

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO,
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL
ÁREA COGNITIVA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO 2, ATENDIDOS EN
LA CIUDAD DE LA CONCORDIA, EN EL ÁREA DE
CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD TIPO C “LA
CONCORDIA” DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO
ENTRE MARZO A JULIO DEL 2019.**

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

DR. ORTIZ CHIGUANO LUIS JAVIER

DR. LOOR MONAR PRAUDO ALFREDO

DR. JOSÉ SOLA

DIRECTOR METODOLÓGICO

Quito, 2019

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, Ortiz Chiguano Luis Javier, con CI: 1720627130, y Loor Monar Praudo Alfredo, con CI: 1206400887, autores del trabajo de investigación titulado:

“FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL ÁREA COGNITIVA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO 2, ATENDIDOS EN LA CIUDAD DE LA CONCORDIA, EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD TIPO C “LA CONCORDIA” DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO A JULIO DEL 2019” En la Facultad de Medicina:

1. Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de acuerdo con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del presente trabajo de graduación, que será integrado en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir, a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de investigación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, Julio de 2019

Md. Javier Ortiz

CI: 1720627130

Md. Alfredo Loor

CI: 1206400887

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por brindarnos la oportunidad de formarnos como Médicos de Familia, a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a nuestros tutores quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que podamos crecer día a día como profesionales, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad, al Centro de Salud tipo C “La Concordia” que nos abrió las puertas durante toda nuestra formación, nuestro más grande y sincero agradecimiento al Dr. José Sola, principal colaborador durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración nos permitió el desarrollo de este proyecto de investigación.

JAVIER Y ALFREDO.

DEDICATORIA

A mi madre Laura Mercedes Chiguano Becerra quien siempre ha estado pendiente de cada paso que he dado en mi vida y ha sido mi ejemplo de fortaleza y dedicación, a mi familia y amigos quienes en estos 3 años de postgrado han permanecido a mi lado con una palabra de aliento cuando las fuerzas decaían.

Javier Ortiz

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados. A mis padres Segundo y María Teresa, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo y privilegio ser su hijo, son los mejores padres.

A mi Esposa Clara, por su amor y comprensión en todo este trayecto.

Alfredo Loor

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
TABLA DE CONTENIDO.....	iv
INDICE DE ANEXOS.....	vii
INDICE DE TABLAS.....	vii
INDICE DE FIGURAS.....	vii
RESUMEN.....	x
CAPÍTULO I: Introducción.....	15
CAPÍTULO II: Marco Teórico.....	17
2.1 Las representaciones sociales y su relación con enfermedades crónicas.....	17
2.2 Deterioro cognitivo y su relación con enfermedades crónicas.....	21
2.3 Factores que intervienen en el incumplimiento terapéutico.....	27
2.3.1 Factores relacionados con la enfermedad.....	28
2.3.2 Factores relacionados a la terapia.....	28
2.3.3 Factores relacionados al paciente.....	29
2.3.4 Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria.....	30
2.3.5 Factores relacionados con el nivel socioeconómico.....	30
2.4 Falta de adherencia terapéutica y su valoración en enfermedades crónicas.....	31
2.5 Funcionalidad familiar como determinante de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas.....	33
CAPÍTULO III: Marco Investigativo.....	35

3.1 El problema de investigación.....	35
3.2 Relevancia y aporte de la investigación.....	35
3.3 Objetivos de la investigación.....	36
3.4 Hipótesis.....	37
3.5 Marco Metodológico.....	37
3.5.1 Perspectiva epistemológica.....	37
3.5.2 Diseño metodológico.....	37
3.5.3 Tipo de instrumento del componente cuantitativo.....	37
3.5.3.1 Encuesta.....	38
3.5.4 Tipo de instrumento del componente cualitativo.....	38
3.5.4.1 Entrevista semiestructurada.....	39
3.6 Cobertura de la investigación.....	40
3.6.1 Unidad de observación.....	40
3.6.2 Muestra del componente cuantitativo.....	40
3.6.3 Muestra del componente cualitativo.....	41
3.6.4 Tipo de estudio.....	42
3.6.5 Criterios de inclusión.....	42
3.6.6 Criterios de exclusión.....	43
3.7 Técnicas de análisis de la investigación.....	46
3.7.1 Análisis de datos cuantitativos.....	46
3.8.2 Análisis de datos cualitativos.....	46
CAPÍTULO IV: Resultados	48
4.1 Descripción etnográfica del Cantón La Concordia.....	48
4.2 Datos cuantitativos.....	49

4.2.1 Características de los informantes.....	49
4.3 Datos cualitativos sobre las representaciones sociales.....	52
4.3.1 Análisis de la información.....	53
4.3.2 Modelo de análisis.....	54
4.3.2.1 Narrativas del historial clínico de la hipertensión arterial y/o diabetes Mellitus.....	55
4.3.2.2 Caracterización Emic de la Hipertensión arterial y/o Diabetes Mellitus.....	59
4.3.2.3 Asociación cultural a seguimiento/control de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus.....	65
4.4 Datos cualitativos sobre las representaciones sociales en el personal de salud....	75
4.4.1 Análisis de información.....	75
4.4.2 Narrativas de atención a personas con Hipertensión arterial y/o Diabetes Mellitus.....	75
4.4.3 Caracterización Emic de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus.....	80
4.4.4 Asociación cultural a seguimiento/control de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus.....	85
CAPÍTULO V: Discusión.....	91
CAPÍTULO VI: Conclusiones y recomendaciones.....	95
GLOSARIO DE TERMINOS:.....	97
BIBLIOGRAFÍA:.....	98
ANEXOS.....	101

INDICE DE ANEXOS:

