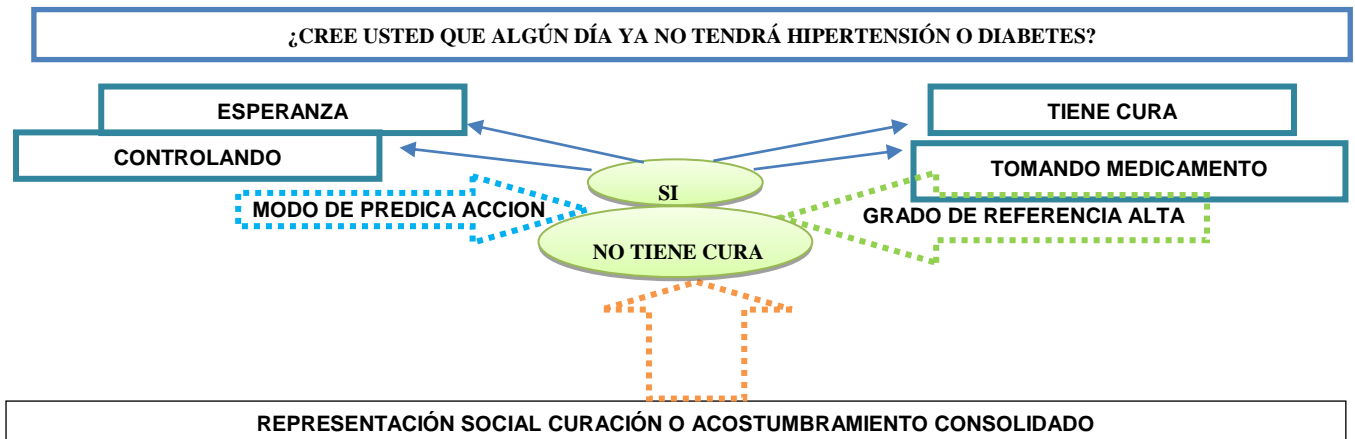
Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Entre los pacientes entrevistados se encontraron que la idea núcleo sobre el funcionamiento del tratamiento recibido es que en su mayoría si les ha funcionado; porque han cambiado su estilo de vida, tienen turnos, tienen apoyo familiar, se controlan, realizan actividad física, y una minoría no les ha funcionado ya que no tienen facilidad para conseguir turnos, se olvidan de las cosas, así como del tratamiento y no tienen recursos.

En base a las respuestas existe el modo de predica de acción y un grado de referencia alto es así que es una representación social consolidada; presenta una ideología de uniacentualidad, se cita lo siguiente: **EC003Esilda** “*Mes a mes recibo la pastilla; camino, todas las tardes camino; no como grasas, no chanco, ni maní; si como arroz no como verde. Agüita de uña de gato tomo como agua de tiempo, moringa, mi padre tomo esas aguas amargas*”. **EC006FIsabel** “*el tratamiento de la pastilla si me está haciendo bien por ahora no sé cuánto la tenga, porque caí bien mal no sé cómo este la azúcar, no me está haciendo la pastilla el control la Dra. Olga me daba la pastilla Dra. En medicina general no nos hacia la prueba porque no hay*”. **EC015FBetha** “*ahora me siento mal porque aquí, nunca hay turnos*”.

aquí no hay médicos. Tengo que irme a santo domingo para mi tratamiento. Con el cambio de vida yo si camino y mucho, y toma agüita de canela y si me siento mejor. Si me siento preocupada por que las personas a diario se mueren y no me quiero morir. Yo siempre he tenido mejores atenciones en Chone, porque aquí es pésimo”

Figura # 14 Curación o acostumbramiento.



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

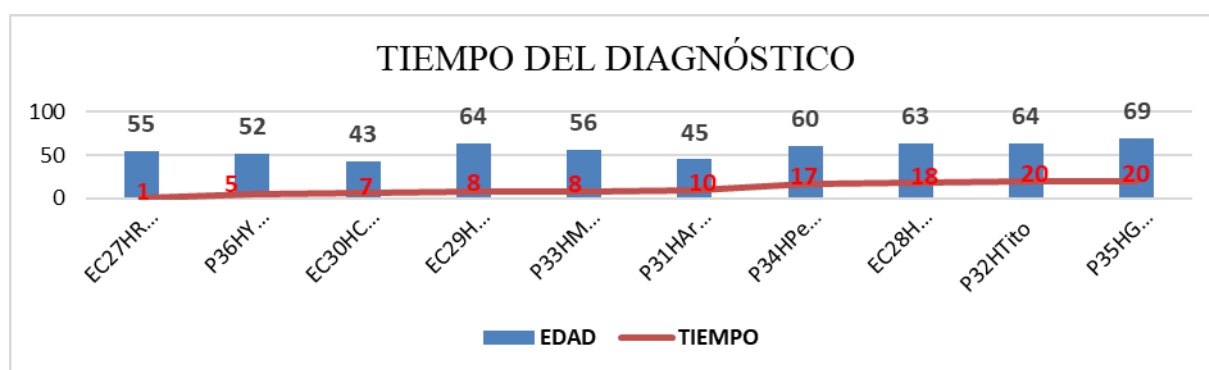
La idea principal que no tiene cura, y una parte considera que si tiene cura, si se controla y se toma la medicación, un alto grado de respuestas fue que tienen esperanza de curarse. La ideología en su totalidad es uniacentualidad; en las respuestas tenemos un modo de predica de estado y un grado de referencia alta por lo que se considera una representación social consolidada; se puede citar lo siguiente con una respuesta con visión polarizada de la realidad: **EC008FOlga** “*Si porque nosotros somos creyentes y por la fe de dios si se puede sanar cuando uno se pone si porque unas hermanas de la iglesia si se han sanado y cuando hay unión si se sana*”.

Citamos ejemplos de ideología uniacentualidad: **PO19FFlorida** “*No creo que me cure, en realidad es una enfermedad que la tengo ahora y la tendré siempre*”. **PO20FEleodora** “*No, eso sí creo que ya muero con eso, esa enfermedad creo que no es curable, según yo he escuchado a todo el mundo. Aunque ya no me afecta, a la final puede*

ser que me afecte cuando ya se suba y ya no pueda hacer nada, eso si la manda a uno a la muerte, mientras la mantenga controlada parece que no tuviera nada”. **EC011FAuxilia** “No, no hay cura solo la mantengo llevando bien la alimentación no tener preocupación”.

4.2.9. Entrevistas de hombres con ECNT, atendidos en Centro de Salud tipo B “Portoviejo”, y en el Hospital Básico El Carmen, Manabí.

Narrativas del historial clínico. Figura # 15 Tiempo desde el diagnóstico.



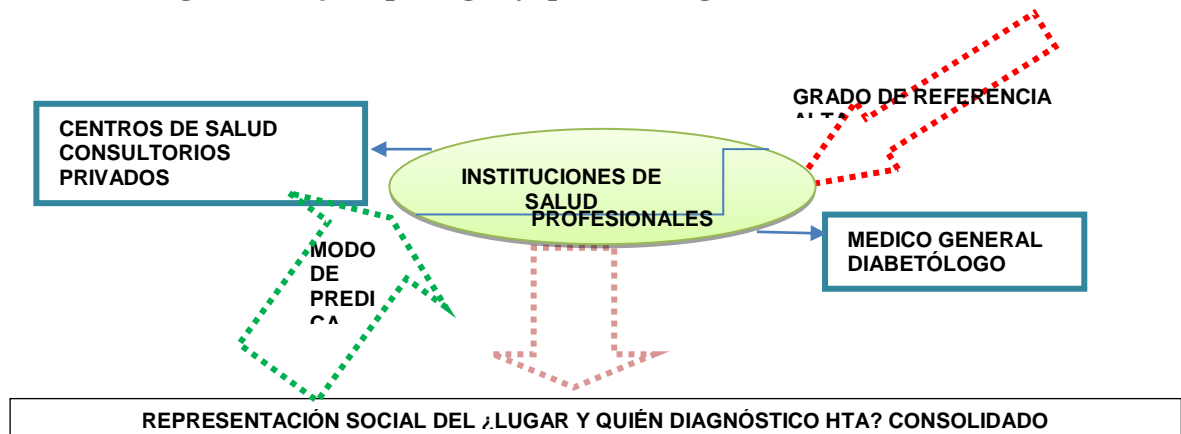
Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Los hombres que padecen hipertensión arterial y fueron entrevistados en el Centro de Salud tipo B “Portoviejo” presentan un rango de tiempo entre 5 a 20 años de evolución; y en el Hospital Básico “El Carmen” tienen de 1 a 20 años, encontrándose un tiempo de cronicidad muy similar en ambas instituciones de salud. Hay una tendencia del diagnóstico inicial es en adultos medios con más de 8 años de evolución en ambas poblaciones, por lo cual actualmente lo que predomina son adultos maduros con una larga cronicidad de la hipertensión arterial.

Es importante destacar que en algunos casos encontramos apelación a una experiencia decisiva, como: **P31HAr** *Aristides* “Era como desesperado, como que me ahogaba, yo también fumaba cigarrillo, todas esas cosas, de ahí cuando llegué, me vine a LEA, me hicieron unos exámenes, ahí en Andrés de Vera, en la maternidad, y ahí me dijeron que tenía el azúcar en 380.” **P35HG** *Guido* “Hace 20 años me notificaron la hipertensión, me fui donde un médico

particular amigo mío, él me dijo que tenía la presión muy elevada y que era hipertenso, y que debía continuar un tratamiento porque mi caso era irreversible, en eso le dije que estaba muy joven todavía, y me dijo que no importaba la edad, y que esa enfermedad la tengo hace mucho tiempo y que yo no había acudido a ningún médico porque no creía en la enfermedad.”

Figura # 16 ¿En qué lugar y quién le diagnóstico HTA?



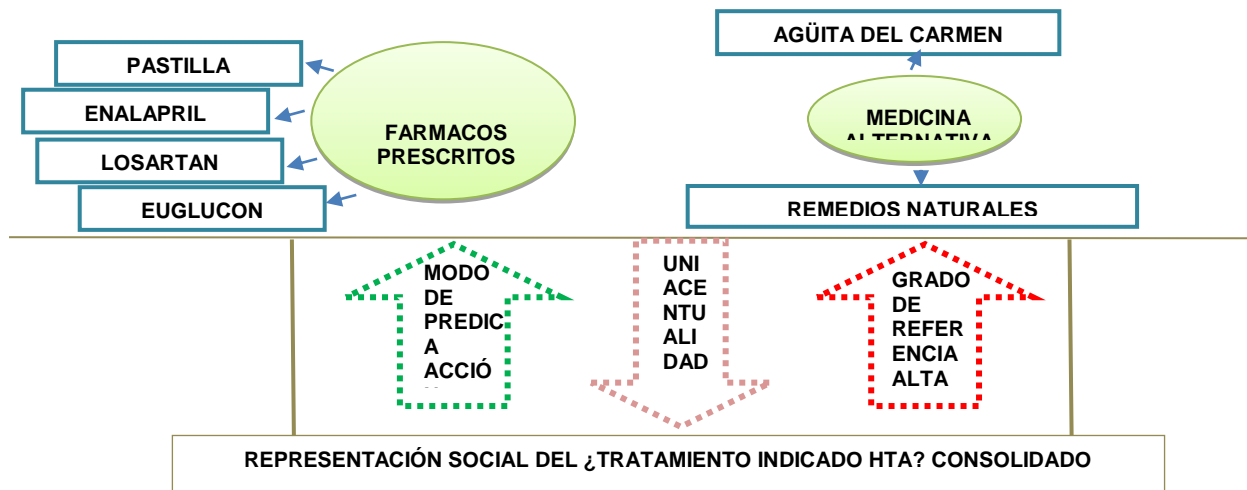
Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

La idea núcleo identificada es: instituciones de salud, incluidas unidades de 1ero y 2do nivel tanto del M.S.P. como del I.E.S.S. y clínicas privadas; los diagnóstico fueron emitidos por médicos generales o diabetólogos, se citan algunos ejemplos: **EC30HCésar** menciona: *“me hicieron unos exámenes y ya me informaron que tenía la azúcar alta, ¿quién me lo dijo? creo que es medicina general, el Dr. que me atendió.* **P35HGuido** *“La enfermedad me la diagnosticó un médico particular, él me hizo unos exámenes y me dio tratamiento enseguida, enseguida comencé el tratamiento y sentí mejoría.*

El modo de prédica es de acción y tiene un grado de referencia alta; el lugar y quien diagnóstico la hipertensión arterial en la población de estudio es una representación social consolidada; la ideología es uniacentualidad; siendo importante destacar una apelación a la experiencia decisiva que se presenta a continuación: **P31H Aristides** *“Me vio el doctor, me dijo que, porque toda mi familia tenía azúcar, yo ya la tenía, y ya todos ellos murieron, mis*

papas, mi familia, todos ellos. Además, yo ya había probado mi orina y estaba dulce, y cuando el doctor me dijo que tenía azúcar, me decepcioné, porque dije que estaba igualito a mi papa, a mis tíos, y he visto morir a mucha gente con eso.”

Figura # 17 ¿Qué tratamiento le indicaron para la HTA / DM?



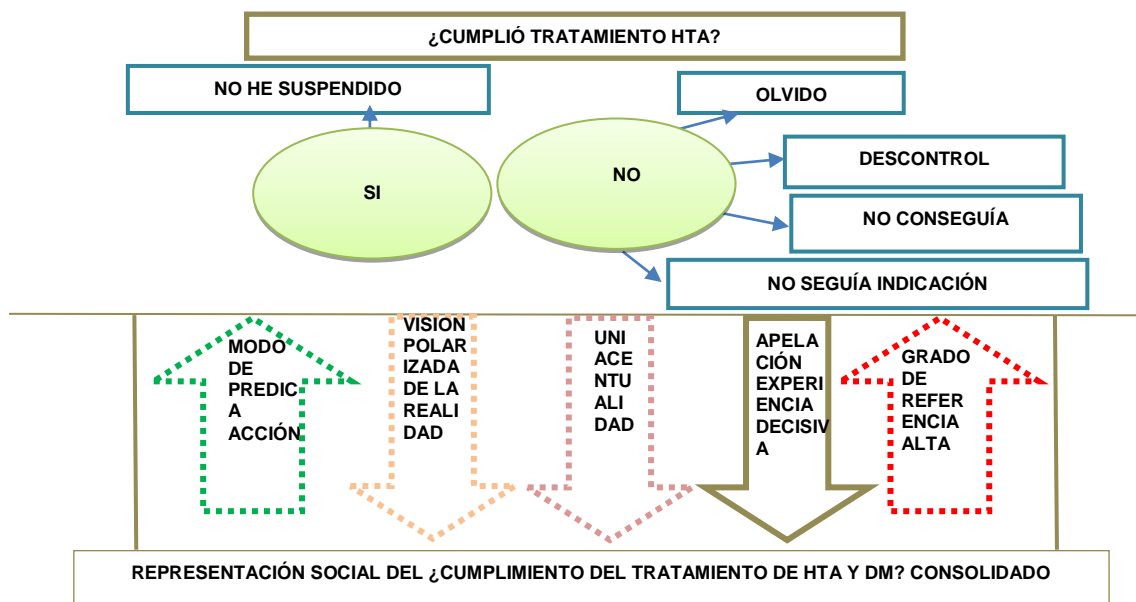
Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

En esta categoría hay dos ideas núcleos: Una corresponde a aquellos entrevistados que indicaron que el tratamiento inicial fue con fármacos para diabetes mellitus como la metformina; y, para la hipertensión arterial la losartán, habiendo personas que solo mencionaron la pastilla de algún color sin saber el nombre de la misma: **EC27H**Roque *“la pastillita esa de 500 o 850 y unas blanquitas parecen que de 5 o de 10, y esa es las que estoy tomando, las que me hacen bien; porque después el doctor me cambio otra pastilla de esas dos en uno, unas amarillitas, pero no me asentó, ahí tuve que pedirle las mismas vueltas.”* **P31H**Aristides *“Cuando recién me dijo de que tenía azúcar, me recetó la metformina de 500, que eran 2 tabletas, una en la mañana y otra en la tarde, que ya con eso iba a controlar el azúcar, ya después me daba 3 en el día, y así estuve 6 meses con él.”*

Otra de las ideas núcleos está relacionada con medicina alternativa como terapéutica:
EC29HWilson “*que no coma tanta sal, no coma cosas hechas por harina, pastillas anaprin y le cogió agriera, agüita de valeriana y con agüita del Carmen*”

El modo de predica es de acción con el grado de referencia alta; la representación social del tratamiento inicial para hipertensión arterial es consolidada; la ideología es uniacentualidad y destaca una apelación a la experiencia decisiva de uno de los informantes:
P36HYonny “*Ningún medicamento, aunque me sentí súper que mal, porque legalmente el doctor me dijo a mí, que por él, no buscara otra cita más en el seguro social, que no lo visitara más, por esa enfermedad, porque esa enfermedad yo me la podía cuidar naturalmente, que no tenía que ir al seguro.*”

Figura # 18 Cumplimiento del tratamiento para HTA y DM.



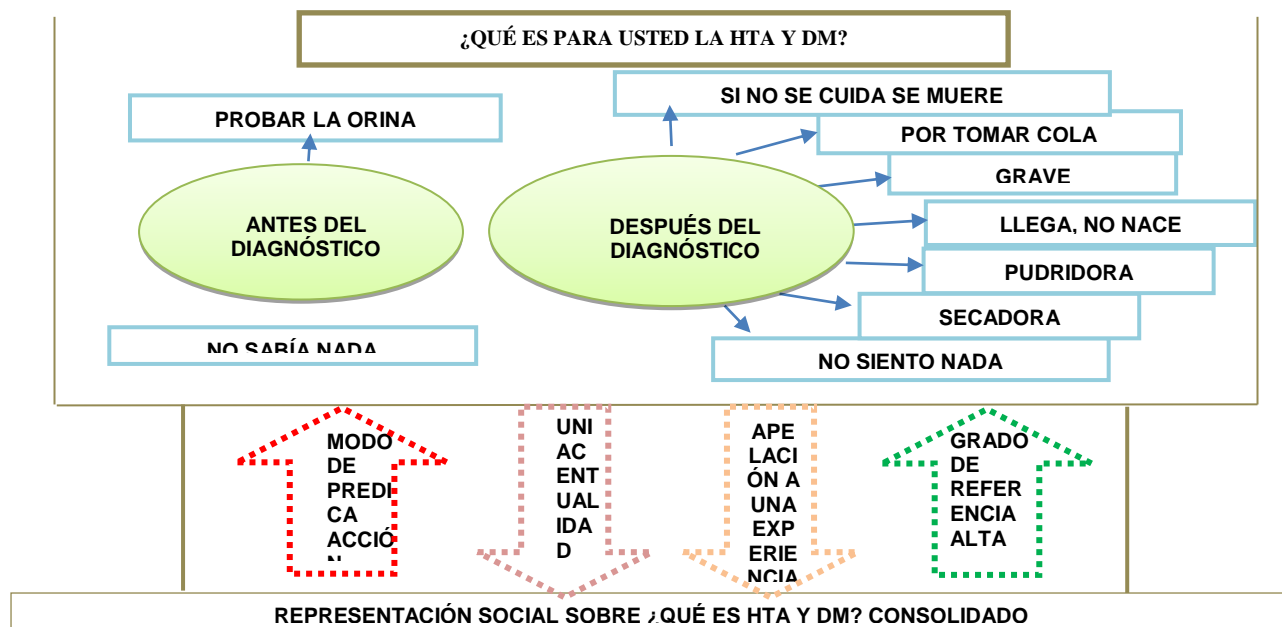
Hay dos ideas centrales en igual proporción; un grupo de hombres hacen referencia que, si han cumplido el tratamiento sin haberlo suspendido, mientras que los demás no cumplieron por olvido, descontrol, no seguían la indicación del médico o porque no tenían acceso a la medicación: **EC27HRoque** *“si, a conforme me dijeron así lo estoy tomando, horita si hay veces de repente me olvido, así, pero solo casi nomas de repente.”* **EC29HWilson** *“si, sigo el tratamiento; y cuando no hay, me toca comprar.”* **P33HManuel** *“Sí, siempre he estado tomando la medicación, y me siento bastante mejor.”*

El tomar medicación por periodos largos, se convierte en una dificultad; porque si los pacientes no asumen que la medicación es la que controla los niveles de glucosa en sangre o la tensión arterial la mantiene en parámetros normales; se produce el abandono del mismo, como en los siguientes ejemplos que se citarán: **P32HTito** *“En realidad muchas veces flaqueé, no lo hacía, lo que el médico me decía”,* o, **EC30HCésar** *“yo tomaba esas pastillitas tal como me había dicho el médico, pero luego ya me controlé un chance, ya el valor de la azúcar la tenía siempre normal, deje de tomar; después, ya me olvidaba, no tomaba la pastilla y deje de seguir ese tratamiento.”*; y, **P35HGuido** *“Si seguí el tratamiento que me indicó en ese momento, pero pasa el transcurso del día yo trabajaba en una institución donde no tenía mucho tiempo, a veces pasaba en otras partes. Yo también como paciente me despreocupaba, a veces no tomaba pastillas, no recuerdo la pastilla que me tomaba, yo lo compraba, no me lo obsequiaban.”*

El modo de predica es de acción, el grado de referencia alto con una representación social del seguimiento del tratamiento de la hipertensión arterial consolidada, la ideología es uniacentualidad.

Narrativa del problema de salud.

Figura # 19 Caracterización Emic de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

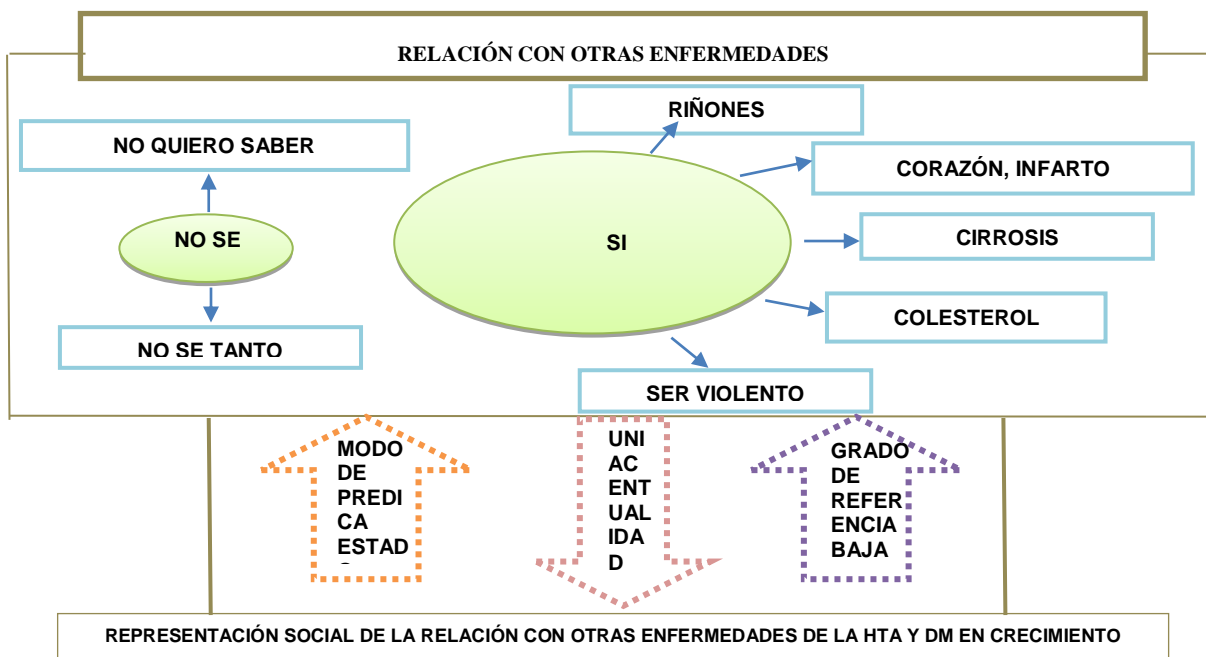
En esta categoría se definieron dos ideas centrales:

Antes del diagnóstico no sabían nada ya que no sentían nada, destacando las creencias en relación a probar la orina para saber si esta con hiperglicemias: **P31H Aristides** “yo al principio me iba a probar la orina a los baños, si mi orina estaba salada o dulce, y me daba cuenta que era dulce, pero yo no hacía caso.”; o, **P35H GUIDO** “Sobre la hipertensión yo no conocía nada”

Posterior al diagnóstico, el conocimiento sobre estas enfermedades crónicas no transmisibles es la conexión con ciertos productos como la ingesta de gaseosas, es grave, si no se cuidan se mueren: **P33H Manuel** “hasta donde sé, sé que es una enfermedad muy grave, que hay que estar al día con ella, hasta hi se nada más. Antes del diagnóstico, no sabía nada.”

El modo de predica es de acción, el grado de referencia alto con una representación social conocimiento de enfermedades crónicas no transmisibles consolidada, la ideología es uniacentualidad, con una apelación a la experiencia decisiva en un informante: **P34HPedro** “mi hermana, ella todo el tiempo sufría de diabetes, ella tenía la pudridora o la hinchadora, y ella falleció, con un dedito cortadito, era gorda, pero después que falleció se puso flaquititita, pero gracias a dios a mí me dicen que me ha salido la secadora, porque yo me corto y me seco.

Figura # 20 ECNT relacionadas con otras enfermedades.



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

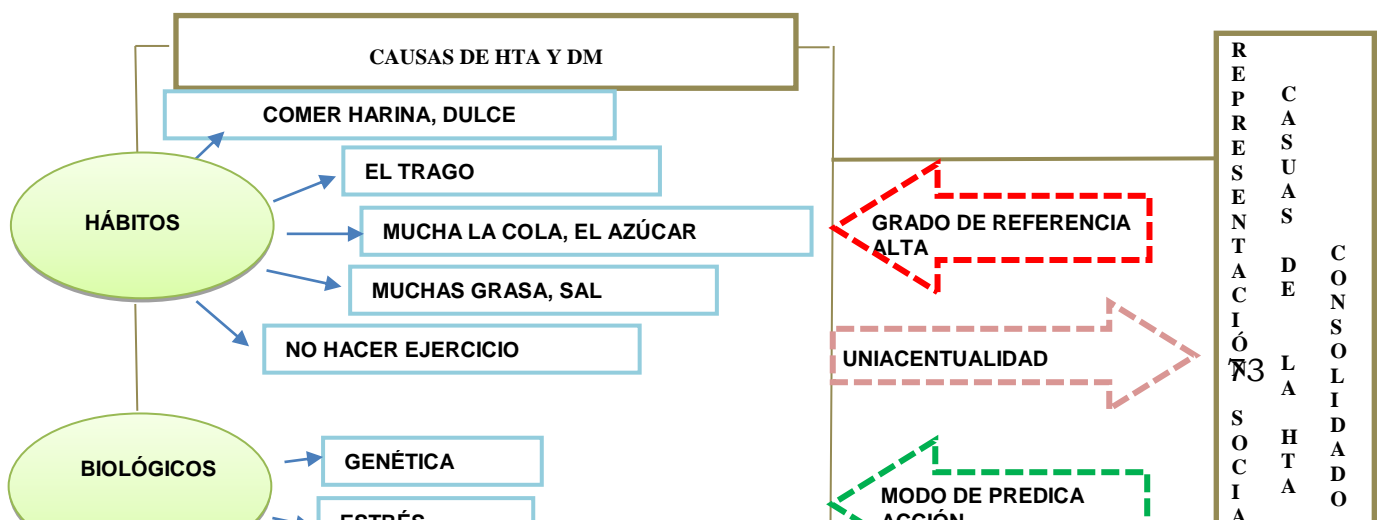
En esta categoría hay dos ideas núcleos quienes indican que las enfermedades relacionadas con la diabetes mellitus e hipertensión son enfermedades renales, cardiacas e hígado e incluyen el ser violento, y aquellos que desconocen este tema: **EC28HUbencio** “yo creo que no, lo del aumento de peso, bueno, pero se sube y se baja, yo como muy poco.”; o, **P31Haristides** “Creo que sí, con la cirrosis digo yo, la gripe, ¿no?; también darle un infarto,

morirse.”; y, **EC30HCésar** “si porque de la diabetes da hipertensión, afecta al corazón, los riñones no trabajan bien y está relacionada también con la mala alimentación.”

Se pudo ver que no quieren tener más información sobre hipertensión o diabetes mellitus, lo cual sea un causal de que haya poco conocimiento sobre estas: **P33HManuel** “No sabría decirle, sé que hay personas que sufren de hipertensión y de diabetes, y no estaría al tanto si estas pueden producir algo más. Aunque no me gustaría saber mucho sobre la enfermedad”.

El modo de predica es de estado, con un grado de referencia bajo, siendo una representación social sobre la relación de las enfermedades crónicas no transmisibles con otras enfermedades en crecimiento, la ideología es uniacentalidad.

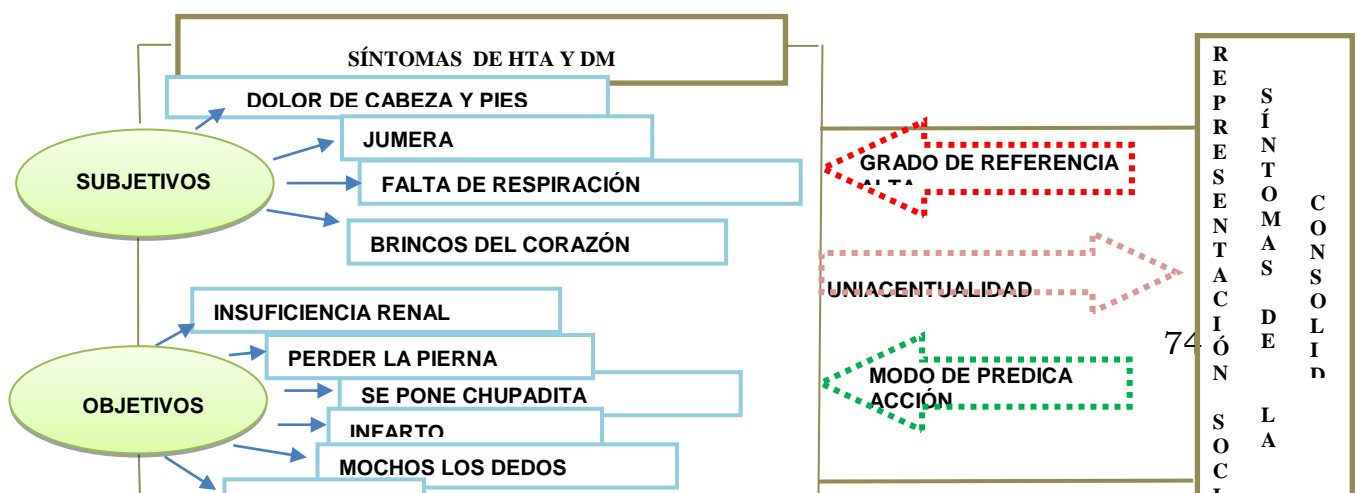
Figura # 21 ¿Cuáles considera las causas de las ECNT?



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Son dos ideas núcleos que se obtuvieron de las causas de las enfermedades crónicas no transmisibles como son hábitos no saludables como: el consumo de harinas, dulces, alcohol, gaseosas, frituras, el incremento de sal en los alimentos y no hacer ejercicios; en lo biológico la genética y el estrés: **EC27H**Roque “que el azúcar no la tome en el jugo, o sea, un jugo sin azúcar ni panela y la sal, por eso lo enferma más a uno; causas así, me dicen que la mucha azúcar, la sal que de ahí proviene que daña hasta el hígado”; o, **EC30H**César “para mí es la mala alimentación, comidas grasosas y mucha cola, comer muchos dulces; la falta de ejercicios, peor que uno ya no hace ejercicio el cuerpo de uno ya no trabaja bien.”; y, **P33H**Manuel “muchas personas sufren estrés, a veces pienso que está relacionado con eso, no se decirle otra causa, lo que me han dicho también, es el tomar muchos refrescos, muy dulces los jugos, pero eso para la diabetes.” El modo de predica es de acción, con un grado de referencia alto, siendo una representación social sobre las causas de las enfermedades crónicas no transmisibles consolidada, la ideología es uniacentalidad.

Figura # 22 Manifestaciones clínicas de las enfermedades crónicas no transmisibles.



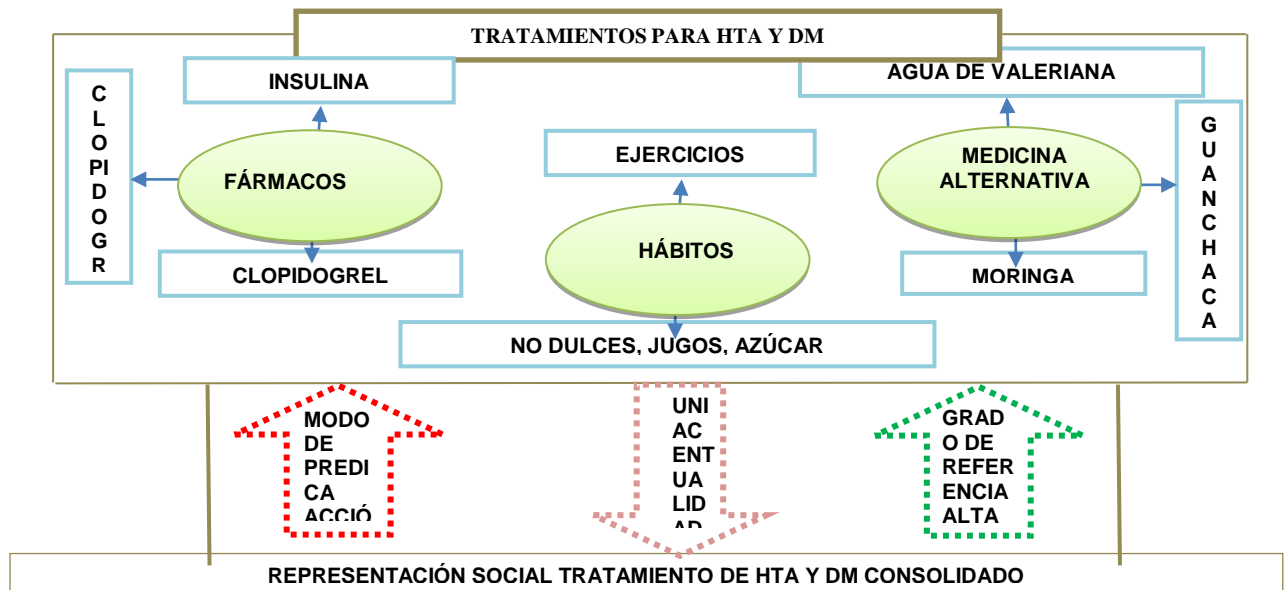
Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Las dos ideas núcleo encontradas fueron síntomas y signos de la Diabetes mellitus e hipertensión arterial como: dolor de los pies, cefalea, mareos, disnea, taquicardia, amputaciones de extremidades, infarto agudo de miocardio e insuficiencia renal, etc. **EC27H****Roque** “*que le duele la cabeza, los pies el cuerpo y todo se le complica esa es la cosa.*”

La ideología que predomina es uniacentralidad; pero es importante destacar que la información que ellos emiten es por vivencias propias o de algún familiar, por lo cual es importante remarcar las apelaciones de experiencia decisivas que mencionamos a continuación: **EC29H****Wilson** “*me enfermo más, los dolores y los brincos del corazón como que me falta la respiración.*”; o, **P31H****Aristides** “*la persona se pone chupadita, flaca, no puede dormir, yo no puedo dormir, me desvelo. Se puede morir de un infarto, todas esas cosas le pueden pasar, también la muerte poco a poco, primero se va chupando, se pone flaco.*”; y, **P34H****Pedro** “*se puede morir, al final, sino se queda mocho, porque hay personas que le cortan la mano, que el pie, queda ciego, porque yo tengo un primo que es joven y se quedó ciego, le cortaron la piernita, también le puede dar derrame, le puede dar la trombosis, esas cosas, las mismas cosas, pero gracias a dios a mí no me ha pasado todavía eso.*”

El modo de predica es de acción, con un grado de referencia alto, siendo una representación social sobre los síntomas de las enfermedades crónicas no transmisibles consolidada.

Figura # 23 ¿Tratamiento qué usted conoce sobre ECNT?



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Se determinaron tres ideas centrales sobre tratamientos para enfermedades crónicas no transmisibles:

Medicamentos prescritos por el médico como la clopidogrel, insulina y metformina: **EC28HUbencio** “bueno tratamientos hay hartísimos doctores de ahí es la insulina que se inyecta, la pastilla que le dan a uno.”

Algunos entrevistados incluyen los hábitos saludables como parte de la terapéutica: **EC27HRoque** “yo ahí pues no tomar jugo con azúcar, y las pastillas que dan en el hospital y no comer cosas dañinas para recuperarme bien.”; o, **P35HGuido** “el tratamiento que más me han recomendado es que haga ejercicio y que camine diariamente, ese se añade al farmacológico obviamente.”