Anexo 1. Consentimiento informado para pacientes.....	101
Anexo 2. Consentimiento informado para profesionales de la salud.....	105
Anexo 3. Test de Haynes y Sackett.....	109
Anexo 4. Mini examen cognoscitivo de lobo (MEC-30).....	110
Anexo 5. Cuestionario de funcionalidad familiar ff-sil.....	111
Anexo 6. Guía 01.....	112
Anexo 7. Guía 02.....	113
Anexo 8. Análisis de mensaje de las entrevistas.....	114

INDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	44
Tabla 2. Elaboración y llenado de tablas de contenidos.....	47
Tabla 3. Características demográficas de la población de La Concorida (sexo, edad, etnia) 2016.....	49
Tabla 4. Descriptivo de variables de estudio.....	50
Tabla 5. Relación entre falta de adherencia y deterioro cognitivo.....	51
Tabla 6. Relación entre disfunción familiar y deterioro cognitivo.....	51
Tabla 7. Relación entre variables sociodemográficas y deterioro cognitivo.....	51
Tabla 8. Relación entre variables sociodemográficas y falta de adherencia.....	52
Tabla 9. Relación entre variables sociodemográficas y disfuncionalidad familiar...	52
Tabla 10. Resumen análisis de discurso guía semiestructurada 1.....	74
Tabla 11. Tiempo que trabaja atendiendo pacientes Diabetes y/o Hipertensos.....	75
Tabla 12. Pacientes hipertensos y/o Diabéticos atendidos por día.....	76
Tabla 13. Resumen de análisis de discurso del personal de salud.....	89

Tabla 14. Análisis comparativo del discurso de las representaciones sociales de entre los pacientes y el personal de salud.....	90
---	----

INDICE DE FIGURAS:

Figura 1. Factores relacionados con la adherencia a los tratamientos a largo plazo..	27
Figura 2. Modelo de análisis de representaciones sociales.....	54
Figura 3. Percepción de la temporalidad del diagnóstico.....	55
Figura 4. Lugar de diagnóstico y personal que informo la enfermedad crónica....	56
Figura 5. Sobre el tipo de tratamiento para hipertensión arterial y/o diabetes al inicio del diagnóstico.....	57
Figura 6. Sobre la Adherencia al Tratamiento recomendado.....	58
Figura 7. Sobre qué es lo que sabe el paciente sobre la Hipertensión y/o diabetes.....	59
Figura 8. Sobre si la Hipertensión y/o Diabetes está relacionada con otras enfermedades.....	61
Figura 9. Sobre el conocimiento de cuáles son las causas de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus en las persona.....	62
Figura 10. Sobre lo que le pasa a una persona que es hipertensa y/o diabética.....	63
Figura 11. Sobre cuáles son los tratamientos que conoce o que ha escuchado para la Hipertensión y/o Diabetes.....	64
Figura 12. Sobre qué entiende por estar o sentirse enfermo.....	65
Figura 13. Sobre qué tipo de enfermedades les impiden realizar actividades cotidianas.....	67
Figura 14. Sobre si la hipertensión y/o diabetes le hace sentirse enfermo.....	68
Figura 15. Sobre si el tratamiento que lleva le está funcionando.....	69

Figura 16. Sobre si tienen la creencia de algún día ya no tendrán Hipertensión y o Diabetes en mujeres.....	72
Figura 17. Sobre si tienen la creencia de algún día ya no tendrán Hipertensión y o Diabetes en hombres.....	73
Figura 18. Tipo de tratamiento que indica usualmente a pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes.....	77
Figura 19. Experiencia personal al tratar pacientes hipertensos y/o diabéticos.....	78
Figura 20. Casos significativos de pacientes hipertensos y/o diabéticos.....	80
Figura 21. Percepción de lo que saben sus pacientes sobre la hipertensión y/o diabetes.....	82
Figura 22. Creencia de los pacientes sobre si la hipertensión y/o diabetes están relacionadas con otras enfermedades.....	83
Figura 23. Cuales creen sus pacientes que sean las causas de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus.....	84
Figura 25. Entienden sus pacientes la hipertensión y/o diabetes como una enfermedad.....	86
Figura 26. Cree que el tratamiento que usted prescribe funciona.....	87
Figura 27. Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones.....	88

RESUMEN

TÍTULO: Falta de adherencia al tratamiento, disfuncionalidad familiar y su relación con el área cognitiva de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, atendidos en la ciudad de La Concordia, en el área de consulta externa del Centro de Salud tipo C “La Concordia” durante el periodo comprendido entre Marzo a Julio del 2019

ANTECEDENTES: “La adherencia suboptima al tratamiento prescrito es frecuente en todas las condiciones clínicas y poblaciones” (Osterberg, 2005). Esta falta de adherencia está determinada por múltiples factores, entre estos se encuentran: el tratamiento farmacológico, los hábitos, estilo de vida, el apoyo social y familiar. Un aspecto esencial en la valoración de un paciente con enfermedad crónica es la determinación del estado cognitivo y su influencia en la falta de adherencia al tratamiento establecido, así como la influencia familiar como factor coadyuvante en el mismo, considerando las representaciones sociales que tienen los pacientes y el personal de salud sobre estas enfermedades crónicas y su cuidado.

OBJETIVO: Determinar la relación que existe entre la falta de adherencia al tratamiento, la disfuncionalidad familiar y las alteraciones en el área cognitiva de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, considerando la relación con las representaciones sociales que tiene los pacientes y el personal de salud con estas enfermedades y su cuidado.

METODOLOGIA: Se realizó un estudio mixto, cuantitativo y cualitativo de naturaleza convergente o complementaria. La parte cuantitativa a manera de corte

transversal tiene como propósito identificar las dimensiones de la situación y el componente cualitativo para explorar las representaciones sociales de la enfermedad mediante entrevistas a informantes clave, tanto pacientes como personal de salud.