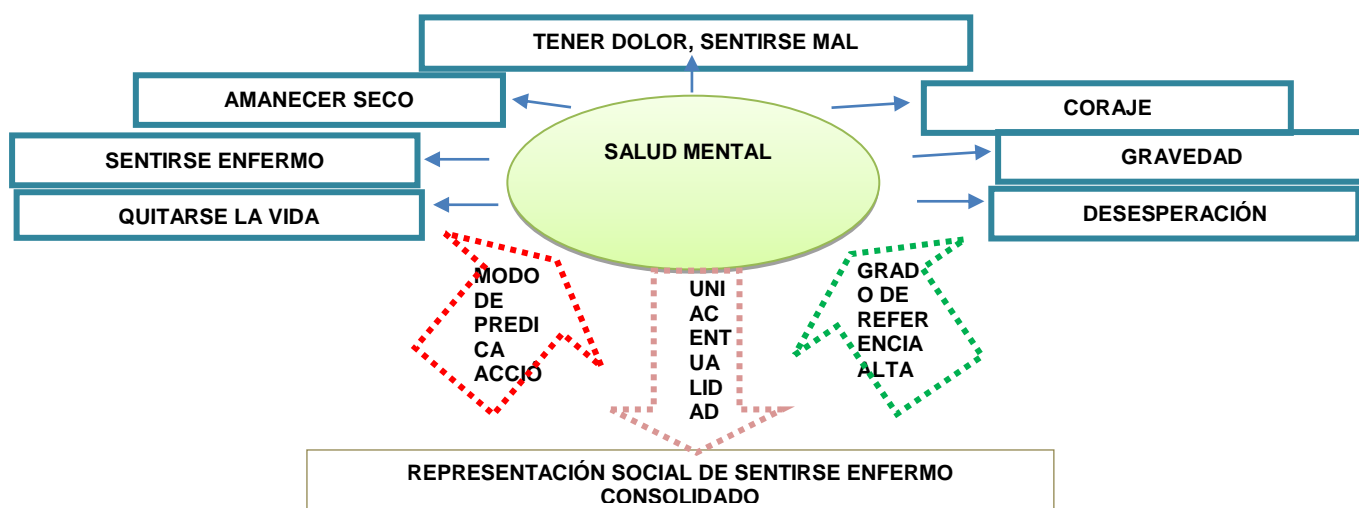
Y por último la medicina alternativa con la moringa, el agua de valeriana, e incluso productos que ellos mismo preparan: **P33HManuel** “yo en el oriente, tengo un medicamento que yo mismo preparé, lo hice con ron, guanchaca que le dicen acá, la hoja de la coca, miel de abeja y marihuana, eso me tomo todos los días en las mañanas, un vasito, una copita todos

los días, y gracias a dios me siento, bastante mejor, y considero que esto me ha ayudado mucho.”

El modo de predica es de acción, con un grado de referencia alto, siendo una representación social del tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles consolidada, la ideología uniacentualidad.

Asociación cultural al seguimiento / control del problema de salud

Figura # 24 ¿Qué entiende usted por estar o sentirse enfermo?



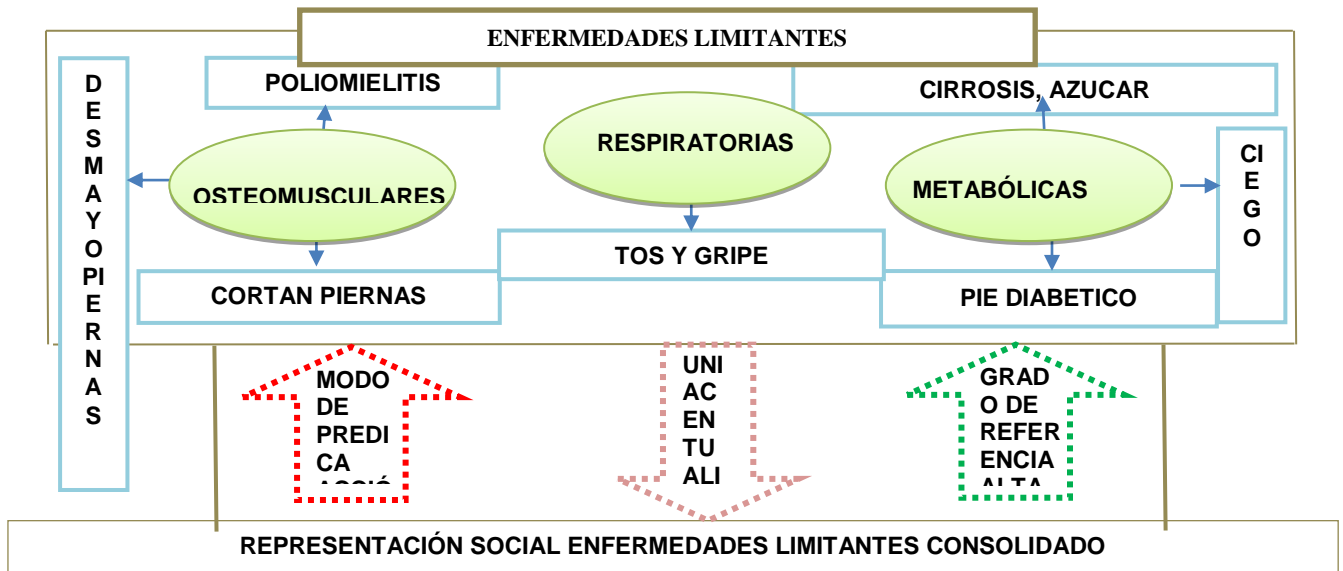
Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

La idea central de este grupo de hombres es la salud mental; ya que sentirse enfermo es igual a pensamientos negativos que desencadenan coraje, desesperación; y, gravedad de la misma: **EC27HRoque** “yo puedo sentirme enfermo que estoy amargado, desesperado hasta quitarme la vida, no ve que esa es una enfermedad que a uno lo tumba y por eso uno se siente así; esa desesperación que a uno le entra es grande, hasta llegar a quitarse la vida, y estar enfermo es lo mismo, porque uno piensa cosas hasta matarse porque no puede hacer nada.”; o, **EC30HCésar** “uno se siente mal, porque esta enfermedad no se cura, pero yo siempre he dicho que hay que saber llevarla a la enfermedad, cuando uno dice estoy enfermo la

enfermedad más la ataca; así, que mejor hay que saber llevarla.”; y, **P32HTito** “yo pienso que estar enfermo, es lo mismo que sentirse enfermo, lo que uno debe es evitar sentir coraje.”

El modo de predica es de acción y su grado de referencia es alta; es una representación social consolidada sobre que consideran estar enfermos; su ideología es uniacentalidad con ciertos casos de visión polarizada de la realidad; por lo cual, es importante mencionar a un informante que destaca variaciones de su perspectiva corporal de un día a otro: **EC28HUbencio** “yo no siento ningún síntoma nada nada ya le digo doctor no duele la cabeza nada lo único que me acuesto bien y amezco sequito y allí veo que me ha atacado el azúcar.

Figura # 25 ¿Enfermedades que impiden realizar actividades cotidianas?



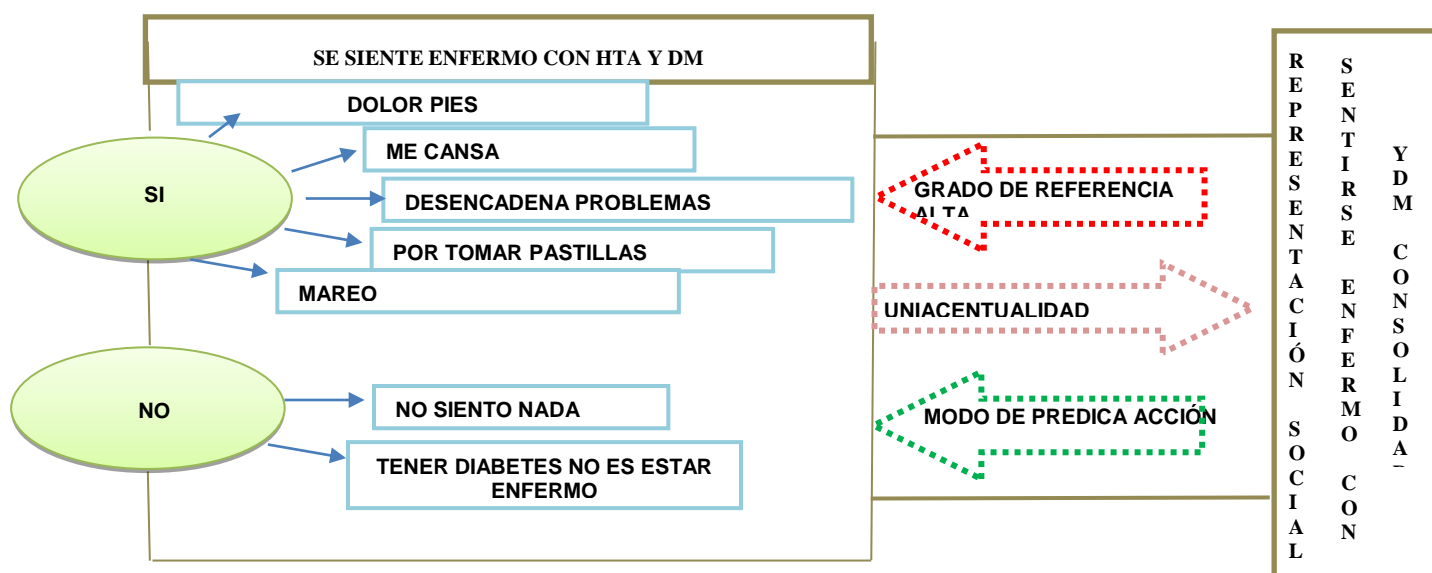
Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Son 3 ideas centrales las que se determinaron en este grupo de hombres entrevistados: las enfermedades respiratorias, metabólicas y osteomusculares son limitantes y desde su percepción no les permitirían realizar sus actividades cotidianas: **EC30HCésar** “eso es cuando ya les cortan las piernas las manos hay uno ya no puede trabajar o aún más cuando ya pierden la visión.”; o, **P32HTito** “Pienso que la diabetes, por el pie diabético que tengo, e

incluso caminar, porque soy un tipo muy activo, de que voy a una consulta con mi mama al médico, y si no lo hago yo, no lo hace nadie, mi mama tiene 8 hijos, pero el único que ve por ella solo soy yo.”; y, P35HGuido “que me quede sin poder caminar, otras enfermedades sería la ceguera, he sido operado de pterigion u de catarata en ambos ojos, ya la visibilidad va mermando, yo creo que los años llegaron, eso ya me dificulta a mí, yo tengo carro y eso me dificulta a mi poder manejar largas distancias, necesito que alguien me acompañe o lo carga mi hijo, el maneja, él nos traslada a diferentes partes, cuando queremos viajar.”

El modo de predica es de acción y su grado de referencia es alta; es una representación social consolidada; su ideología es uniacentualidad.

Figura # 26 Piensa que la HTA o la DM le hace sentir enfermo.



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Las dos ideas centrales sobre si la hipertensión arterial y la diabetes mellitus le hace sentir enfermo fueron que, si porque presentaban dolor en los pies, se cansan, por la continuidad en la toma de medicamentos y mareos; otros informantes dijeron que no ya que no sienten nada y por ende tener diabetes no es estar enfermo: **EC27HRoque** “si porque cogen los dolores, principalmente los pies, la cabeza me duele, me coge una jumera de la

azúcar cuando esta subida.”; o, **EC30HCésar** “no, yo tengo mi diabetes y no me siento enfermo, antes cuando no me cuidaba sí, pero como yo siempre he tenido esta enfermedad y sigo trabajando normalmente hasta ahora; claro que a veces si me duelen los muslos, la nuca, pero hay que saber llevarla.”

P36HYonny “No, tener la diabetes no me indicaría que estaría enfermo ya que yo hago todas mis tareas diarias, conduzco, dirijo un equipo de trabajo, viajó casi todo el país, no tengo problemas porque me cuido mucho en todo y cumplo con lo que el doctor me establece de la medicina que me da; y, **P35HGuido** “Sí, porque día a día uno primeramente tiene que acordarse de tomarse sus pastillas porque el médico me ha dicho; sr, no me deje de tomar las pastillas, porque se le puede subir la presión, y de eso le proviene un infarto, Ud. va a quedar mutilado si no se muere, va a quedar paralitico, eso sí me desmotiva, me hace preocupar a seguir tomando mi medicamento, ya no lo olvido”

El modo de predica es de acción y su grado de referencia es alta; es una representación social consolidada; su ideología es uniacentalidad.

Figura # 27 ¿Considera que su tratamiento le está funcionando?



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

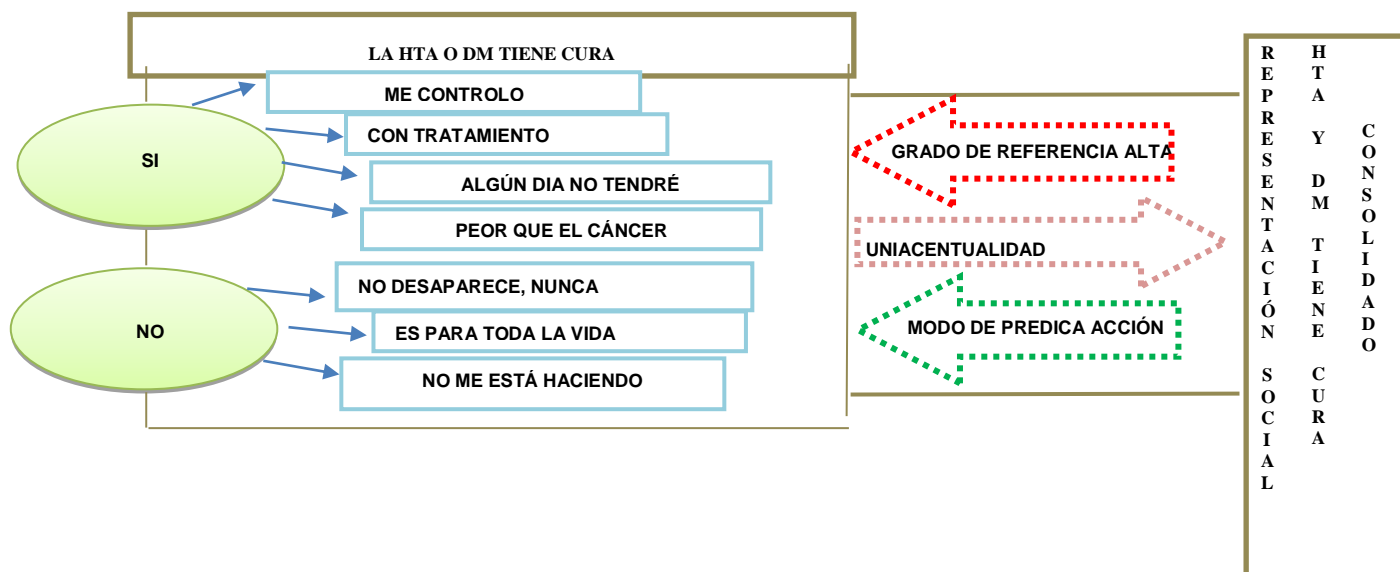
Las dos ideas centrales sobre el funcionamiento del tratamiento para diabetes mellitus o hipertensión fueron que para un grupo de hombre sí, que les ha sido positivo, es lo mejor que les ha sucedido; y, a los otros que no les está funcionando: **EC27H**Roque *“si todas las que me dan me hacen bien desde que me recetaron desde el principio porque hasta aquí estoy sintiendo bien ahora que lo tomo todo me caen bien, las amarilla no me caen bien esas pastillas me hacen hinchar”*; o, **EC28H**Ubencio *“claro que si doctor, a mí sí me funciona, yo lo sigo a diario no me olvido nunca desde que me detectaron sigo el tratamiento, camino, troteo como lo que es normal, la harina muy poco.”*; y, **P31H**Aristides *“yo pienso que es lo mejor que me ha sucedido, ya que la insulina me permite tener el nivel de azúcar bastante bajo, se controla, mejor dicho, entonces al faltarme la insulina, voy a tener mucho problema.”*

El modo de predica es de acción y su grado de referencia es alta; es una representación social consolidada; su ideología es uniacentualidad, pero citamos casos de apelación a la experiencia decisiva.

P31HAristides *“ha cambiado mucho mi estilo de vida, en lo que no puedo hacer deporte, por el problema del pie, entonces no puedo hacer deporte, el cardiólogo me ha dicho que no me agite demasiado, hasta para estar con una mujer, no esforzarse mucho, no emocionarse demasiado, porque te puede dar otro infarto, entonces el cambio de vida ha sido total, en un 90%. A mí si me han recetado un sinnúmero de medicinas alternativas, por ejemplo, la peregrina es una planta que se hierva y esa agua se la toma como agua de pasto, diario, y sirve para controlar la diabete.”*

EC29HWilson *“no me han dado nada, porque no habido nada de medicina y solo me toma agua de valeriana y la carmelita para comprar la medicación no me alcanza el dinero, no hay medicación en los centros de salud, y con las medicinas alternativas me funciona con la presión, nadie dice nada, no abandono el medicamento.”*

Figura # 28 ¿Piensa que algún día ya no tendrá HTA O DM?



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Las dos ideas centrales sobre si la diabetes mellitus o la hipertensión arterial tiene cura sería para una parte de los entrevistados que si tiene cura y otros indican que no, las razones se expresan en los siguientes enunciados: **EC28HUbencio** “estará dichoso y feliz y creo que si tiene cura.” **EC29HWilson** “sí, creo que no voy a tener diabetes y la hipertensión si tiene cura y como la ciencia avanza y si va salir un medicamento que me cure y si se puede controlar la hipertensión. **EC30HCésar** “yo creo que esto es para toda la vida solo que hay que tenerla controlada porque todos tenemos azúcar solo que uno baja y otras personas altas.”; y, **P32HTito** “Yo pienso que no, esa enfermedad es peor que el cáncer” **P35HGuido** “No hay cura para la hipertensión, porque aun la tengo, es decir que si ya la tengo la voy a tener toda la vida. No creo que algún día deje de tenerla, porque ya está probado que la gente se muere con esa enfermedad, porque ya le digo en cualquier momento me puede dar un derrame, pero esto más bien se da porque no se cuida, pero sanarse de la presión, eso creo q no.”

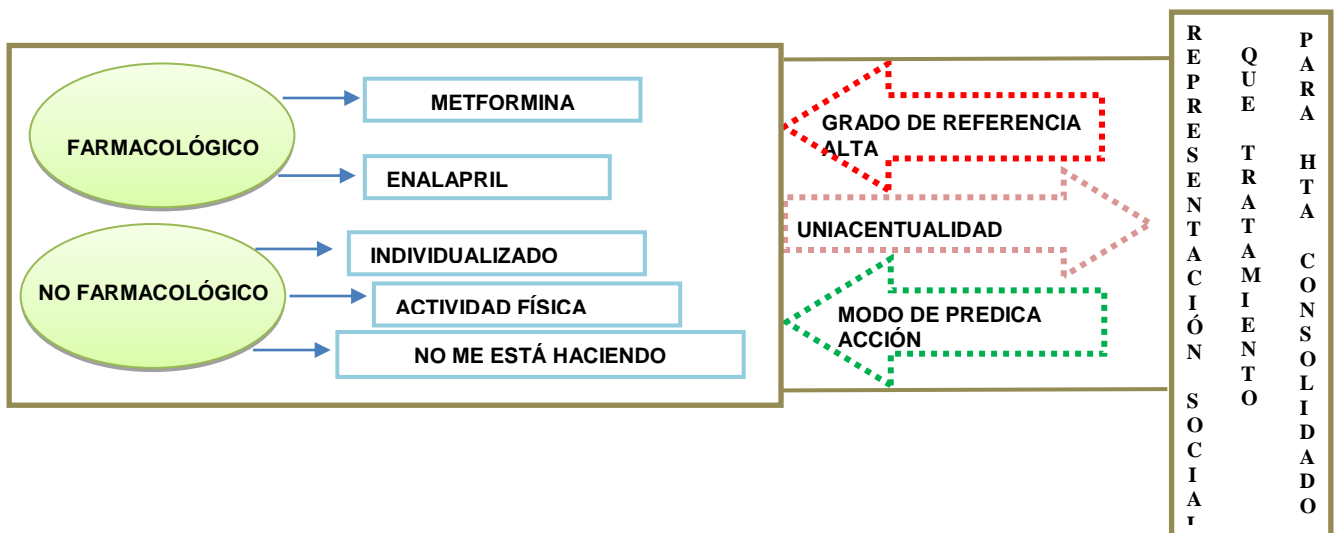
El modo de predica es de acción y su grado de referencia es alta; es una representación social consolidada; su ideología es uniacentualidad.

4.2.10. Entrevista a los médicos que atienden pacientes con ECNT del CS tipo “B”

Portoviejo y del Hospital Básico “El Carmen”

Narrativas de atención a pacientes con HTA Y DM.

Figura # 29 ¿Qué tipo de tratamiento les indica a los pacientes?



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Dos ideas centrales fueron las mencionadas por los médicos quienes indican tratamiento farmacológico y no farmacológico según las guías de prácticas clínicas del Ecuador y también las internacionales: **EC037HMGFrías** “bueno, el tratamiento vamos a dividir en dos prácticamente; el tratamiento farmacológico y el que no es farmacológico; en este caso es basado en la dieta, el ejercicio y los hábitos generales; y el tratamiento farmacológico que es en dependencia del paciente, los hipertensivos, etc.” **EC039HMFZambrano** “el tratamiento es multidisciplinario, dedicamos más tiempo al tratamiento no farmacológico, al a dieta, al ejercicio, a la adherencia la ver cuáles son los factores que pueden intervenir en esa adherencia.” **P042MMFKaren** “el tratamiento farmacológico, y todas las recomendaciones no farmacológicas, como la actividad física, los

cambios en estilo de vida, en la alimentación, y todas sus guías anticipatorias, de las complicaciones de la enfermedad para que ellos ya vayan asumiendo responsabilidad y tenga adherencia.” P043HMGWashintong “dos tipos de tratamiento, primero la evaluación como paciente para ver si este paciente es hipertenso, porque verdaderamente hay pacientes que antes de diagnosticarlos como hipertensos, se les debe de realizar una evaluación, si este paciente después de la evaluación, manejándolo con procesos de dieta, de controles, no evoluciona, comenzamos un proceso que es específico para el MSP o ministerio de salud pública, porque nos manejamos con medicina propia del ministerio de salud pública.”

El modo de predica es de acción y la referencia es alta con una representación social consolidada, ideología uniacentalidad.

Figura # 30 ¿cuál ha sido la experiencia personal al trabajar con pacientes con ECNT?



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Dos ideas centrales hay en relación a las experiencias que han tenido los participantes con los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles mencionando en su mayoría que son un mundo diferente, con una historia llena de mitos, creencias, no siguen las ordenes, las directrices médicas y nunca se tiene certeza de si en realidad están cuidándose cumplimiento con los regímenes terapéuticos; y otros indican que siempre hay algo que

aprender de ellos y los obliga a continuar leyendo para poder abordarlos de la mejor manera:

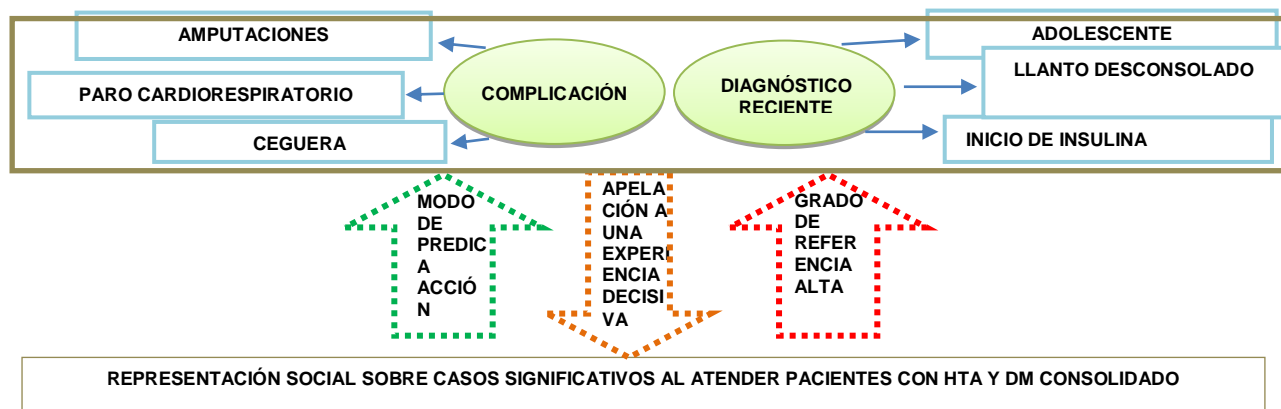
P042MMFKaren *“me mandan a leer todos los días, cada paciente es un mundo diferente, porque inicialmente uno pensaba que todos eran como lo decía el libro, pero el tratamiento en realidad es individualizado, y que no a todos es por regla, metformina, metformina mas glibenclamida, insulina, tantas unidades de insulina, o a tal antihipertensivo, entonces he aprendido eso, que siempre hay una necesidad de aprendizaje, que siempre hay algo más para aprender, para investigar, y bueno también el patrón cultural, depende el nivel socioeconómico de las personas y el patrón cultural es la adherencia que tienen ellos, y por ende hay que hablarles de acuerdo cuál es su nivel.”*

EC040HMFloor *“hay que decir que los pacientes tanto hipertensos como diabéticos están contextualizados al sistema de salud y básicamente a la cultura donde ellos viven; es decir, al sistema social, tienen muchos mitos, creencias que a veces impiden en la aplicación del tratamiento farmacológico.”*

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentualidad; citamos una apelación a una experiencia decisiva: **EC038HMGCando** *“bueno mi experiencia personal es ver a que los lleva una hipertensión mal controlada, verlos con los ACV que llegan principalmente, o sea lo que más me ha impactado cuando tuve mi experiencia en Guayaquil en un hospital general, ver que llegaban con los ACV, las hemiplejía las secuelas que quedaban, principalmente eso ; pocos son los pacientes que siguen el tratamiento, son bien controlados o llevan una dieta controlada, hacen actividad física diaria, muy pocos son los pacientes que llevan o tiene buen apego al tratamiento.”*

Caracterización EMIC de la HTA.

Figura # 31 ¿recuerda algún caso significativo de pacientes con ECNT?



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

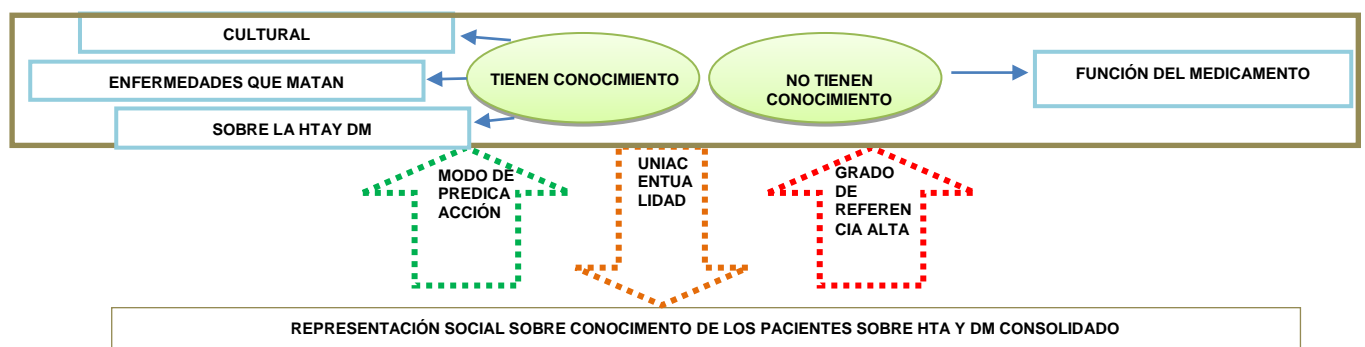
Dos ideas centrales se determinaron cuando se dan diagnósticos recientes es significativo para los pacientes ya sea por el grupo etario o porque se tenga que usar insulina desde el inicio, es una crisis no normativa y es difícil tener que manejar las reacciones de una persona frente a su pérdida de la salud; otros indicaban las complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles amputaciones, ceguera, etc. **EC037HMGFrías** “entre los más notorios que he tenido tuve un paciente que había tenido diabetes de años, que realmente había tenido una amputación en el miembro inferior izquierdo cuyo sistema circulatorio ya estaba bastante afectado y comenzó con una ulcera en el dedo del otro pie.” **EC039HMFZambrano** “si recuerdo algunos, recuerdo de una guardia veo un chico de 14 años que llego casi chocado, la familia nos indicaba cuales eran los síntomas y eran los clásicos de la diabetes, me dicen poliurea, polifagia y pérdida de peso, entonces a pesar de la edad lo primero que hicimos fue una glucosa y era un chico con una glucosa de 500 y algo, ese caso fue importante la parte médica, pero también para la familia, porque teníamos un adolescente con diabetes, con padres jóvenes, un chico deportista, estuvo en U.C.I. por un día

y el trabajo más que en el momento de la emergencia fue posterior, fue que reconozca la enfermedad, que la haga suya, que entienda lo que va hacer con su tratamiento, sus cuidados, la parte familiar fue una crisis bastante intensa. en la hipertensión recuerdo pacientes que no responden a una monoterapia.”

P042MMFKaren “hay un paciente que tenemos con discapacidad, en el callejón Robles, paciente que ya ha perdido la vista, ya tiene ceguera total, ha tenido múltiples complicaciones, vasculares, ha tenido infartos múltiples, ha tenido pie diabético como complicaciones circulatorias periféricas, y aparte tiene una discapacidad intelectual, entonces se le indica la forma de aplicarse la insulina, pero no se la aplica, porque siempre tienen esa vecinita que les dice que eso les va a hacer más daño ponerte la medicina; y él, es un paciente con discapacidad que su cuidadora tiene 80 años.”

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es apelación a una experiencia decisiva.

Figura # 32 ¿Cómo percibe lo que saben sus pacientes sobre ECNT?



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Dos ideas centrales se observaron; hay médicos que indican que los pacientes si tienen conocimiento ya sea cultural o científico; y quienes mencionan que no porque no saben para que son los medicamentos que ingieren solo retiran porque así se les recomienda:
EC037HMGFrías “eso es muy fácil, ellos no conocen para que toman la pastilla.”; o,

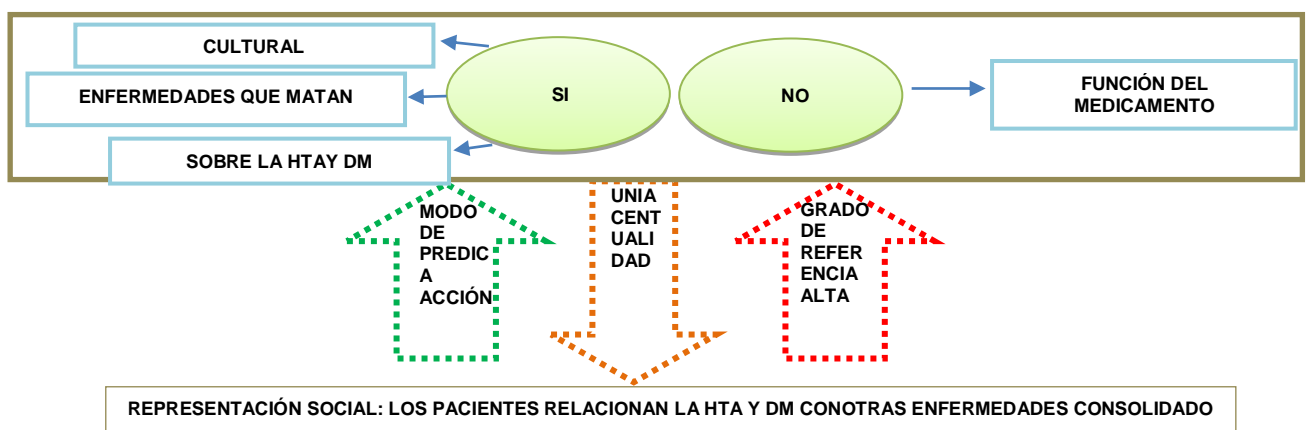
EC038HMGCando “muy pocos son los que hacen conciencia de la enfermedad que tienen y llevan un tratamiento adecuado yo les pregunto saben la dieta del hipertenso, díganme cuáles y ellos si me dicen, comidas bajas en sal, no toman café o bebidas estimulantes, pero muy pocos no todos son los que saben que dieta tienen que hacer, qué bebidas no tienen que tomar y cuáles son los medicamentos, por lo general, en los que se perciben.”

EC040HMFLloor “es una situación dinámica que tiene que ser contextualizada en cada paciente, hay muchos pacientes que tienen conocimientos más amplios de la enfermedad y así mismo hay pacientes que no tiene conocimiento alguno de la enfermedad, ahí entra lo que llamamos los factores de tipo espiritual, o ambientales que el paciente tenga.”

P042MMFKaren “un gran número si conocen, conocen de que se trata la enfermedad, conocen cuáles son sus complicaciones, algunos hasta ya me dicen que tengo que aumentarle a la insulina, o ya tengo que bajarle, ya vienen leyendo o googleando, vienen con mucha información, lo bueno es que ahora ya tienen acceso a toda esa información, el problema es como la interpretan y como la utilizan.”

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentalidad.

Figura # 33 ¿Sus pacientes creen que las ECNT están relacionadas con otras enfermedades?



Dos ideas centrales se observan en los entrevistados quienes creen que los pacientes no relacionan la HTA con otras enfermedades porque no tienen conocimiento; y, los otros piensan que si la asocian con otras patologías por el conocimiento cultural que tienen y la asociación con la muerte. **EC037HMGFrías** *“si y no, hay pacientes que no saben que tienen, las mujeres asocian con la menopausia y los hombres con la edad.”*

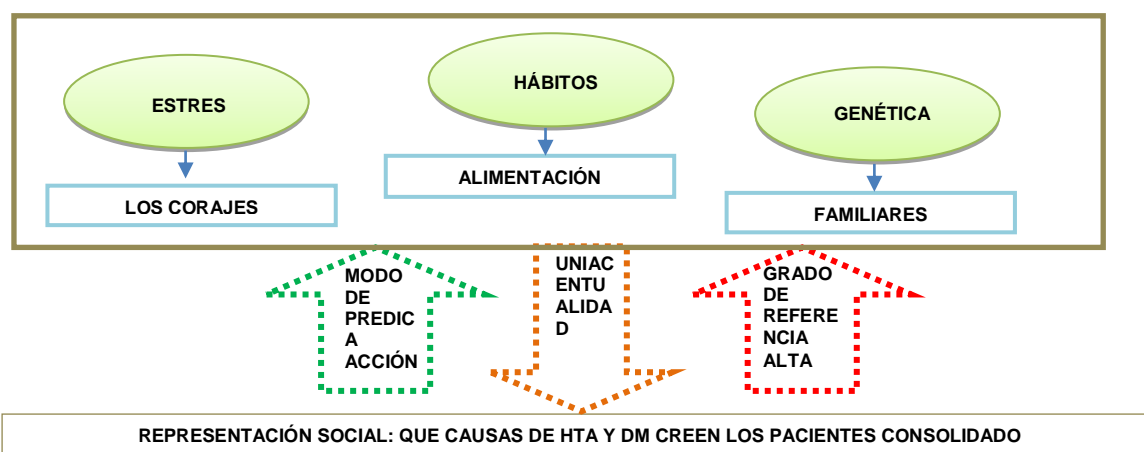
EC038HMGCando *“no, la mayoría de ellos no saben, no saben que pueden tener un accidente cerebro vascular, pueden terminar infartados, pueden hacer insuficiencia renal, yo tengo que advertirles y meterles miedo para que lleven el control de su diabetes, tomen sus pastillas hagan actividad física y tengan buen apego al tratamiento.”*

EC039HMFZambrano *“la percepción inicial de un paciente que no es seguido por medicina familiar, la común entre paciente y personal de salud que son enfermedades que pueden matar, pero que son enfermedades que no causan síntomas no deberían tratarse, la percepción es algo errónea, tienen unas ideas que pueden servir pero hay otras que no. o que en la alimentación o que la insulina, son ideas creadas por los pacientes o en algunas ocasiones por los médicos lo que hacen que la percepción sea incorrecta y por ende afecte la adherencia de estos pacientes:”*

P041MMFMaría *“igual esto creo que viene con el conocimiento, hay algunos pacientes que saben y que están conscientes que estas son enfermedades que están relacionadas con otras, pero hay otros que piensan que están aisladas que les toco y ya. Y más que las enfermedades serían las complicaciones que estas enfermedades generarían, como el infarto, que les va a dar un derrame, que van a tener cierto tipo de alteraciones circulatorias.”*

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentualidad.

Figura # 34 ¿Cuáles creen sus pacientes que son las causas de las ECNT?