RESULTADOS: Se obtuvo un 46,52% de falta de adherencia terapéutica, 10,00% de disfuncionalidad familiar y un 14,78% de deterioro cognitivo. Se encontró una relación significativa entre pacientes con falta de adherencia que presentaron deterioro cognitivo ($X^2= 9,28$, $p=0,002$), $PR=3,26$ (IC 95% 1,48-7,20); al igual que entre familias disfuncionales que presentaron deterioro cognitivo ($X^2= 16,7$, $p<0,001$), $PR=5,86$ (IC 95% 2,31-14,83); la falta de adherencia se asocia a representaciones sociales en los pacientes sobre no cumplir los cambios en los estilos de vida o por ser patologías oligosintomáticas, de igual forma se identificó que la familia es un apoyo en el seguimiento terapéutico; entre los médicos existió representaciones sociales que asocian la falta de adherencia al tratamiento y la disfuncionalidad familiar con las diferentes complicaciones que presentan.

CONCLUSIONES: Tanto la falta de adherencia como la disfuncionalidad familiar aumentan la probabilidad de presentar deterioro cognitivo y para explicar las variables del estudio existen representaciones sociales en los pacientes que influyen en la adherencia al tratamiento y representaciones sociales en médicos que asocian las variables del estudio con las complicaciones de los pacientes.

Palabras Claves: falta de adherencia, deterioro cognitivo, disfuncionalidad familiar, representaciones sociales.

ABSTRACT

TITLE: Lack of adherence to treatment, family dysfunctionality and its relationship with the cognitive area of patients with arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus, treated in the city of La Concordia, in the outpatient area of the Type C Health Center "La Concordia" during the period from March to July 2019

ANTECEDENTS: "Suboptimal adherence to prescribed treatment is common in all clinical conditions and populations" (Osterberg, 2005). This lack of adherence is determined by multiple factors, among which are: pharmacological treatment, habits, lifestyle, social and family support. An essential aspect in the assessment of a patient with chronic disease is the determination of the cognitive state and its influence on the adherence to the established treatment, as well as the family influence as a contributing factor in it, considering the social representations that patients have and the health personnel about these chronic diseases and their care.

OBJECTIVE: To determine the relationship between lack of adherence to treatment, family dysfunction and alterations in the cognitive area of patients with arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus, considering the relationship with the social representations of patients and staff of health with these diseases and their care.

METHODOLOGY: We will carry out a mixed, quantitative and qualitative study of a convergent or complementary nature. The quantitative part as a cross-section is intended to identify the dimensions of the situation and the qualitative

component to explore the social representations of the disease through interviews with key informants, both patients and health personnel.

RESULTS: There was a 46.52% lack of therapeutic adherence, 10.00% family dysfunctionality and a 14.78% of cognitive impairment. A significant relationship was found between patients with lack of adherence who presented cognitive impairment ($X^2 = 9.28$, $p = 0.002$), $PR = 3.26$ (95% CI 1.48-7.20); as among dysfunctional families that presented cognitive impairment ($X^2 = 16.7$, $p < 0.001$), $PR = 5.86$ (95% CI 2.31-14.83); the lack of adherence is associated with social representations in patients about not fulfilling changes in lifestyles or being oligosymptomatic pathologies, in the same way it was identified that the family is a support in therapeutic follow-up; among the doctors there were social representations that associate the lack of adherence to treatment and family dysfunctionality with the different complications they present.

CONCLUSIONS: Both the lack of adherence and family dysfunctionality increase the probability of presenting cognitive impairment and to explain the variables of the study there are social representations in patients that influence adherence to treatment and social representations in doctors who associate the study variables with complications from the patients.

Key words: lack of adherence, cognitive deterioration, family dysfunction, social representations.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Es importante señalar que en la actualidad el considerar la dimensión sociocultural de las enfermedades es un factor clave a estudiar, no únicamente para la generación de nuevo conocimiento per se, sino sobre todo para contribuir de forma efectiva en la prevención y control de los daños a la salud. Desde finales del siglo pasado en América Latina son abundantes las investigaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales sobre el proceso salud-enfermedad-atención, las cuales dan evidencia de lo importante que es conocer los diversos contextos socio-culturales, pero sobre todo en su seno, comprender las múltiples representaciones y prácticas humanas frente a las enfermedades ubicadas localmente.

Entre los aspectos a tomar en cuenta en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentra “*la falta de adherencia*” la cual es definida como la falta de cumplimiento con el régimen terapéutico (Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán, 2009) y representa a nivel mundial un problema de gran importancia sobre todo en los países en vías de desarrollo donde sobrepasa el 50 % de los tratamientos (Del Duca, Gallegos, Da Col, & Trenchi, 2013), con esto queremos iniciar el siguiente proyecto de investigación en el cual se evidenciará la relación que existe entre la falta de adherencia al tratamiento, la disfuncionalidad familiar y el estado cognitivo del paciente, considerando las representaciones sociales sobre la hipertensión arterial y diabetes mellitus en pacientes atendidos en el Centro de Salud “La Concordia”.

La falta de adherencia representa un problema sanitario permanente en la población en general, identificándose múltiples factores tanto biológicos, psicológicos y sociales que pueden relacionarse con dicho problema, lo cual nos indicaría la importancia de determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo con la disfuncionalidad familiar y la falta de adherencia. En una revisión sistemática se determinó que en pacientes con deterioro cognitivo la adherencia varió de 10.7% a 38% con mejores tasas de adherencia en individuos sin deterioro cognitivo (Smith et al., 2017).