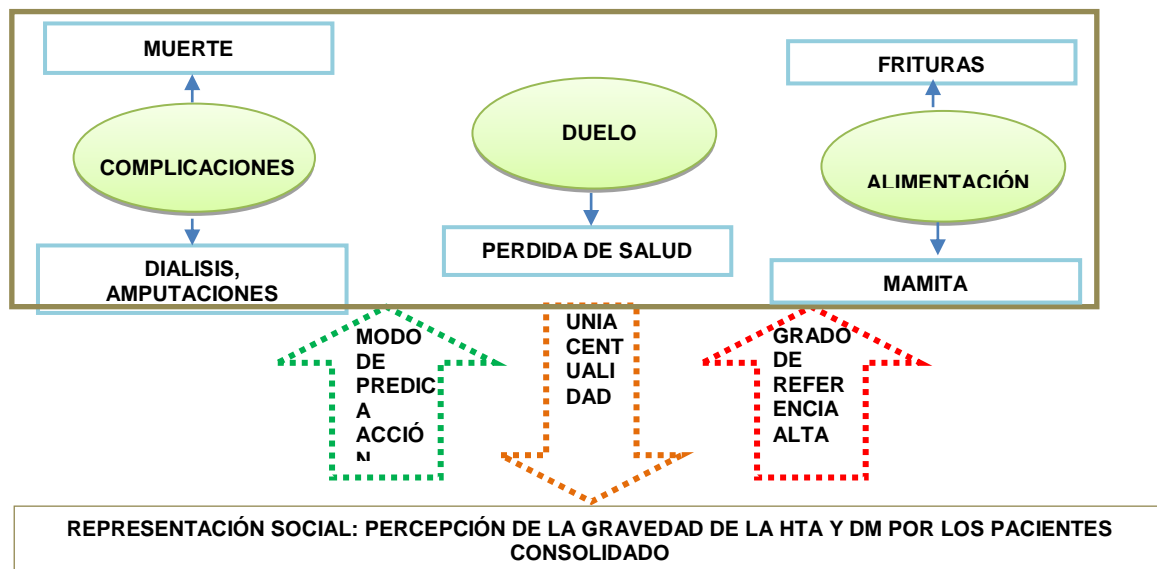
Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

De los informantes se obtuvieron tres ideas centrales: el estrés, los malos hábitos alimentarios y la genética son las causas de HTA y DM creen los pacientes que los médicos atienden. **P044HMGMaría** "hay algunos pacientes que dicen, yo creo que es porque estoy gordo, porque estoy obeso, o porque yo no me cuido en la comida, pero cuando ya uno les ha explicado, porque no me cuido porque estoy en la calle, o a veces ellos dicen que es porque mi mama o mi hermana es diabético y yo también tengo el azúcar, ya ahí como que ellos entran en la certeza que por eso tienen la enfermedad." **P042MMFKaren** "no, por lo general vienen diciendo que pase un coraje y desde ahí ya tengo hipertensión, otra es que la diabetes les produjo por tomar cola o por comer dos caramelos ayer en la fiesta por eso es que tengo el azúcar alto, jamás." **P041MMFMaría** "para muchos de ellos, la principal causa es la herencia, es el concepto que ellos tienen, hay algunos que en la medida que ha pasado el tiempo, de repente ya se han, educado un poco, van teniendo otros conocimientos,

y ya también lo relacionan con otras cosas de los hábitos saludables de vida, lo que tiene que ver con el sedentarismo, actividad física, la dieta, etc.

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es Uniaccidentalidad.

Figura # 35 ¿Cómo perciben sus pacientes la gravedad de las ECNT?



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

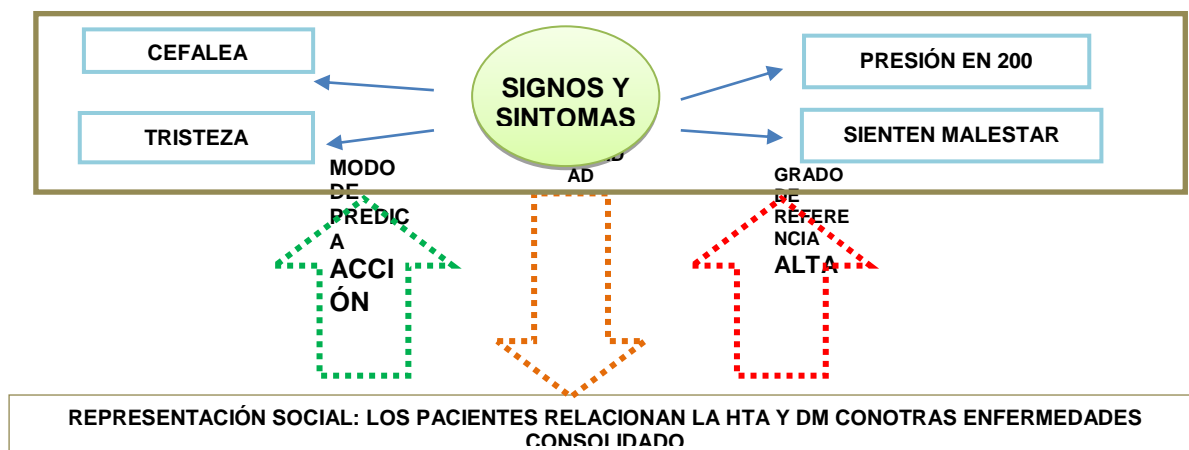
De los informantes se obtuvieron tres ideas centrales: la gravedad de las enfermedades crónicas no transmisibles es percibida por los pacientes como un duelo por pérdida de salud, culpan a sus madres por tener una mala alimentación, y también consideran que al ver las complicaciones que se les presentan como insuficiencia renal en fase dialítica: **EC037HMGFrías** “la alimentación; y otros dicen que es por la mamita que tiene.”; o, **EC038HMGCando** “muy pocos son los que han percibido eso en familiares mismos que han dicho mi abuelito murió de diabetes, le amputaron una pierna, murió infartado, murió del corazón, ellos perciben de esa manera que han muerto ya sea por una enfermedad del corazón que hayan estado primero hipertensos o diabéticos, o una diabetes que le haya llevado a una insuficiencia renal, que se hayan muerto.” **EC040HMFloor** “con una perdida

aguda, sería como interpretarlo como un luto de la salud, pérdida de la salud en este sentido el paciente pasa por todas las fases, como es la negación, la interpretación de la pérdida de su bienestar, y después el acoplamiento. pero esto es un proceso que inicia con la negación de la medicina a recibir el creer que la medicina es una droga, que lo encasilla en depender de un medicamento para toda la vida, son situaciones que forman un complejo de pérdida de la salud.” **EC039HMFZambrano** “cada paciente es un mundo diferente hay muchos que perciben la enfermedad como algo importante que debe ser controlado, vigilado para evitar que lleguen a puntos graves en sus complicaciones y hay otros que lo conocen y lo perciben, pero no lo evitan, entonces lo que si saben es que puede haber muchas complicaciones que este tipo de enfermedades crónicas que significan que son para toda la vida, pueden provocar problemas a largo plazo.”

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es Uniacentualidad.

Asociación cultural a seguimiento / control de las ECNT.

Figura # 36 ¿Qué entienden sus pacientes por estar enfermos?



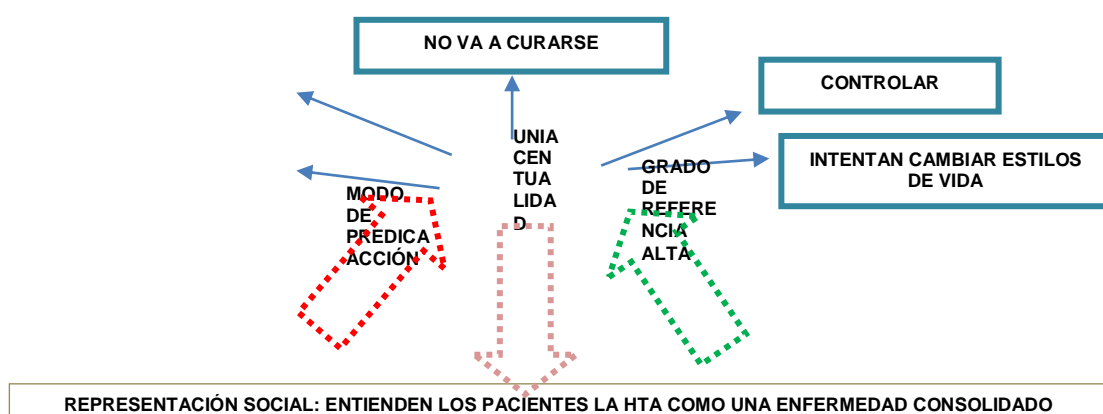
Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

Una idea central se observa en los entrevistados quienes creen que los pacientes se sienten enfermos cuando hay síntomas como cefalea, tristeza, malestar, cuando evidencian elevación de la presión arterial: **P043HMGWashintong** “sentir o no sentirse enfermo, por lo general ellos estando con los valores elevados, piensan que están normal si están con la medicación, porque tienen un concepto abstracto para mí.” **P042MMFKaren** “lo que manifiestan ellos, es que mientras se sientan bien, mientras no tengan síntomas, no están enfermos, osea, ellos sentirse enfermos o estar enfermos sería cuando sienten síntomas, cuando vienen con alguna molestia, pero si vienen totalmente asintomáticos, solamente por su control, ellos no se consideran estar enfermos.”

EC038HMGCando “estar enfermo por decir que el paciente sepa que es hipertenso o diabético, y él ya sabe que tiene una enfermedad de base, piensa que tiene epilepsia, insuficiencia renal, que tenga asma, insuficiencia cardíaca eso que el paciente sepa que está enfermo; sentirse enfermo puede ser el que a lo mejor una complicación de la enfermedad, el paciente ya estando con la enfermedad que se le suba a 200 tenga una crisis hipertensiva y empiece a tener cefalea, disminución de la agudeza visual y ellos entienden por sentirse enfermo.”

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentualidad.

Figura # 37 ¿entienden sus pacientes la ECNT como una enfermedad?



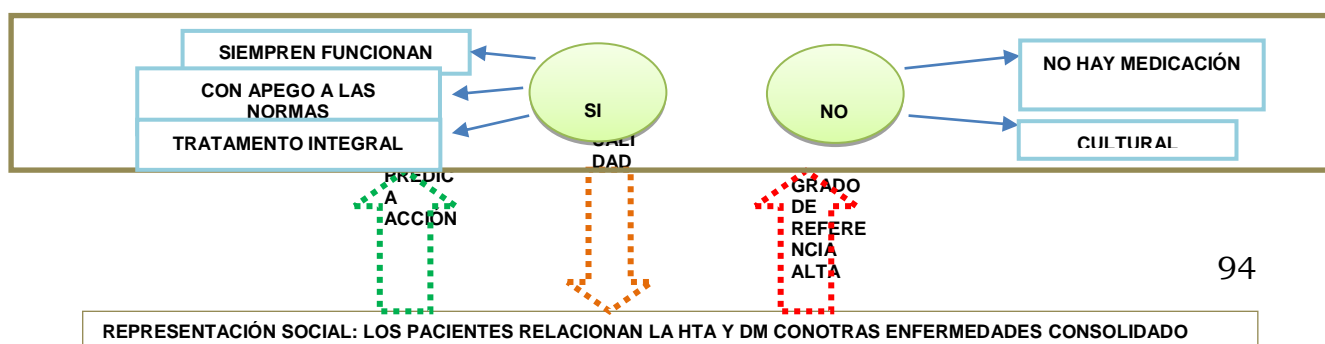
Una idea núcleo obtuvimos al preguntarle a los médicos si sus pacientes entienden la HTA como una enfermedad; en forma unánime piensan que sí, que la ven como un proceso que no va a curarse, deben controlarse intentando cambiar estilo de vida.

EC039HMFZambrano “claro si, si lo entienden; y lo más duro que lo entienden como una enfermedad crónica, como una enfermedad que no va a curarse, que va ser para toda la vida, y que se puede controlar y que se puede semejar que eres un paciente totalmente sano pero portador de una enfermedad, yo lo comparo igual como con algunas otras enfermedades crónicas como en algunos pacientes y entienden la importancia de la situación la gravedad y la importancia de su control, de manera subsecuente y de manera continua.”

EC038HMGCando “sí, sí lo entienden.” **EC040HMFLoor** “gracias a la globalización el paciente lo ven como un proceso que se iba a presentar tarde o temprano en relación a la gran cantidad de pacientes que se encuentran a su alrededor, entienden que es un proceso del cual deben hacer un control activamente, pero no tienen otra imaginación de la enfermedad, el conocimiento es básico.” **P044HMGMaría** “si, cuando ya uno les explica, lógicamente ellos lo entienden como enfermedad, pero como que no lo asumen totalmente. Ellos se sienten enfermos.”

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentalidad.

Figura # 38 ¿Cree que el tratamiento que usted les prescribe funciona?



Dos ideas centrales obtuvimos que si funciona el tratamiento siempre que haya apego a las directrices de las guías de práctica clínica y otros que no porque no hay medicación.

EC037HMGFrías *“he tenido y no he tenido buenos resultados; por ejemplo, estamos desabastecidos de antihipertensivos. Si se ha hecho un poco difícil llevarles el seguimiento.”*

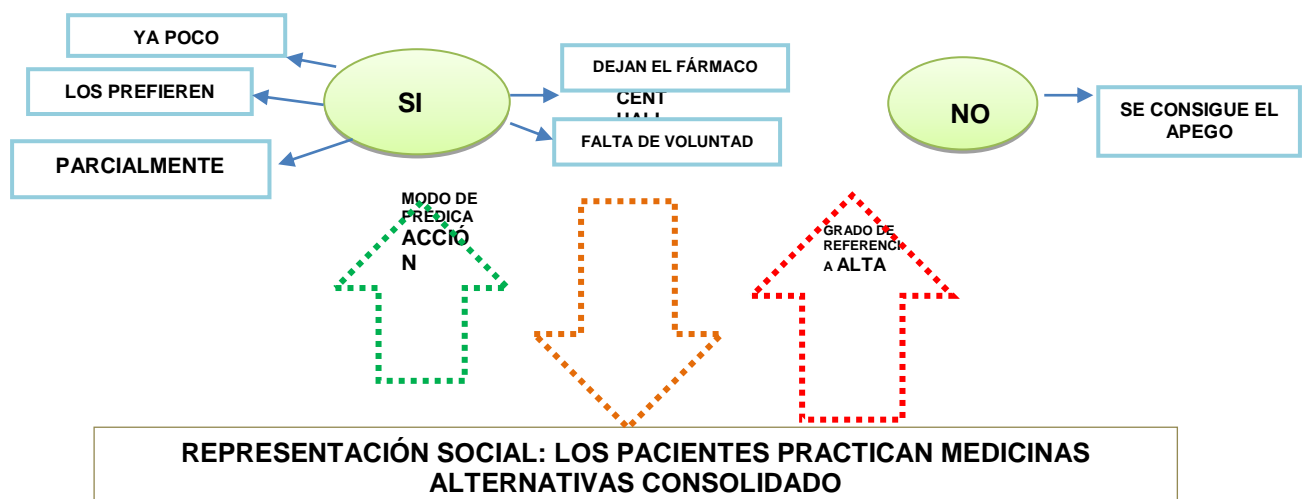
EC040HMFloor *“si, en relación que estoy apegado a las normas y esperando que con el tratamiento se prolonga la supervivencia del paciente y se disminuya las complicaciones a futuro. pero generalmente en las visitas domiciliarias se puede comprobar que el paciente no toma la medicina como es correspondiente, en este sentido el paciente toma en forma intermitente. En la actualidad hay un desbalance de seis meses en medicamentos para la hipertensión, pocos hacen lo que el medico les prescribe, los mitos, las costumbres, la parte cultural dificulta la aplicación del tratamiento farmacológico y no farmacológico hay mucha idea simbólica.”*

P042MMFKaren *“yo creo que funciona, si lo siguen correctamente, todas las indicaciones, en lo farmacológico y no farmacológico, pero si no lo siguen, pues lógicamente, que si no tienen adherencia no vamos a tener buenos resultados. Además sabes que vivimos en Manabí, y los cambios en estilos de vida aquí es difícil, es difícil meterle ese chip a los pacientes, de la actividad física, sobre todo de mejorar los hábitos alimenticios, entonces ahí si esta difícil la tarea, en cuanto a la frecuencia con que acuden, aquí contamos con el club de diabéticos e hipertensos, por lo general cada treinta días, sabemos que los que están bien controlados ya deberían de venir cada 3 meses aproximadamente pero en realidad aquí los estamos viendo cada treinta días. Hay algunos medicamentos que no están dentro del cuadro*

básico, o quizá no es que no estén dentro del cuadro básico, sino que no los tenemos en el primer nivel de atención, entonces la condición económica para no poder adquirirlo.”

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentalidad.

Figura # 39 ¿Sus pacientes con ECNT practican medicinas alternativas?



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

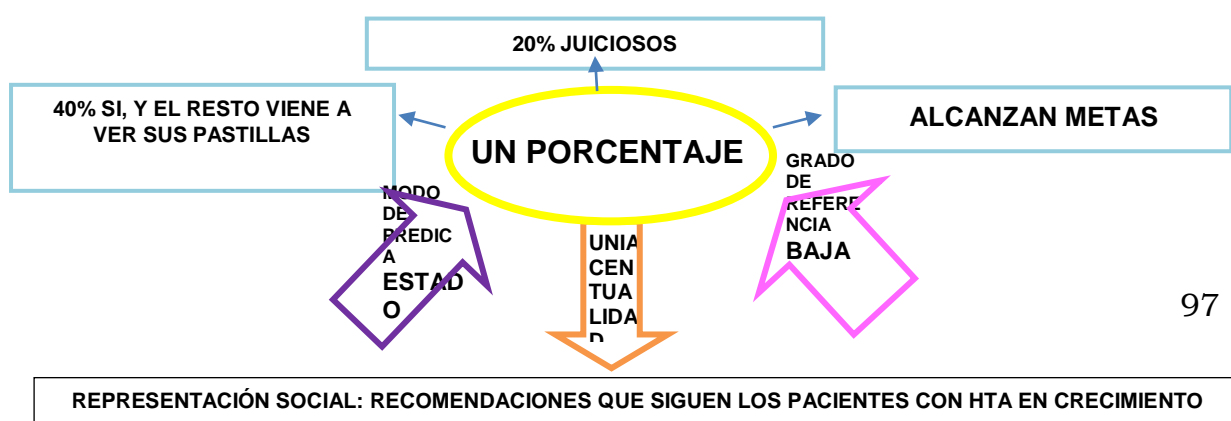
Dos ideas centrales se obtienen de las entrevistas a los médicos quienes indican que la mayoría si usan medicina alternativa para el tratamiento de enfermedades crónicas incluso dejan los fármacos porque les tienen más fe, mientras que pocos son aquellos que no lo usan: **EC040HMFloor** “si, está la fitoterapia, neuropatía, la homeopatía, y por ultimo remedios caseros que usan bastantes, son las preferencias de los pacientes, que dificultan porque al iniciar una terapia alternativa abandona el tratamiento farmacológico tanto de la hipertensión y de la diabetes con las indicaciones a futuro que representa.”

P041MMFM *María* “sí, hay algunos que utilizan, lo que corresponde a la medicina tradicional, las hiervas, las aguas, el problema de todo esto, es cuando dejan su tratamiento farmacológico, por seguir estas creencias, digamos, ¿no? Hay algunos que van de la mano con ambas cosas. En general, no les prohíbo eso, porque hay que ser respetuosos en ese tipo de temas, trato de orientarlos en la medida en que yo conozco obviamente el tema, y de que ellos sigan adheridos al tratamiento farmacológico, y si desean tomar alguna agüita de lo que ellos mencionan, siempre y cuando no interfiera en nada, yo los aliento a que sigan para tratar en forma de que sigan el farmacológico.”

P042MMFK *Karen* “Sí, pero igual yo les digo que no dejen de tomar su medicación, y ellos le tienen tanta fe, en que eso ya es como coadyuvante, la paciente que te comente que abandono el tratamiento antihipertensivo, bueno en fin, ella es una paciente nueva, no sé si en realidad era hipertensa, ella llega siempre normotensa, pero dice que tiene una historia de hipertensión, ella dejó de tomar su antihipertensivo y está tomando productos de omniflife, Herbalife, y ella le tiene una fe infinita y dice que eso es lo que la ha curado y la ha mantenido, otros usan té de moringa, usan té de no sé qué hierba, usan los jugos verdes en ayunas para bajar los niveles de colesterol, y también dicen que controlan las glicemias con esto. Pero yo no les prohíbo que las siga usando, pero que no abandonen el tratamiento farmacológico.”

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentualidad.

Figura # 40 ¿Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones?



Autores: Párraga, Andrés / Mero, Javier
Fuente: Entrevista semiestructurada, 2019

La idea central que encontramos en esta categoría es que los profesionales de salud consideran que los pacientes si siguen sus recomendaciones en un 40% y el resto solo retiran medicación y que es valorable cuando se alcanzan metas terapéuticas: **EC040HMFloor** “*en parte si y en parte no, generalmente cuando se tiene un apego con un paciente después de varias atenciones podemos corroborar que el paciente si se acopla aparentemente en la consulta. y se puede comprobar en las visitas domiciliarias que si se demuestra el consumo de medicamentos como corresponde, así como al apego de manejo no farmacológico. los procesos de atención del ministerio de salud pública coartan a veces el tiempo necesario para dar una consejería adecuada al paciente. sin embargo, es de acotar que medicina general también dedica tiempo para la consejería para la adherencia farmacológica y no farmacológica*”.

P043HMGWashintong “*por supuesto, porque ellos reciben evaluaciones mensuales que yo les hago en citas de control, y puedo mirar si están haciendo o no. Mediante la alimentación, la actividad física que se les da charlas continuamente cada vez que vienen y se les vuelve a hacer pregunta.*” **P044HMGMaría** “*la mayoría si, los que no siguen más bien es por falta de voluntad, otros porque dicen que no tienen dinero para mantener una dieta, porque piensan que eso les genera gastos, porque tiene que comprar tal y cual alimento, pero en realidad lo que yo les digo es que no les va a generar gastos, porque yo les digo que dejen de comer fritos, ya que pueden comer asados, sudados, calditos, cremitas, pero no necesariamente tienen que tener grasas.*”

El modo de predica es de acción y el grado de referencia alto, con una representación social consolidada, la ideología es uniacentalidad.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se incluyeron 239 pacientes, los mismos que cumplieron con los criterios de inclusión, en donde se analizó la adherencia al tratamiento no farmacológica referida por los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), atendidos en el Cs de Portoviejo, y en la Unidad Anidada El Carmen, además de constatar el conocimiento que poseen en relación a esta terapéutica, así como la importancia que los pacientes dan a un cambio en los estilos de vida.

Los determinantes de salud son todos los factores ambientales, personales y atención sanitaria; por ende, en nuestra población de estudio, tanto hombre como mujeres, acuden a las instituciones de salud para ser atendido por la Enfermedades crónicas no transmisibles; siendo en forma unánime la búsqueda del médico para que puedan evaluarles:

EC006FIsabel *“aquí en el hospital El Carmen, para confirmar me volvieron a realizar de nuevo los exámenes, me diagnosticó doctor en medicina general”*

P31HAristides *“Me vio el doctor, me dijo que, porque toda mi familia tenía azúcar, yo ya la tenía, y ya todos ellos murieron, mis papas, mi familia, todos ellos. Además yo ya había probado mi orina y estaba dulce, y cuando el doctor me dijo que tenía azúcar, me decepcioné, porque dije que estaba igualito a mi papa, a mis tíos, y he visto morir a mucha gente con eso.”*

Independientemente del tiempo de cronicidad que tengan no saben con exactitud la terapéutica que deben utilizar; y, aquellos que la conocen es por antecedentes de familiares con diabetes mellitus o hipertensión arterial, enfatizando en antihipertensivos y antidiabéticos orales; pero, lo más notorio es que mencionan las características (color, presentación) de los medicamentos y no sus nombres.

EC007FSebastiana *“me mandaron a tomar pastillas y unas veces me tomaba y otras no, y ahora si me las tomo y antes no entendía”*

EC27HRoque *“la pastillita esa de 500 o 850 y unas blanquitas parecen que de 5 o de 10, y esa es las que estoy tomando, las que me hacen bien; porque después el doctor me cambió otra pastilla de esas dos en uno, unas amarillitas, pero no me asentó, ahí tuve que pedirle las mismas vueltas.”*

El estudio indica un escaso conocimiento que tiene esta población acerca de los cambios en estilos de vida, por lo que, a pesar del conocimiento que se tiene sobre los beneficios de la actividad física (AF), la prevalencia de esta actividad es muy baja en todo el mundo, así lo demuestran estudios recientemente realizados en Canadá (2016) por Fleig, et al, en cuyos resultados mostraron la importancia que tiene la percepción del entorno físico con la AF y el

comportamiento sedentario, en gran parte debido a que estas percepciones ambientales están vinculadas de manera positiva a la confianza para caminar. Lo encontrado en este estudio es que en cuestión del ejercicio físico aeróbico el porcentaje es bajo, en un 30,9% (n= 74) lo realizan, a diferencia del 69,0% (n= 165) que no lo realiza, teniendo así que la edad donde más se presentó la ausencia de adherencia fue en los adultos maduros, datos que guardan cierta similitud con los datos registrados en el estudio de Liu Q, et al en el 2015, en la que busca las explicaciones de la baja prevalencia de la actividad física, hecho que se asocia a la prevalencia de las ECNT.

Demostrándose un bajo conocimiento sobre los cambios de estilo de vida y sobre los componentes de su terapéutica farmacológica siendo estos uno de los factores de falta de adherencia al tratamiento no farmacológico como lo evidenciamos en un estudio de Rafael (2014); este cumplimiento también difiere según el sexo; ya que, las mujeres continuaban por indicación médica y también por antecedentes de familiares con alguna enfermedad crónica no transmisibles:

PO26 F RUTH G. *“Siempre he seguido las indicaciones de los médicos, hasta ahora, porque padecí la diabetes de mi madre, aunque a veces cuando no tengo la medicación en ese momento, que han sido pocas veces, que a veces me falta, no me pongo, pero enseguida adquiero la medicación y sigo.”*

Pero en los hombres no ocurre lo mismo, porque la mitad no continuó su tratamiento por olvido o por descontrol e incluso alguno estuvieron años sin medicación.

EC30HCésar *“yo tomaba esas pastillitas tal como me había dicho el médico, pero luego ya me controle un chance, ya el valor de la azúcar la tenía siempre normal, deje de tomar; después, ya me olvidaba, no tomaba la pastilla y deje de seguir ese tratamiento.”*

Varios estudios fundamentan que una dieta ofertada de manera suficiente, accesible, inocua y variada, no sólo previene la malnutrición, sino que también reduce el riesgo de sufrir ECNT, por lo que los pacientes en este estudio tienen una alta adherencia al consumo bajo en sal, con un 64,4% (n= 154), pero en cuanto al consumo de otros alimentos como son los carbohidratos y grasas, la adherencia es un poco más baja, y en un 56,0% (n= 134), por lo que más se debe a la cultura alimenticia existente en esta provincia. Razones referidas por la población en estudio, que impiden cambios importantes en la dieta de los pacientes son impedimentos en preparar su propia comida, limitantes económicas y al igual que en el resto de componentes del tratamiento, el desconocimiento del papel de la dieta en el manejo de estas enfermedades.

El trastorno del uso del alcohol, conocido comúnmente como alcoholismo, es una enfermedad que para muchas personas pasa desapercibida. De acuerdo a la OMS, el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo de enfermedades y de discapacidad; es el primer lugar en América y el Pacífico Occidental y el segundo en Europa. En este estudio la frecuencia del consumo de alcohol es relativamente bajo, en un 8,3% (n= 20), con una igualdad para ambos géneros, ya que presentaron el mismo porcentaje, por lo que se puede asociar a varios estudios en los que se reporte un incremento en el consumo de alcohol por parte de las mujeres, como por ejemplo en la encuesta epidemiológica nacional sobre alcohol y condiciones relacionadas (NESARC), Petry y colaboradores, encontraron tasas altas de trastornos por consumo de alcohol con el aumento de índice de masa corporal, analizado por género mostró una mayor prevalencia de abuso de alcohol por vida y la dependencia sobre todo en los hombres.

En México, un estudio realizado por Velasco-Contreras en el 2013, identificó la asociación entre el consumo de tabaco con la hipertensión y la diabetes mellitus, en mujeres con tabaquismo intenso; aunque en este estudio, el consumo de tabaco es reducido, ya que solo el 4,6% refiere fumar cigarrillos actualmente, hubo una mayor incidencia en tabaquismo en las mujeres, pero en su mayoría refieren ya haber dejado hace varios años el uso del cigarrillo.

Todo esto se debe a que en la población que se entrevistó el indicativo de enfermedad son los síntomas o la presencia de un nivel de glicemia o de presión arterial altos; si éstos no se presentan descartan el diagnóstico y descontinúan los tratamientos, así como se demostró en un estudio de Ross (2004, p. 1).

Los hombres indicaron que antes del diagnóstico no conocían sobre la enfermedad, y llama la atención las costumbres como el probar la orina para saber si hay hiperglicemias, para ellos ya se instaura una hipertensión o una diabetes si hay amputaciones, infartos o eventos cerebrovasculares:

P31HAristides *“yo al principio me iba a probar la orina a los baños, si mi orina estaba salada o dulce, y me daba cuenta que era dulce, pero yo no hacía caso.”*

El enfoque de las mujeres es similar; para ellas las enfermedades crónicas no transmisibles tienen relación directa con la gravedad.

EC004FNorma *“si uno tiene una lepra no sana rápido, te pueden cortar la pierna, la mano; hay que tener mucho cuidado; mi mami con mi papi se quedaron ciegos; antes me daba mareo, vómito y me sentía mal, los talones de dolían, cuando estoy perenne tomando las pastillas me siento bien, pero a veces me siento bien ya no tomo.”*

Es interesante saber que para muchos es asintomática, motivo por el cual no cumplen con la terapéutica como lo menciona Genoveva (2005, p.1) en su estudio “Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión”. , no hay interés por el tratamiento debida a la mínima sintomatología que presentan, incluso no aceptan el diagnostico por lo cual lo dejan y no continúan:

EC010FRosa *“mis vecinos han fallecido de eso, por infartos por no tomar las pastillas, por eso es peligroso. Después de que me diagnosticaron que era hipertensa y tome unos días las pastillas me sentía bien; pero igual, yo no creo que soy hipertensa algo dentro de mí me dice que yo no soy hipertensa, aunque ya he estado hospitalizada, pero igual yo no creo.”*

En ambos grupos se consideran como causas de las enfermedades crónicas no transmisibles los malos hábitos alimentarios, así como la falta de actividad física, la herencia y el estrés.

PO20FEleodora *“Ahora que yo escucho los comentarios que es por haber ingerido grasas, por haber tomado tanta cola y yo creo que eso me causa, también eso es hereditario, mi familia por parte de mi papa, ellos casi todos tiene azúcar, y mis tíos todos tienen, menos mi papa, el murió como de 70 años y él no la tenía, pero como no la conocíamos tampoco, no sabíamos si la tenía o no tenía”.*

EC30HCésar *“para mí es la mala alimentación, comidas grasosas y mucha cola, comer muchos dulces; la falta de ejercicios, peor que uno ya no hace ejercicio el cuerpo de uno ya no trabaja bien.”*

La población que participó en las entrevistas; que fueron tanto del Carmen como de Portoviejo conocen en igual medida los tratamientos convencionales (antihipertensivos) como los alternativos (plantas) y los hábitos saludables:

PO25FLeila *“El caminar, el comer sano, comer frutas, comer granos secos, siempre me dicen que cuando me duele la cabeza me tome una agüita de limón, pero no como jugo, sino que agüita que ahí se me pasa, es lo que conozco”.*

P33HManuel *“yo en el oriente, tengo un medicamento que yo mismo preparé, lo hice con ron, guanchaca que le dicen acá, la hoja de la coca, miel de abeja y marihuana, eso me tomo todos los días en las mañanas, un vasito, una copita todos los días, y gracias a dios me siento, bastante mejor, y considero que esto me ha ayudado mucho.”*

Es un conocimiento cultural, que en muchas ocasiones puede afectar la salud de los pacientes y también dejan los tratamientos instaurados por continuar con estas medidas.

La sensación de estar enfermo para la población masculina, hace referencia a un estado de alteración de su salud mental, una condición de tristeza, gravedad, incluso de atentar contra su vida, es una representación social consolidada.

EC30HCésar *“uno se siente mal, porque esta enfermedad no se cura, pero yo siempre he dicho que hay que saber llevarla a la enfermedad, cuando uno dice estoy enfermo la enfermedad más la ataca; así que mejor hay que saber llevarla.”*

Este pensamiento está en relación con el de las mujeres a quienes también les afecta en su estado anímico, es esa sensación de inutilidad e incapacidad de poder levantarse de la cama, con la diferencia que es una representación social en crecimiento:

PO23FMariana. *“Sentirse así es estar decaída, sin energía, porque si estoy enferma, es que tengo un síntoma, algo que me aqueje, pero me parece que es lo mismo estar que sentirme enferma”.*

Por ende, ambos grupos consideran que son enfermedades limitantes aquellas que presenten una afectación física, que les impida llevar una vida plena, activa; les provoque agotamiento o dejen secuelas significativas en su vida: **EC013 F AURA Z.** *“Yo, la trombosis, no puedo caminar bien con esta pierna. Con un poco de dificultad, pero las hago”.*

EC30HCésar *“eso es cuando ya les cortan las piernas las manos hay uno ya no puede trabajar o aún más cuando ya pierden la visión.”*

En este estudio la hipertensión arterial y la diabetes mellitus son consideradas enfermedades para la mayoría de las mujeres, quienes se sienten afectadas por la sintomatología que presentan, cansancio e incluso depresión; siendo en mínima cantidad aquellas que no las consideran una patología, ya que al momento están asintomáticas; pero, que es muy importante citar:

PO24FIsabel *“Ahora sí, creo que me hace sentir enferma, pero yo creo más que es porque no se bien sobre lo que es la enfermedad, pero físicamente es como si no tuviera nada, es más estaba según yo asintomática, pero si tenía la presión elevada, la cosa, es q yo nunca estoy enferma, pero ahora siento que tengo una enfermedad, que no sé qué mismo me va a dar, pero es como mentalmente, que uno esta como bajoneado”.*

Porque esta reflexión nos indica que tienen un conflicto interno, ya que anteriormente han mencionado que sentirse enfermo es estar en cama y con estas enfermedades crónicas no transmisibles no tienen síntomas, por lo cual están en un dilema con una sociedad médica que los catalogan como enfermos.

La misma consideración la tienen los hombres que participaron; quienes, a diferencia de las mujeres la mitad dijo que, si es una enfermedad y la otra mitad no, debido a que se mantienen en sus actividades y pueden continuar con sus vidas normalmente:

EC30HCésar *“no, yo tengo mi diabetes y no me siento enfermo, antes cuando no me cuidaba sí, pero como yo siempre he tenido esta enfermedad y sigo trabajando normalmente hasta ahora; claro que a veces si me duelen los muslos, la nuca, pero hay que saber llevarla.”*

P36HYonny *“No, tener la diabetes no me indicaría que estaría enfermo ya que yo hago todas mis tareas diarias, conduzco, dirijo un equipo de trabajo, viajó casi todo el país, no tengo problemas porque me cuido mucho en todo y cumplo con lo que el doctor me establece de la medicina que me da.*

La mitad de la población entrevistada (hombres y mujeres) consideraron que el tratamiento empleado no les está resolviendo su problema; porque, se olvidan de tomarlo o no les dan en la unidad de salud; lo cual concuerda con lo encontrado en el estudio de Libertad (2007, p. 1) donde una causa de la falta de adherencia de la población por falta de medicación en las unidades.

EC29HWilson *“no me han dado nada, porque no habido nada de medicina y solo me toma agua de valeriana y la carmelita para comprar la medicación no me alcanza el dinero, no hay medicación en los centros de salud, y con las medicinas alternativas me funciona con la presión, nadie dice nada, no abandono el medicamento.”*

Por este motivo algunos consideran que el uso de medicinas alternativas va a mejorar su estado de salud o los ven como coadyuvantes, y en otras ocasiones porque son parte de su tradición, son conocimientos ancestrales y que se han venido usando con un aparente beneficio no constatado al momento:

EC003 ESILDA L. *“Mes a mes recibo la pastilla; camino, todas las tardes camino; no como grasas, no chanco, ni maní; si como arroz no como verde. Agüita de uña de gato tomo como agua de tiempo, moringa, mi padre tomo esas aguas amargas”.*

Es importante destacar que la alimentación adecuada y la actividad física no están muy difundidos entre los pacientes, y no hace parte de su terapéutica, por lo cual son muy pocos los que la mencionan y la realizan; siendo importante mencionar que la OMS (2012, p. 1) recomienda que se difunda los hábitos saludables en la población a fin de tener un impacto en la salud con la reducción de enfermedades y un envejecimiento activo.

Hay quienes consideran que si les está haciendo el tratamiento; y, se presenta una controversia en su discurso; ya que, su efectividad no se mide por metas terapéuticas sino por su sensación de bienestar:

EC006 F ISABEL Z. *“el tratamiento de la pastilla si me está haciendo bien por ahora no sé cuánto la tenga, porque caí bien mal no sé cómo este la azúcar, no me está haciendo la pastilla el control la Dra. Olga me daba la pastilla Dra. En medicina general no nos hacia la prueba porque no hay. La pastilla la tomo todos los días ya preocupación que hay mis hijos bloquean el teléfono por las noticias porque eso uno la enferma con las noticias, yo no voy a consulta solo acudo al club del adulto mayor, si he tenido control ya por las llamadas call center no turnos me quedo hay”.*

Para que se presente una adherencia a la terapéutica no farmacológica influyen aspectos psicológicos del paciente y su motivación, es importante por ende que los médicos conozcan la narrativa de la enfermedad individualizada y personalizada; si se conversara con el paciente lo que él siente o piensa pudiéramos notar que algunos no ven a la hipertensión arterial ni a la diabetes mellitus como una enfermedad, porque ellos la denominan silenciosa, que viene de

un momento a otra; se debe utilizar las estrategias adecuadas para cada caso y así poder influir de manera positiva en la mejoría de enfermedades crónicas no transmisibles.