La prevalencia de deterioro cognitivo en pacientes mayores de 65 años fue del 18,5% (IC 95% 17,3-19,7), el género femenino presentan tasas significativamente más altas que los hombres: 18,5 y 14,3%, respectivamente. La prevalencia por grupo de edad alcanza el 45,3% por encima de los 85 años y exhibe diferencias por nivel de estudios alcanzado y tipo de convivencia. (Vega Alonso et al., 2018)

La población de La Concordia desde una perspectiva psicosocial mantiene representaciones sociales cuyo conocimiento nos permitiría saber el comportamiento de los pacientes con enfermedades crónicas y su identidad social, teniendo una herramienta inicial para crear una intervención enfocada en sus creencias y con esto mejorar la adherencia y la calidad de vida de las personas, dando un enfoque integral a la atención médica.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Las representaciones sociales y su relación con enfermedades crónicas

“Las representaciones sociales son sistemas cognitivos que tienen una lógica y un lenguaje propio y que no son simples ‘opiniones sobre’, o ‘imágenes de’ o ‘actitudes hacia’, sino ‘teorías’ sui generis, distancias destinadas a descubrir la realidad y su ordenación” Moscovici (como se citó en Mora, 2002).

Las representaciones sociales permiten generar construcciones sociales sanitarias sobre los padecimientos que no aceptan cambios temporales ni culturales, pudiendo existir falta de adherencia a los tratamientos diferentes a los conceptos culturales sanitarios que fueron aprendidos (Oliva & Narváez, 2010).

Los estudios sobre enfermedades crónicas no transmisibles van generando un creciente interés en el área de las ciencias sociales como era de esperarse y esto se da porque todo proceso de salud-enfermedad participa directamente de una dimensión socio-cultural y desde luego, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus 2 no escapan a esta determinación.

Toda relación humano-enfermedad evidencia prácticas sociales que comprenden las percepciones e imaginarios culturales sobre lo que causa o evita que una persona contraiga o padezca tal o cual enfermedad, sobre la manera de prevenirlas pero también sobre la institucionalización de servicios públicos y

privados para la atención del cuidado de la salud de las personas que padecen dichos problemas de salud.

El modelo de transición epidemiológica intenta explicar en nuestro medio, el paso del predominio de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas no transmisibles. Factores tales como la industrialización creciente, la expansión urbana constante y la migración inevitable son considerados por este modelo la clave para entender los contextos de los cuales emergen las enfermedades crónicas y que terminan convirtiéndose en problemas de salud pública. Comprender la manera de vivir de las personas y la forma cómo experimentan en sus vidas cotidianas estos cambios sociales es vital para diseñar estrategias de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, y la diabetes mellitus 2.

Las enfermedades antes mencionadas presentan una serie de variables y patrones sociales derivativos, dependiendo de los contextos poblacionales. En un estudio antropológico pionero realizado hace décadas por Scotch se evidencian las diferencias que pueden existir en personas que viven en áreas rurales y otras en espacios urbanos, diagnosticadas de hipertensión arterial. Destaca por ejemplo, que las personas con mayor grado de HTA fueron aquellas que migraron a las ciudades, que todavía mantenían su modo de vida de origen rural y que les resultaba difícil adaptarse a la vida urbana (Scotch 1960).

Para seguir con el matiz, otro estudio más reciente (Mazzeo 2013) resalta igualmente la relación entre migración y el cambio en los estilos de vida 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.

Por otro lado, el “*vivir la enfermedad*” es también tener un conocimiento sobre la misma y los factores que la ocasionan. 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).

El entorno en el que se desarrolla el paciente es determinante para la adquisición de conocimientos y sentido común que puede tener una persona. El conocimiento de las representaciones sociales mejora vínculos interpersonales y el estatuto del comportamiento de los usuarios, proponemos 3 argumentos a partir de los cuales se pueden desarrollar las representaciones sociales en nuestro medio: las creencias populares y religiosas, estigmas y prejuicios y entorno del paciente.

Como primer argumento tenemos las creencias religiosas como determinante del comportamiento de los pacientes. “la objetivación procura reducir las ideas extrañas a categorías e imágenes ordinarias, para ubicarlas en un contexto familiar” (Moscovici, 1984). Según Jodelet las personas tienen 4 fuentes de procedencia de información entre estas se encuentran la comunicación social a través de creencias

populares o religiosas y esto está determinado en el arraigo social de dicho conocimiento.

Como segundo argumento tenemos los estigmas y prejuicios, en el sexto congreso virtual de psiquiatría abordan este tema y recomiendan incidir a través del trabajo comunitario en la superación de estigmas y prejuicios para lograr mejorar la calidad de vida de estos enfermos. Debido a prejuicios de la población hacia ciertas enfermedades existe una pobre información que desmitifique ciertas patologías lo cual influiría en la mortalidad de la comunidad.

Como tercer argumento tenemos la influencia del entorno del paciente en el comportamiento del mismo. El entorno social y cultural impregna toda nuestra conducta, todos nuestros actos y relaciones, tanto la conducta física como la mental, la manifiesta y la oculta. “A través del anclaje, la sociedad cambia el objeto social por un instrumento del cual puede disponer, y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes” Moscovici (como se citó en Mora, 2002).

Las representaciones sociales tienen como objetivo principal el sentido común, su comunicación y la construcción de la realidad cotidiana, lo que quiere decir que la realidad del conocimiento que puede tener un profesional no es la realidad del paciente porque tiene una construcción de un supuesto saber que determina su sentido común.

Existen prácticas sociales que van a influir en la falta de adherencia la cual se define como la falta de cumplimiento con el régimen terapéutico (Dilla et al., 2009).

A nivel mundial es un problema de gran importancia sobre todo en los países en vías de desarrollo donde la falta de adherencia sobrepasa el 50 % de los tratamientos (Del Duca et al., 2013).