En cuanto a la relación que se establece entre el profesional de salud y el paciente, estudios como el de Azcarate E, et al, en el 2014, identifican una relación positiva, lo que significa para la persona atendida el percibir que recibe un mejor control, sentirse valorado por el equipo médico, comprender su enfermedad o usar estrategias para mejorar la adherencia a su tratamiento. Los entrevistados de nuestra investigación, identifican una comunicación positiva con el profesional que los atiende, lo que les favorecerían en el control y adherencia a la asistencia a estos. La mayoría de los usuarios presentan cierta confianza con el profesional que los atiende, permitiendo dirigirse y plantear diversas inquietudes, interpretando positivamente que la comunicación establecida con el profesional, es beneficioso para su calidad de vida, permitiéndoles adquirir o profundizar sus conocimientos sobre su enfermedad y su tratamiento dietético, apreciando resolver sus inquietudes de manera sencilla y comprensible, a pesar de esto, las atenciones por el médico familiar, generaron una baja adherencia no farmacológica, con un 28%, mientras que los pacientes que fueron atendidos por los médicos generales, alcanzaron apenas un 5,7% de adherencia.

La funcionalidad en las familias, son las que crean un entorno que facilita el desarrollo personal de sus miembros, y en general, no sufren crisis ni trastornos psicológicos graves. En los pacientes con ECNT, la funcionalidad familiar constituye un soporte fundamental para apoyarlo en situaciones de déficit, de debilidad y de angustia. Aquí el familiar es un complemento que da fuerza, conocimiento y voluntad. El estudio de Nigeria por Adetunji, et al, demostró que, a menor apoyo de las familias, iban a haber más descompensación en estas enfermedades. En el estudio de Bail y Azzollini, la mayoría de pacientes con actitud positiva

menciono que su familia siempre los apoyaba. Otro estudio, de Concha y Rodríguez en el 2010, realizado en el país de un hospital de tercer nivel concluye que los pacientes que pertenecen a familias normofuncionales, presentaron un adecuado control glucémico, en comparación con los que tuvieron disfunción familiar. En el presente estudio se contrarresta a lo de otros estudios, ya que las personas con familias funcionales tuvieron solo un 22,8% (n= 29) que si fueron adherentes, mientras que, en un mayor porcentaje, no fueron adherentes, en un 77,1% (n= 98), en cuanto a las familias moderadamente funcionales el 8,3% (n= 5) tuvo adherencia, y el 91,6% (n= 55) no consiguió la adherencia necesaria, y en cuanto a las familias disfuncionales, el 3,85% (n= 2) tuvo adherencia, y un 96,1% (n= 50), no tuvo adherencia en cuanto al tratamiento no farmacológico.

Los tratamientos indicados por los médicos del Centro de Salud tipo “B” Portoviejo y del Hospital Básico “El Carmen” incluyen terapéutica farmacológica y no farmacológica como se indica en el ADA (2019, p. 90) y en guías como MSP (2019):

EC037HMGFrías *“bueno, el tratamiento vamos a dividir en dos prácticamente; el tratamiento farmacológico y el que no es farmacológico; en este caso es basado en la dieta, el ejercicio y los hábitos generales; y el tratamiento farmacológico que es en dependencia del paciente, los hipertensivos, etc.”*

En nuestro estudio se identificó que la interacción con los pacientes es complicada no se puede definir quienes siguen o no una determinada directriz; tienen mitos, creencias y debido a eso son considerados una población, una cultura, un mundo diferente; por ende, son un desafío diario, porque permiten que con cada atención que se les haga, haya un motivo para seguir instruyéndose y adquirir conocimientos para dar una mejor atención:

P042MMFKaren *“me mandan a leer todos los días, cada paciente es un mundo diferente, porque inicialmente uno pensaba que todos eran como lo decía el libro, pero el tratamiento en realidad es individualizado, y que no a todos es por regla, metformina, metformina mas glibenclamida, insulina, tantas unidades de insulina, o a tal antihipertensivo, entonces he aprendido eso, que siempre hay una necesidad de aprendizaje, que siempre hay algo más para aprender, para investigar, y bueno también el patrón cultural, depende el nivel socioeconómico de las personas y el patrón cultural es la adherencia que tienen ellos, y por ende hay que hablarles de acuerdo cuál es su nivel.”*

Hay muchas anécdotas y casos con pacientes que han impacto en la vida de cada médico que permite que haya un crecimiento profesional y personal:

9HMFZambrano *“si recuerdo algunos, recuerdo de una guardia veo un chico de 14 años que llego casi chocado, la familia nos indicaba cuales eran los síntomas y eran los clásicos de la diabetes, me dicen poliurea, polifagia y pérdida de peso, entonces a pesar de la edad lo primero que hicimos fue una glucosa y era un chico con una glucosa de 500 y algo, ese caso fue importante la parte médica, pero también para la familia, porque teníamos un adolescente con diabetes, con padres jóvenes, un chico deportista, estuvo en U.C.I. por un día y el trabajo más que en el momento de la emergencia fue posterior, fue que reconozca la enfermedad, que la haga suya, que entienda lo que va hacer con su tratamiento, sus cuidados, la parte familiar fue una crisis bastante intensa. en la hipertensión recuerdo pacientes que no responden a una monoterapia.”*

El personal de salud atribuye que la mayoría de las personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial poseen información sobre éstas y su manejo

EC040HMFloor *“es una situación dinámica que tiene que ser contextualizada en cada paciente, hay muchos pacientes que tienen conocimientos más amplios de la enfermedad*

y así mismo hay pacientes que no tiene conocimiento alguno de la enfermedad, ahí entra lo que llamamos los factores de tipo espiritual, o ambientales que el paciente tenga.”

P042MMFKaren *“un gran numero si conocen, conocen de que se trata la enfermedad, conocen cuáles son sus complicaciones, algunos hasta ya me dicen que tengo que aumentarle a la insulina, o ya tengo que bajarle, ya vienen leyendo o googleando, vienen con mucha información, lo bueno es que ahora ya tienen acceso a toda esa información, el problema es como la interpretan y como la utilizan.”*

Esto difiere con lo obtenido en nuestro estudio; ya que la mayoría consideran que no es una enfermedad y por eso discontinúan su tratamiento; la percepción de los médicos es que los personas relacionan la HTA y la DM con gravedad y la muerte, que es una realidad establecida en los pacientes, quienes justo en ese momento ya la podrían aceptar como una patología.

EC038HMGCando *“muy pocos son los que han percibido eso en familiares mismos que han dicho mi abuelito murió de diabetes, le amputaron una pierna, murió infartado, murió del corazón, ellos perciben de esa manera que han muerto ya sea por una enfermedad del corazón que hayan estado primero hipertensos o diabéticos, o una diabetes que le haya llevado a una insuficiencia renal, que se hayan muerto.”*

En este estudio se determinó que los médicos conocen ¿Qué es estar enfermos para los pacientes? es un sentimiento, una condición de limitación:

P043HMGWashintong *“sentir o no sentirse enfermo, por lo general ellos estando con los valores elevados, piensan que están normal si están con la medicación, porque tienen un concepto abstracto para mí.”*

P042MMFKaren *“lo que manifiestan ellos, es que mientras se sientan bien, mientras no tengan síntomas, no están enfermos, o sea, ellos sentirse enfermos o estar enfermos sería*

cuando sienten síntomas, cuando vienen con alguna molestia, pero si vienen totalmente asintomáticos, solamente por su control, ellos no se consideran estar enfermos.”

Pero no aceptan este criterio que no es acorde al que ellos tienen; el personal de salud considera que los pacientes consideran la hipertensión como una enfermedad grave que no tiene curación; que es similar a lo que creen las mujeres del estudio, pero contrasta con el pensamiento de los hombres quienes no se sienten enfermos teniendo alguna enfermedad crónica no transmisibles.

EC039HMFZambrano *“claro si, si lo entienden; y lo más duro que lo entienden como una enfermedad crónica, como una enfermedad que no va a curarse, que va ser para toda la vida, y que se puede controlar y que se puede semejar que eres un paciente totalmente sano pero portador de una enfermedad, yo lo comparo igual como con algunas otras enfermedades crónicas como en algunos pacientes y entienden la importancia de la situación la gravedad y la importancia de su control, de manera subsecuente y de manera continua.”*

La terapéutica que les han puesto si funcionan, siempre bajo sustento de estudios y guías de prácticas clínica actualizadas, pero hay dificultades administrativas como la falta de medicación, lo cual fue encontrado en un estudio de libertad (2007, p. 2) que indica que uno de los factores de es la falta de insumos en las unidades de salud.

EC037HMGFrías *“he tenido y no he tenido buenos resultados; por ejemplo, estamos desabastecidos de antihipertensivos. Si se ha hecho un poco difícil llevarles el seguimiento.”*

P042MMFKaren *“yo creo que funciona, si lo siguen correctamente, todas las indicaciones, en lo farmacológico y no farmacológico, pero si no lo siguen, pues lógicamente, que si no tienen adherencia no vamos a tener buenos resultados. Además sabes que vivimos en Manabí, y los cambios en estilos de vida aquí es difícil, es difícil meterle ese chip a los pacientes, de la actividad física, sobre todo de mejorar los hábitos alimenticios, entonces ahí*

si esta difícil la tarea, en cuanto a la frecuencia con que acuden, aquí contamos con el club de diabéticos e hipertensos, por lo general cada treinta días, sabemos que los que están bien controlados ya deberían de venir cada 3 meses aproximadamente pero en realidad aquí los estamos viendo cada treinta días. Hay algunos medicamentos que no están dentro del cuadro básico, o quizá no es que no estén dentro del cuadro básico, sino que no los tenemos en el primer nivel de atención, entonces la condición económica para no poder adquirirlo.”

Como coadyuvantes de toda indicación médica están los tratamientos alternativos los cuales no son problema para algunos médicos mientras no suspendan sus prescripciones y se mantengan dentro de la meta terapéutica.

EC040HMFloor *“si, está la fitoterapia, neuropatía, la homeopatía, y por ultimo remedios caseros que usan bastantes, son las preferencias de los pacientes, que dificultan porque al iniciar una terapia alternativa abandona el tratamiento farmacológico tanto de la hipertensión y de la diabetes con las indicaciones a futuro que representa.”*

La dificultad encontrada en la adherencia terapéutica se basa en las concepciones que tienen los pacientes sobre la enfermedad, como se evidencia en un estudio de Rojas (2016, p. 337) donde concluyó que los resultados relacionados con las medidas no terapéuticas siguen siendo el talón de Aquiles en cuanto a la modificación de estos estilos de vida los cuales interaccionan directamente con las características psicológicas de las personas.

CAPÍTULO VI

6.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.1. Conclusiones

Se concluye en cuanto a la falta de adherencia que el 59.83 % de pacientes abandonan el tratamiento no farmacológico, debido a que olvidan, tienen descontrol en la forma de llevar el tratamiento y no siguen las indicaciones dadas por el profesional de salud.

La mayoría de las familias son funcionales; y si es un factor que influye en la adherencia al tratamiento no farmacológico.

Existe por parte de los médicos familiares una atención integral a diferencia de los médicos generales, que es una atención netamente biológica; además que el sistema de salud limita el tiempo de atención a los médicos generales lo que ocasiona una gran discrepancia con los médicos familiares los cuales llevan su propia agenda y tienen mayor libertad en cuanto al tiempo de atención por usuario, por tal motivo se puede reorganizar el agendamiento de los médicos familiares en otras instituciones de salud, para el beneficio de la población.

La representación social identificada es el uso de la medicina alternativa que entre ellos están el consumo de aguas aromáticas, que pueden ser a base de abeldaco, moringa, limón, agüita del Carmen y de valeriana; llevándolos a reemplazar y abandonar tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo que conlleva a un desorden orgánico que se manifiesta con síntomas como por ejemplo: pérdida de peso, mareos o como el usuario le llama jumera, úlceras o comúnmente llamada pudridora.

La falta de empatía entre médico y paciente, afecta la adherencia terapéutica y por lo tanto, el éxito de la terapia; que esta mala relación y la falta de compromiso del médico hacia sus pacientes provoca falta de adherencia lo cual no permite que se evalúen los efectos del

tratamiento, provocando un tratamiento más prolongado y una mayor cronicidad de la enfermedad y en ocasiones la muerte del enfermo.

6.1.2. Recomendaciones.

- 1) Esta investigación podría servir como línea de base para que se generen estrategias relativas para mejorar la adherencia en los pacientes con ECNT, así como también brindar información acertada, clara y precisa a los pacientes sobre su enfermedad.
- 2) Generar programas que involucren a las familias sobre signos, síntomas y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, para evitar complicaciones y así evitar tratamientos prolongados y que las familias no pasen por una crisis no normativa de pérdida.
- 3) Conseguir la realización de capacitación del personal de salud con un compromiso y participación **ACTIVA DEL MISMO**, sobre los tratamientos no farmacológicos que son coadyuvantes al tratamiento terapéutico, y sobre todo valorar la adherencia a los mismos, y evaluar las condiciones por las que no se pudieron lograr, a su vez normar el tiempo de atención para los médicos generales y que de esta manera puedan brindar una atención de calidad y calidez al usuario.
- 4) Mejorar la información al paciente, aclarar las dudas que se presenten para así mejorar la relación médico paciente, por parte del equipo de salud, antes, durante y después de la consulta.

7.1. VOCABULARIO

Bajoneado: Que se siente triste o decaído anímicamente.

Chuchaqui: Malestar que se produce por el consumo excesivo de alcohol, los pacientes lo relaciona con la diabetes.

Chupadita: Pérdida de peso inexplicable relacionado con la diabetes.

Circunscribir: Limitar, ceñir, amoldar, ajustar, restringir, delimitar.

Coadyuvar: Contribuir, ayudar, asistir, colaborar, auxiliar, cooperar, secundar.

Coragiento: Furibundo molesto.

Currincho/ Guanchaca: Aguardiente artesanal, puro, fuerte o, simplemente, trago. Nace en los cañaverales que se resisten a desaparecer en el subtrópico de la Costa.

Destronca: Cortar o descoyuntar el cuerpo a una persona. Causar una cosa cansancio excesivo a una persona.

Disertación: la disertación consiste en una exposición oral individual en la que se desarrolla un tema con la intención de analizar a fondo uno de sus aspectos, exponer un punto de vista e invitar a nuevas reflexiones

Dolama: Medicina coloquial achaque o indisposición de una persona.

Feocromocitoma: Es el término médico usado para un tumor de la médula suprarrenal de la glándula adrenal. Específicamente se originan de las células cromafines y producen una secreción aumentada y no regulada de catecolaminas. Puede presentarse con un solo tumor o múltiples tumores.

Glucotoxicidad: Mecanismo por el cual la hiperglucemia per se, puede dañar la función de la célula beta del páncreas, empeorando su capacidad secretora, así como alterar la utilización periférica de la glucosa, favoreciendo la insulinoresistencia.

Hiperinsulinemia: La insulina es una hormona que, por lo general, produce el páncreas, y que ayuda a regular el nivel de azúcar en sangre.

Insulinoresistencia: Es la condición en la cual la insulina no puede realizar la respuesta biológica apropiada en las células. Es decir, hay una disminución de la capacidad de la acción de la misma en el control metabólico de la glucosa después de una comida.

Jumera. La palabra jumera significa "borrachera" mareado.

Monogénicas Las enfermedades hereditarias monogénicas son aquellas producidas por alteraciones en la secuencia de ADN de un solo gen.

Moringa: Es un árbol originario de la India, que pertenece a la familia moringaceae, también llamada marango. Algunos pacientes lo relacionan que la planta puede curar enfermedades son: diabetes, hepatitis, hipertensión, bronquitis, asma, tos, envejecimiento, cáncer, artritis, problemas de riñón e hígado, tuberculosis, problemas del ojo y de la piel, anemia, menopausia, epilepsia y enfermedad cardiaca, entre otros padecimientos.

Orinadera: El síndrome de la vejiga hiperactiva es un trastorno urinario que se da con mayor frecuencia en mujeres y personas mayores y que se caracteriza por sentir urgencia por orinar.

Papiledema: Es una patología en la cual la presión aumentada en el interior del encéfalo o en sus alrededores provoca que la zona del nervio óptico situada en el interior del ojo se inflame. Los síntomas pueden ser trastornos pasajeros de la visión, cefalea, vómitos o una combinación de estos.

Per se: por sí, por sí mismo.

Poligénico: Relativo al rasgo fenotípico (o enfermedad) causado por la acción conjunta de varios genes

Trayenta: está indicada en pacientes adultos con diabetes mellitus de tipo 2 (DM2) para mejorar el control glicémico, junto con la dieta y el ejercicio, como monoterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Aguilar-Salinas CA, Mehta R, Rojas R, Gómez-Pérez FJ, Olaiz G, Rull JA. Management of the metabolic syndrome as a strategy for preventing the macrovascular complications of type 2 diabetes: controversial issues. *Curr Diabetes Rev.* 2005 May;1(2):145–58.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Edición 20. Santo Domingo: Organización Panamericana de la Salud; 2013
- Azcarate E, Hernández I, Guzmán M. Percepción en la calidad de la relación médico –paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. *Aten Fam.* 2014; 21(3): 83-5.
- Buitrago, F. (2011) Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! *Atención Primaria.* Volume: 43 Pages: 343-344. <https://core.ac.uk/download/pdf/82579917.pdf>
- Campos, N. et al. (2013) Hipertensión: prevalencia, diagnóstico precoz, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Pública de México. Suppl 2: S144-50.*
<https://europepmc.org/abstract/med/24626690>
- Casado V. (2012) *Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria.* Editorial Médica Panamericana
- Concha TMC, Rodriguez GCR. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria.* 2010. 19(1):41-50
- Conthe, X., & Márquez, E. (2012). *Documento de Consenso. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro.* DGMM.
- Corrao G, Zambon A, Parodi A, Poluzzi E, Baldi I, Merlino L, Cesana G, Mancia G. Descontinuación y cambios en la terapia con medicamentos para la hipertensión en

- pacientes recién tratados: un estudio de población en Italia. *J Hypertens*. 2008; 26: 819–824
- Crespo, N. (2000) Factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial: estudio exploratorio. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. Volume: 17, Pages: 4-8
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1889183700710026>
- Dilla, Tatiana, et al. (2009) Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*. Recuperado de
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40579918/Adherencia_y_persistencia_terapeutica_cau20151202-129671qy6i8x.pdf?AWSaccesskeyid=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1548182269&Signature=circzfp9pqnimbtorqoah1fjqdo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Dadherencia_y_persistencia_terapeutica_ca.pdf
- Domingo, O. et al (2015) Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atención Primaria*. Volume 48. Pages 406-420 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671500270X>
- Elliott P, Stamler J, Nichols R, Dyer AR, Stamler R, Kesteloot H, Marmot M. Intersalt: análisis adicionales de la excreción de sodio en 24 horas y la presión arterial dentro y entre las poblaciones. Grupo de Investigación Cooperativa Intersalt. *BMJ*. 1996; 312: 1249-1253.
- Fagard R, Brguljan J, Staessen J, Thijs L, Derom C, Thomis M, Vlietinck R. Heredabilidad de las presiones sanguíneas convencionales y ambulatorias. Un estudio en gemelos. *Hipertensión*. 1995; 26: 919–924
- Fleig L, Ashe MC, Voss C, Therrien S, Sims-Gould J, McKay HA, et al. Environmental and psychosocial correlates of objectively measured physical activity among older adults. *Health Psychol*. 2016;35(12):1364- 1372

- 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* 80:247-252
- Gonzales FS, Gimeno CA, Meléndez MJC, Córdova IA. La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos de Psicología*. 2010. 5(1): 34-9.
- Granados G, Gil J, Formación de Creencias sobre Falsos síntomas en pacientes con hipertensión arterial (España-Almería), *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [revista en internet] 2005; 5(2): 165-206
- Granados, G., Roales, J (2005). Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. Universidad de Almería, España
- Granados, G. Et al. (2007) Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Volume: 7, Pages: 697-707. <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/9597>
- Grandes, G., Sánchez, A., Cortada, J. M., Calderon, C., Balague, L., Millan Ortuondo, E., y otros. (2008). *Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Gutiérrez, M., Lopeteg, P., & Sánchez, I. (2012). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Rev Calid Asist.*, 72-77.
- He, F. J., Li, J., & Macgregor, G. A. (2013). Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*, 1345-1259
- Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ. Psychol*. 2006; 5(3): 535- 547

- Kronish IM, Woodward M, Sergie Z, Ogedegbe G, Falzon L, Mann DM. Metaanálisis: impacto de la clase de fármacos en la adherencia a los antihipertensivos. *Circulación*. 2011; 123: 1611-1621. van den Born BJ, Lip GYH, Brguljan-Hitij J, Cremer A, Segura J, Morales E, Mahfoud F, Amraoui F, Persu A, Kahan T, Rosei EA, de Simone G, Gosse P, Williams B. ESC Consejo sobre el documento de posición de la hipertensión en la gestión de hipertensos emergencias *Farmacoterapia Eur Heart J Cardiovasc*. 2018; doi: 10.1093 / ehjcvp / pvy032.
- Liu Q, Ren Y, Cao C, Su M, Lyu J, Li L. Association between walking time and perception of built environment among urban adults in Hangzhou. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*. 2015;36(10):1085-8
- Loachamín, R., & Lata, F. (2014). Adherencia al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial y sus determinantes en pacientes hipertensos ambulatorios atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Eugenio Espejo, durante el segundo semestre del año 2014. UCE. Quito
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Bohm, M., & Wood, DA. (2013) ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2013; 34: 2159–221. doi: 10.1093/eurheartj/eh151.
- Márquez, V. Granados, G. Roales, G. (2014) Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. *Atención Primaria*. Vol: 47 Pages: 83-89 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671400136X>
- Mazzeo, J. (2013). Hypertension among Haitians living in the Bahamas. *The International Journal of Bahamian Studies*, 19, 15-30. Retrieved from <http://journals.sfu.ca/cob/index.php/files/article/view/c>

- Ministerio de salud pública. (2012). *Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000 – 2010*. . Quito: Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural*. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Nogues S, Villar G, Instrumentos de medida de adherencia al Tratamiento, An der Med Interna (Madrid) [revista en internet] 2007; 24(3): 138-141
- Organización Mundial de la Salud (2003). La OMS alerta del bajo Seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Ediciones Doyma S.L Jano- Online y Agencias 1-7-2003.
- Organización Mundial de Salud. (17 de noviembre del 2018) obtenido de:
<https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Orozco, A. (2010). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el programa de control de la hipertensión arterial de la unidad básica de atención de COOMEVA (Colombia), Salud Uninorte Barranquilla [Revista en internet] 2010; 26(2): 201-211.
- Orozco, A. Castiblanco, L. (2015) Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*. Vol: 24 Pag: 203-217 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Codigo=5113685>
- Pardell H. La hipertensión arterial en España. Compendio de estudios epidemiológicos. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial [revista en internet] 2007
- Piepoli, MF., Hoes, AW., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, AL.,.... Verschuren, M. ESC Scientific Document Group. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in

Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)
Developed with the special contribution of the European Association for
Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart. Doi: 10.1093 /
eurheartj / ehw106

Pisano, M. Gonzalez, A. (2014) La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica,
clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*. Volume: 24. Pages:
59-66 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001757>

Peinado, J. Educación Médica. Volumen 8, suplemento 2, Septiembre 2005

Peng, M., Wu, S., Jiang, X., Jin C, C., Zhang W, W., & Group., K. C. (2013). Long-term
alcohol consumption is an independent risk factor of hypertension development in
northern China: evidence from Kailuan study. *J Hypertens*, 2342-2347.

Petry N, Barry D, Clarke M. Obesity and its relationship to addictions: is overeating a form of
addictive behavior? *The American Journal On Addictions/American Academy Of
Psychiatrists In Alcoholism And Addictions*. 2009, nov; 18(6): 439-451.

Rojas J, Flores M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo
de miocardio. *Aquichán*. 2016; 16(3): 328-339.

Quintana, C. Fernández, J. (2009) Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en
adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. *Revista
Cubana de Investigaciones Biomédicas*. Volume 28.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200007

Quirós-Morales D, Villalobos-Pérez A. A Comparison of Related Factors to an Adherence
Treatment in Type 2 Diabetes Mellitus Between and Urban and Rural Samples in Costa
Rica. *Univ Psychol Nogotá*. 2007;6(3):679–88.

Real Academia de la lengua española (17 de noviembre del 2017) obtenido de:
<http://www.rae.es/>

- Reboldi G, Angeli F, Cavallini C, Gentile G, Mancia G, Verdecchia P. Comparación entre los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y el receptor de angiotensina Bloqueadores sobre el riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y muerte: un metaanálisis. *J Hypertens*. 2008; 26: 1282–1289
- Rodriguez, M. et al. (2008) Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*. Volume: 40, Pages: 413-417
<http://digibug.ugr.es/handle/10481/33354>
- Rodriguez, M. et al. (2011) Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular. *Atención Primaria*. Volume: 43, Pages: 245.253
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656710003938>
- Rojas, L., Mendoza, S., & Barriga, O., (2015). Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2015;32(1):51-7
- Ross, S., Walker, A., & Mackleod, Mj. (2004). Cumplimiento del paciente en hipertensión: papel de las percepciones de la enfermedad y creencias de tratamiento. *PubMed*. DOI: [10.1038 / sj.jhh.1001721](https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001721)
- Sabate E, Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Génova, 2004 Organización Mundial de Salud (www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-accp-pubs.htm).
- Sánchez N, Adherencia terapéutica en hipertensión Arterial Sistémica, *RevMexCardiol* [revista en internet] 2006; 14(3): 98-101
- Scotch, NA. (1960) A Preliminary Report on the Relation of Sociocultural Factors to Hypertension among the Zulu. *Ann N Y Acad Sci*. Dec 8;84:1000–1009.
- Silva, G. Galeano, E. Correa, J. (2005) Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/html/1631/163113820004/>
- Sociedad Argentina de Diabetes A.C. Guía del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. 2010

Soria, R. et al (2011) Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Revista Peruana de Psicología*.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?Pid=S1729-48272011000200011&script=sci_arttext

Standards of Medical Care in Diabetes 2014. *Diabetes Care* 2014;37: S14-80.

Velasco-Contreras M. Perfil de salud de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. (Spanish). *Revista Médica Del IMSS*. 2013, Jan; 51(1): 12-25.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti, E., Azizi, M., Burnier, M.,..... Désormais, I. (2018). ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH), doi:10.1093/eurheartj/ehy339.

Wysong, C. S., Bradley, H. A., Volmink, J., Mayosi, B. M., Mbewu, A., & Opie, L. H. (2012). Beta-blockers for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*, 11-19.

ANEXOS

ANEXO # 1

INFLUENCIA DE LA ATENCIÓN DE LOS MÉDICOS FAMILIARES Y DE LOS MÉDICOS GENERALES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, CONSIDERANDO LAS REPRESENTACIONES SOCIALES QUE LAS PERSONAS ENFERMAS Y SUS FAMILIARES TIENEN SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU CUIDADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento tiene como finalidad brindar una explicación clara, detallada y exponer la finalidad sobre la investigación que se llevara a cabo en la ciudad del Carmen. Centro salud Hospital Básico El Carmen (Unidad Anidad el Carmen) y en la ciudad de Portoviejo, Centro de Salud Portoviejo.

Usted ha sido invitado a formar parte de un estudio investigativo. Antes de que decida participar en esta tesis por favor lea detenidamente este documento, realice todas las preguntas que considere pertinentes para despejar las dudas con la finalidad de comprender los procedimientos, riesgos y beneficios de este estudio.

La investigación se llevará a cabo por Posgradistas de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para su titulación como especialistas: Mero Baque Javier Wilfrido y Párraga Moreira Andrés Leonardo.

Su participación es totalmente voluntaria, la información obtenida será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de este proyecto. En el caso de desistir por alguna

eventualidad no perderá beneficios ni será penalizado(a). Su colaboración consiste en controles médicos.

De antemano agradecemos su participación.

Yo: con CI:

Acepto participar en este estudio realizado por los Médicos Mero Baque Javier Wilfrido y Párraga Moreira Andrés Leonardo. He sido informado(a) de la finalidad del estudio y se me ha indicado que se me realizara atenciones médicas que abarca temas como la salud, enfermedad, la familia.

Estoy consciente que es un acto voluntario, estrictamente confidencial y que no perjudicará mi integridad ni se violará mis derechos humanos ni el de mi familia.

Como constancia firmo el presente documento:

Firma:

Fecha:

Hospital Básico El Carmen (Unidad Anidad el Carmen) Calle Quito y Manta, teléfono:
2660173

Centro de salud Portoviejo, Calle Morales entre Córdoba y Sucre.

ANEXO # 2 INSTRUMENTOS PARA LA PARTE CUALITATIVA

Guía 01

INSTRUMENTO: GUÍA SEMI-ESTRUCTURADA DE ENTREVISTA 01	
Provincia:	Cantón o ciudad:
Parroquia:	
Dirección	Celular:
Fecha de aplicación de la entrevista	Número de archivo:
Entrevistador/a:	
FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre	
Edad	
Sexo	
Estado civil	
Cuántas personas viven en su casa	
Tipo de familia	
Tipo de residencia ¹	Temporalidad. Tipo de vivienda, categorías emic-etic, viri-matrilocal. Caracterización física, temporal, socio-familiar, servicios.
Tipo de aseguramiento (IESS, MSP, ISSPOL, ISFFAA, Privado)	
Religión	
Nivel instruccional	
Ocupación	
ITEM	NARRATIVAS DE HISTORIAL CLÍNICO HTA () DM2 ()
	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron hipertensión o diabetes? (percepción de la temporalidad del diagnóstico)
	¿En dónde se lo diagnosticaron y quién le informó de esto?
	¿Qué tipo de tratamiento le indicaron para su hipertensión o diabetes?
	¿Siguió el tratamiento recomendado que le indicaron?
ITEM	CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA HTA () DM2 ()
	Con sus propias palabras, cuénteme qué es lo que sabe usted sobre la hipertensión o diabetes. (<i>Explorar qué sabía la persona antes y después de su diagnóstico. Quién, cuándo, dónde.</i>)
	En su opinión, ¿está la hipertensión o diabetes relacionada con otras enfermedades? Sí. ¿Con cuáles? No. <i>Explorar razones.</i>
	¿Cuáles cree usted que sean las causas de la hipertensión arterial o

¹ La o el investigador lo caracteriza en relación a la información que le proporcione la persona entrevistada.

	diabetes mellitus en las personas?
	¿Qué le pasa a una persona que tiene hipertensión o diabetes? (Explorar sintomatología desde la perspectiva discursiva del entrevistado/a de forma más concreta.)
	¿Cuáles son los tratamientos que usted conoce o de los cuales ha escuchado para la hipertensión o diabetes? (Explorar los distintos tratamientos que conozca la persona, además de la recomendación médica. Quién, dónde, cuándo.)
ITEM	ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO/CONTROL - HTA () DM2 ()
	¿Qué entiende usted por “estar o sentirse enfermo”? (¿enfermedad = estado sincrónico o/y proceso diacrónico?)
	En su opinión, ¿qué tipo de enfermedades le impedirían o le impiden realizar sus actividades cotidianas?
	Con todo esto que me comentó, ¿piensa que la hipertensión o la diabetes le hace sentir que está enfermo?
	Desde su punto de vista, ¿cree que el tratamiento que usted lleva le está funcionando? (Explorar su seguimiento farmacológico, cambio de estilo de vida y medicinas alternativas, explorar regularidad de su consulta médica para su chequeo de hipertensión o diabetes, explorar factores socio-culturales, familiares, laborales, etc. que la persona identifique como aspectos de su vida que le dificultan o facilitan continuar con su tratamiento.)
	En su opinión, ¿cree usted que algún día ya no tendrá hipertensión o diabetes? (Explorar si la hipertensión o diabetes tienen una cura, explorar las referencias de la hipertensión o diabetes como “enfermedad llevadera”.)

Guía 02

GUIA SEMI-ESTRUCTURADA DE ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD 02		
Provincia:	Cantón o ciudad:	Parroquia o localidad:
Dirección:		Celular
Lugar de trabajo:	Cargo:	Años de experiencia:
Fecha de aplicación de la entrevista:		Número de entrevista:
Entrevistador/a:		
FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre:		
Edad:		
Sexo:		
Estado civil:		

Religión:	
Nivel instruccional:	
ITEM	NARRATIVAS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON HTA () DIABETES ()
	¿Hace cuánto tiempo que trabaja atendiendo pacientes con hipertensión o diabetes?
	¿Cuántos pacientes con hipertensión o diabetes atiende usted?
	¿Qué tipo de tratamiento les indica usualmente para la hipertensión o diabetes, a las y los pacientes?
	¿Cuál ha sido su experiencia personal al trabajar con pacientes con hipertensión o diabetes?
ITEM	CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA HTA () DIABETES ()
	¿Recuerda algún o algunos casos significativos de pacientes con hipertensión o diabetes? Hábleme de ellos.
	¿Cómo usted percibe lo que saben sus pacientes sobre la hipertensión o diabéticos?
	¿Sus pacientes creen que la hipertensión o diabetes está relacionada con otras enfermedades? ¿Cuáles?
	¿Cuáles creen sus pacientes que sean las causas de la hipertensión arterial o diabetes mellitus?
	¿Cómo perciben los pacientes la gravedad y el desenlace de la enfermedad?
ITEM	ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO / CONTROL - HTA () DIABETES ()
	¿Qué entienden sus pacientes por “estar o sentirse enfermo”?
	¿Tiene usted pacientes con hipertensión o diabetes que presenten incapacidades y/o discapacidades?
	¿Entienden sus pacientes la hipertensión o diabetes como una enfermedad?
	Desde su punto de vista, ¿cree que el tratamiento que usted les prescribe funciona? (Explorar su seguimiento farmacológico, cambio de estilo de vida; explorar regularidad de su consulta médica para el chequeo de hipertensión o diabetes; explorar factores socio-culturales, familiares, laborales, etc. que el personal de salud identifica como aspectos de la vida de sus pacientes que les dificulten o faciliten continuar con el tratamiento.)
	Sus pacientes con hipertensión o diabetes, ¿utilizan alguna

	práctica de medicinas alternativas?
	¿Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones?
	¿Tiene usted hipertensión o diabetes?

ANEXO # 3 ENCUESTA PARA EVALUAR HABITOS EN PACIENTES CRONICOS NO TRANSMISIBLES.

- No escriba su nombre, la información es anónima y confidencial.
- Responda cada pregunta lo mejor que pueda. Si no está seguro de alguna repuesta, proporcione una aproximación o cálculo.
- Marque una X en la caja al lado de su respuesta.
- No haga ninguna anotación por separado en este cuestionario.

1.- ¿En sus actividades cotidianas realiza algún ejercicio físico (como caminar frecuentemente, subir escaleras)?

- Sí (Todos los días, la mayoría de días de la semana)
 No

2.- ¿Hace ejercicio físico distinto al que le exige sus actividades cotidianas (¿se toma minutos para caminar, trotar, hacer aeróbicos, andar en bicicleta, bailoterapia)?

- Sí (Todos los días, la mayoría de días de la semana)
 No

3.- ¿Sigue una dieta baja en sal?

- Sí (Todos los días, la mayoría de días de la semana)
 No

4.- Evita en su alimentación el consumo de grasas, azúcares y harinas?

- Sí (La mayoría de las veces las evito, con bastante frecuencia las evito)
 No (Pocas veces las evito, aunque no muy seguido o nunca las evito)

5.- ¿Procura consumir alimentos altos en potasio, como el banano, apio, frutos secos y plátano?

- Sí (La mayoría de las veces los consumo, con bastante frecuencia)
 No (Pocas veces los consumo, aunque no muy seguido o nunca los consumo)

6.- ¿Toma bebidas alcohólicas?

Sí (Varias veces en el día, una vez al día, por lo menos una vez a la semana)

No tomo bebidas alcohólicas

7.- ¿Fuma?

Sí (Varias veces al día, una vez al día, por lo menos una vez a la semana)

No

En relación a las consultas médicas para control de su hipertensión arterial o diabetes mellitus en el Centro de Salud Portoviejo o en la Unidad Anidada El Carmen, marque con una X (equis), la respuesta que considera correcta.

1.-Mi médico me entiende SI NO

2.- Mi médico se esfuerza en ayudarme SI NO

3.- Puedo hablar con mi médico SI NO

4.- Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico
SI NO

5.- Mi médico me ayuda SI NO

6.- Mi médico me dedica suficiente tiempo SI NO

7.- El tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando SI NO

8.- Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas SI NO

9.-Encuentro a mi médico muy accesible. SI NO

10.- Gracias a mi médico me encuentro mejor SI NO

11.- Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud

SI NO

12.- Ahora controlo mejor a mis síntomas al médico) (aunque vea menos

SI NO

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL

A continuación, les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una **X** su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Situaciones	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
No expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esta sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familia difícil somos capaces de buscar ayuda entre otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					

Nos demostramos el cariño que nos tenemos

ANEXO # 4 FOTOS