Los factores asociados a la falta de adherencia en procesos crónicos son varios entre ellos están el deterioro sensorial en el caso de los adultos mayores, deterioro cognitivo y alteraciones en el estado de ánimo (OPS, 2016).

La falta de adherencia se encuentra en aumento y afecta negativamente la evolución clínica del paciente, dando lugar a consecuencias personales, sociales y económicas (Tavares et al., 2013), como consecuencia del aumento de la morbi-mortalidad que se presenta en los pacientes no adherentes (Dilla et al., 2009), lo que genera aumento de ingresos hospitalarios, costos e insatisfacciones de los usuarios y del personal de salud (Pisano González & González Pisano, 2014).

2.2 Deterioro cognitivo y su relación con enfermedades crónicas

Varias afecciones crónicas pueden reducir la cantidad o la calidad del sueño, con un aumento a largo plazo del riesgo de deterioro cognitivo. La mayoría de las enfermedades crónicas se tratan farmacológicamente y no se pueden descartar los posibles efectos de los medicamentos en el cerebro o en el rendimiento cognitivo. (Caracciolo et al., 2013)

Se conoce muy bien los efectos de la diabetes mellitus sobre el sistema nervioso periférico, sin embargo sus efectos sobre la función cognitiva a menudo son ignorados debido a la falta de signos clínicos claros. “La diabetes mellitus se asocia con un aumento en el riesgo de demencia y en la proporción de pacientes que pasan

de deterioro cognitivo leve (DCI) a demencia” (Koekkoek, Kappelle, van den Berg, Rutten, & Biessels, 2015). Además del DCI y la demencia, la diabetes mellitus se asocia a pequeños cambios cognitivos que probablemente no afectan las actividades de la vida diaria o al autocontrol de la diabetes lo cual puede significar una errónea asociación entre disfunción cognitiva y “cosas de la edad” representando una demora en el diagnóstico y tratamiento adecuado.

Actualmente se sabe que el deterioro cognitivo representa una elevada prevalencia en la población adulta mayor y que se asocia a cambios conductuales en los pacientes que la padecen.

Se estima que en el mundo existen unos 47,5 millones de personas aquejadas de demencia y que el número de personas aumentará en el 2030 a 75,6 millones y en el 2050 a 135,5 millones; situándose la mayoría de los pacientes en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017).

En una revisión sistemática se determinó que en pacientes con deterioro cognitivo la adherencia varió de 10.7% a 38% con mejores tasas de adherencia en individuos sin deterioro cognitivo (Smith et al., 2017), lo cual lo coloca como uno de los principales factores de riesgo, sin embargo debemos ser conscientes de que ésta no es la única razón que determine falta de adherencia y que el conocimientos de diversos factores nos permitiría diseñar estrategias de intervención adecuadas para su correcto abordaje.

Muchos de los síntomas relacionados con un deterioro en la esfera cognitiva pueden ser erróneamente asociados a la edad del adulto mayor: pérdida de memoria,

alteraciones del comportamiento, entre otros; lo cual puede explicar una demora en el diagnóstico y por ende un retraso en el abordaje integral, representando un verdadero desafío para el sistema de salud.

La correcta evaluación cognitiva será una herramienta para conocer la veracidad de la información obtenida por parte del usuario y si existe una adecuada comprensión de la información recibida por parte del personal sanitario. “La evaluación cognitiva, nos permitirá determinar la evolución con el paso del tiempo, facilitando un oportuno diagnóstico, tratamiento y pronóstico” (Sanjoaquin, Fernández, Maria, & Garcia, 2007).

Las personas que tienen un consumo excesivo de bebidas alcohólicas y que tienen demencia (a menudo sin diagnóstico) tienen menos probabilidades de adherirse a los tratamientos. Por lo tanto, los médicos deben considerar la demencia y el problema con el consumo de alcohol cuando se tratan enfermedades crónicas (Cooper et al., 2005).

Muchas cualidades nos pueden hacer pensar en la existencia de afectación en la esfera cognitiva, sabemos que la evaluación empieza mucho antes de la entrevista con el paciente, el observarlo fuera de la consulta nos puede dar una pista, como esta vestido, con quien se encuentra acompañado, la estabilidad al permanecer sentado o parado, su aseo personal; al interrogatorio ya surgirá mayor información que junto con un adecuado despistaje o “screening” nos permitirá llegar a un correcto diagnóstico. Resulta beneficioso, siempre que sea factible, realizar una entrevista por separado con el acompañante y el paciente.

A la hora de explorar la esfera cognitiva, debemos interrogar acerca de (Sanjoaquin et al., 2007):

Instrucción, ocupación.

Comorbilidades (HTA, diabetes, fibrilación auricular).

Antecedentes de demencia en la familia.

Antecedentes patologías psiquiátricas.

Uso de fármacos o tóxicos.

Motivo de consulta.

Memoria.

Orientación.

Lenguaje.

Reconocimiento de familiares y amigos.

Capacidad de abstracción/juicio.

Trastornos de comportamiento: delirios, agitación psicomotriz, alucinaciones, ritmo vigilia-sueño, hipersexualidad, vagabundeo, auto/heteroagresividad física y/o verbal.

Luego de obtener la información necesaria lo siguiente es complementar la entrevista con un test de cribado, estos test nos permiten hablar un mismo idioma entre los profesionales de la salud, y nos permiten evaluar la evolución en el tiempo.

Se debe considerar que estas herramientas son complementarias al cuadro clínico del usuario y no deberá ser usada para diagnóstico de demencia.

Entre los test disponibles se encuentran:

- Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ): Presenta una sensibilidad del 68%, especificidad del 96%, valor predictivo positivo del 92%, valor predictivo negativo del 82% (J Am Geriatr. Soc, 1975).
- Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE): Presenta una sensibilidad del 89% y especificidad del 66% en ancianos (J Psychiatr Res, 1975).
- Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC): con una sensibilidad del 90,7% y una especificidad de 69% (Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, 1976).
- Test del reloj: Para cribaje y seguimiento de cuadros confusionales (Sunderland et al., 1989), (Wolf-Klein et al., 1989), (Méndez et al., 1992), (Shulman, 1993) y (Watson, 1979).
- Set-tests (Isaacs, 1972): sensibilidad del 79% y una especificidad del 82%.
- Test de los siete minutos (Solomon, 1998): consta de cuatro pruebas simples y fáciles de llevar a cabo como: orientación, memoria, praxia y lenguaje.

“Para la elección de uno u otro test tendremos en consideración múltiples factores como: el tiempo disponible, los recursos, la finalidad del mismo (cribaje, diagnóstico, control evolutivo)” (Sanjoaquin et al., 2007).

El MMSE fue el instrumento más evaluado, con 25 estudios publicados (Moyer, 2014). El MMSE es un instrumento de 30 puntos con 11 ítems. Se ha estudiado en diversas poblaciones; la edad media de los participantes varió de 69 a 95 años, la prevalencia media de demencia varió de 1,2% a 38,0%, y el nivel de educación también varió ampliamente pero no siempre se informó. Para los puntos de corte más comúnmente informados (23/24 o 24/25 [puntuación considerada "positiva" / "negativa"]), la sensibilidad combinada de 14 estudios (con 10 185 participantes) fue de 88.3% (95% CI, 81.3% al 92,9%) y la especificidad fue del 86,2% (IC, del 81,8% al 89,7%).

Por otra parte (Sanjoaquín et al 2013), menciona que el MMSE tiene mucha información verbal, y por ello tiene poca utilidad en personas con deterioro cognitivo grave. Muestra una sensibilidad del 89% y especificidad del 66% en adultos mayores. Este test fue adaptado y validado por Antonio Lobo a la población anciana española (Lobo 1976), resultando el denominado Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), con una sensibilidad del 90,7% y una especificidad de 69%.

Aplicando este último concepto en el presente proyecto se utilizara el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) para valorar la esfera cognitiva en la población estudiada.

Un diagnóstico oportuno permitirá al médico adaptar el tratamiento a las capacidades del paciente (reducción del riesgo de errores de medicación, prevención de hipoglucemia, disposición de apoyo cuando sea necesario).

En cuanto al tratamiento existe evidencia que apoya las intervenciones de entrenamiento cognitivo para mejorar las habilidades cognitivas (Ball, Berch, Helmers, & et al, 2002).

El cómo hacer frente a esta realidad como médicos de familia y tomando en consideración que en la mayoría de los casos somos nosotros la puerta de entrada al sistema de salud sería el realizar un “screening” adecuado a nuestra población de adultos mayores, una capacitación constante al usuario y a su entorno para desmitificar mitos sobre dicho tema, un empoderamiento del sistema de salud para realizar un abordaje biológico-psicológico-social.

2.3 Factores que intervienen en el incumplimiento terapéutico

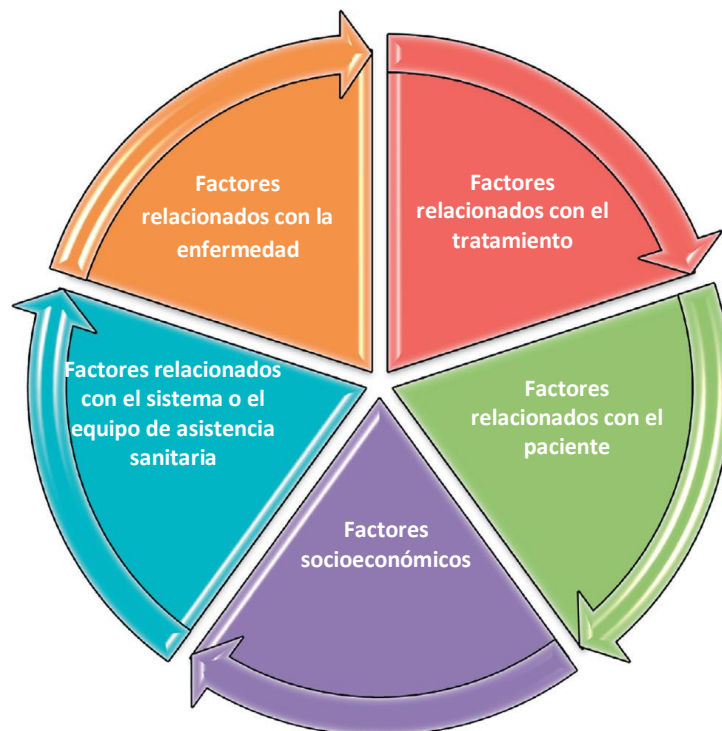


Figura 1. Factores relacionados con la adherencia a los tratamientos a largo plazo.

Fuente: OMS como se citó en (Pisano González & González Pisano, 2014).

2.3.1 Factores relacionados con la enfermedad

Estos factores hacen referencia a elementos propios de la enfermedad que intervienen como determinantes de la adherencia o no al tratamiento establecido, entre estos se reconocen: la complejidad de los síntomas y de la enfermedad, si es incapacitante, si es progresiva, si existe o no un tratamiento adecuado, si se acompañan de varias patologías. (Sabaté, 2004)

Una enfermedad crónica tiene tendencia a producir falta de adherencia en comparación a una enfermedad aguda, en la cual un tratamiento inmediato aliviara los síntomas, una patología con complicaciones secundarias probablemente va a producir una pobre adherencia terapéutica especialmente si no existen redes de apoyo, si los síntomas no se controlan con el tratamiento gran parte de los pacientes cambiarán o suspenderán la indicación prescrita.

En pacientes hipertensos por ejemplo, la razón más frecuente de la falta de adherencia fue una falta de motivación derivada del hecho de que la hipertensión arterial es un trastorno oligosintomático que requiere tratamiento médico de larga duración (Ceral et al., 2011). Sin embargo, el incumplimiento también se demostró en aquellos que tenían antecedentes de hemorragia intracraneal, edema pulmonar o infarto de miocardio.

2.3.2 Factores relacionados a la terapia

Existen varios factores relacionados con el tratamiento que determina la no adherencia al tratamiento entre estos tenemos los efectos adversos, la percepción de la eficacia o no del medicamento, la duración del tratamiento, la flexibilidad de la

elección al tratamiento por parte del paciente y la complejidad del tratamiento (Sabaté, 2004).

La complejidad del tratamiento que se define por la cantidad de medicamentos que el paciente se administra en el día, como por las diferentes vías de administración como vía oral, im, iv o el número de veces que el paciente realiza la toma, que muchas veces se asocia a la restricción de algún tipo de alimento, repercute de forma directa a que el paciente siga adecuadamente el tratamiento.

La poli medicación aumenta la posibilidad de no cumplir el tratamiento propuesto.

Muchos medicamentos necesitan tiempo para cumplir sus efectos deseados sin dejar de ser efectivos, si esto no se explica adecuadamente a los pacientes podría provocar una mala percepción de su eficacia y abandono del mismo.

Para mejorar la adherencia dentro de este componente se debe incluir a la familia extensa mediante la compañía, soporte y apoyo con el fin de cumplir los objetivos establecidos a largo plazo (Del Duca et al., 2013).

2.3.3 Factores relacionados al paciente

Entre los factores relacionados con el paciente se encuentran su nivel socio-económico, el nivel de instrucción, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. (Sabaté, 2004). Algunos estudios sostienen que los pacientes jóvenes tienden a no adherirse al tratamiento. (Huertas-Vieco et al., 2014) menciona que en su estudio no encontró una relación entre las variables sociodemográficas (edad, sexo) y la adherencia.

Muchos pacientes albergan dudas e inquietudes significativas y no resueltas sobre el tratamiento prescrito, lo que sugiere una línea divisoria entre las percepciones culturales del tratamiento por parte de los pacientes y los prescriptores (Horne et al., 2013).

Los recursos con los que cuenta el paciente como redes de apoyo, nivel de conciencia, motivación, confianza, involucramiento permitirán alcanzar un objetivo terapéutico adecuado.

Factores como el olvido, estrés emocional, angustia, creencias erróneas sobre la enfermedad o el tratamiento pueden producir falta de aceptación o peor aún suspensión del esquema terapéutico.

2.3.4 Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria

Existen muchos factores que ejercen un efecto negativo: sistema de salud poco desarrollado, falta de medicamentos, infraestructura poca amigable, personal poco capacitado, sobrecarga de trabajo en el personal de salud, falta de estímulos o retroalimentación sobre el desempeño, poco tiempo, falta de educación a la población, barreras tecnológicas y administrativas, falta de empoderamiento por el personal de salud para el seguimiento de los pacientes, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. (Sabaté, 2004).

2.3.5 Factores relacionados con el nivel socioeconómico

La escasos recursos económicos puede modificar las prioridades de la familia guiándolos hacia necesidades para otros miembros como los hijos o los padres que los cuidan (Sabaté, 2004). En pacientes con enfermedades crónicas los factores

psicosociales deben ser especialmente investigados para decidir una intervención con el fin de mejorar las redes de apoyo (Del Duca et al., 2013).

2.4 Falta de adherencia terapéutica y su valoración en enfermedades crónicas

Existen múltiples métodos para valoración de adherencia terapéutica, estos pueden ser directos o indirectos, los métodos directos tales como: cuantificación de un fármaco o metabolito en algún fluido biológico, en primer nivel tendrían poca utilidad ya que necesitarían un instrumental sofisticado, razón por la cual se deberían reservar para estudios sobre medicamentos específicos. En cambio los métodos indirectos aunque pueden ser menos fiables son más económicos y fáciles de realizar sobretodo en el primer nivel de atención. (Puigdemont N & Valverde I, 2018)

Lo más común es el uso de métodos indirectos, seguidos de la combinación de directos e indirectos (López-Romero, Romero-Guevara, Parra, & Rojas-Sánchez, 2016).

Para la valoración de la adherencia de un paciente existen múltiples herramientas indirectas a considerar tales como:

Breve Cuestionario de Medicación BMQ (Ben et al., 2012).

Escala de Hill Bone (Kim et al., 2000).

Cuestionario ARMS-e (Gonzales-Bueno et al., 2017).

The Medication Adherence Report Scale (MARS o escala informativa de cumplimiento de la medicación) (Thompson et al., 2000).

The Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) (Knobel et al., 2002).

Test de Morisky-Green-Levine MGL (Morisky et al., 1986).

Cuestionario Martín-Bayarre-Grau (Martín Alfonso et al., 2008).

Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad) (Rodríguez, 2008).

Haynes-Sackett (Haynes, 1979).

(Pérez-Escamilla, Franco-Trigo, Moullin, Martínez-Martínez, & García-Corpas, 2015) afirma que los Test de Morisky-Green-Levine MGL, Breve Cuestionario de Medicación BMQ, escala de Hill Bone y MMAS-8 tienen indicadores similares de confiabilidad y validez; sin embargo, solo el MMAS-8 y MGL muestran la probabilidad de que un clínico decida que un paciente no adherente esté o no controlado, sin embargo los autores concluyen que ninguno de los 6 test evaluados podrían considerarse como un estándar de oro.

“En una comparación entre métodos indirectos se reportó proporciones de no adherencia del 4% con el test de Haynes Sackett, del 25% con el test de Morisky-Green y del 12% con el recuento de pastillas” Armando (como se citó en López-Romero, Romero-Guevara, Parra, & Rojas-Sánchez, 2016).

Como menciona (Rodríguez Chamorro, García-Jiménez, Amariles, Rodríguez Chamorro, & Faus, 2008) el test de Haynes-Sackett es una herramienta validada muy sencilla para utilizar en atención primaria. Es rápida, económica y con escasos requisitos de nivel sociocultural para su entendimiento, lo cual sería indispensable en la población estudiada. Si el paciente es incumplidor es un método útil y presenta alto valor predictivo positivo y una especificidad aceptable.

En base a la información encontrada entre los métodos indirectos no existe una evidencia sustentable de superioridad de una herramienta sobre otra para determinar adherencia terapéutica, sin embargo por todas las propiedades del test de Haynes-Sackett lo hace útil para ser usado en nuestro proyecto investigativo.

2.5 Funcionalidad familiar como determinante de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas

La definición de función familiar es variada, por lo cual su evaluación es compleja y las diferentes herramientas miden la funcionalidad únicamente de forma parcial (Martín Zurro, Cano Pérez, & Gené Badia, 2014).

Los miembros de la familia tienen una fuerte influencia en el aspecto psicológico y el manejo de la enfermedad del paciente, incluida la adherencia a un régimen de tratamiento y la adopción de otros comportamientos de salud que promueven el funcionamiento y la recuperación (Burg & Seeman, 1994; Lyons, Sullivan, Ritvo, & Coyne, 1995) como se citó en (Martire, Lustig, Schulz, Miller, & Helgeson, 2004).

En el abordaje familiar seguramente la sección más importante es determinar su funcionalidad la misma que requiere habilidades y conocimientos distintos al abordaje médico tradicional, lo cual es difícil dominar al inicio de la formación como médicos familiares. (Garza Elizondo & Gutiérrez herrera, 2015), de lo anterior surge la necesidad de usar instrumentos de apoyo diagnóstico, entre los más usados se encuentran:

APGAR familiar (Smilkstein, G., 1978).

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III (Olson, Portner & Lavee, 1985).

Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL (Ortega, T., De la Cuesta, D. and Dias, C., 1999).

En un estudio retrospectivo de revisión documental donde estudiaron 8 herramientas se concluyó que es necesaria la unificación de conceptos y procedimientos metodológicos para el desarrollo de instrumentos de evaluación familiar y se requiere realizar un mayor número de investigaciones (Gómez-Clavelina, Irigoyen-Coria, & Ponce-Rosas, 1999).

En un estudio descriptivo en personas con enfermedades crónicas hematológicas se concluyó que existe relación entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar existiendo a mayor funcionalidad familiar mejor adherencia terapéutica (Aguilar-Montejo, Zapata-Vázquez, López-Ramón, & Zurita-Zarracino, 2018).

Entre las estrategias que pueden mejorar la situación están: mejorar la comunicación intrafamiliar, alcanzar mayor empatía, disminuir o solucionar los conflictos y lograr que compartan responsabilidades. Si el paciente no cuenta con un correcto apoyo familiar la adherencia terapéutica puede fracasar. En personas sin familia, el equipo de salud debe garantizar el control y seguimiento a través de un equipo de atención integral (Del Duca et al., 2013).

CAPITULO III

MARCO INVESTIGATIVO

3.1 El problema de investigación

La falta de adherencia al tratamiento instaurado representa una problemática a nivel mundial con múltiples repercusiones tanto individuales como familiares y comunitarias, lo cual no se encuentra alejado de la población atendida en el Centro de Salud tipo C “La Concordia”.

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan las principales razones para iniciar un tratamiento que dura toda la vida y cuyo resultado dependerá en gran medida de cuan adherente sea la persona, entre las patologías que encabezan las enfermedades crónicas se encuentran la hipertensión arterial y la diabetes mellitus que en el contexto de la población de La Concordia podrían estar influenciadas por representaciones sociales que modifiquen el tratamiento prescrito por el personal médico.

Se identificaron múltiples factores como determinantes de la falta de adherencia (Smith et al., 2017), los cuales son aspectos que se evidencian a diario como determinantes del comportamiento de la población de La Concordia, de esto surge la importancia de determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo, la disfuncionalidad familiar y la falta de adherencia.

3.2 Relevancia y aporte de la investigación

El conocimiento de los factores que influyen en la adherencia terapéutica permitirá que el equipo de salud pueda elaborar un plan de intervención direccionado

hacia las percepciones del paciente, la familia y el personal médico con respecto a la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

La medicina familiar desde su enfoque integral puede direccionar los diferentes factores que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus.

3.3 Objetivos de la investigación

Objetivo General:

- Determinar la relación que existe entre la falta de adherencia al tratamiento, la disfuncionalidad familiar y las alteraciones en el área cognitiva de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, considerando la relación con las representaciones sociales que tiene los pacientes y el personal de salud con estas enfermedades y su cuidado.

Objetivos específicos:

- Establecer la prevalencia de la falta de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.
- Establecer el grado de funcionalidad de la familia de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.
- Valorar el estado cognitivo de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.
- Caracterizar las representaciones sociales que tienen los pacientes y el personal de salud sobre la hipertensión arterial y la diabetes mellitus así como sobre su cuidado.

3.4 Hipótesis

La falta de adherencia al tratamiento y la disfuncionalidad familiar afecta el área cognitiva de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.

3.5 Marco metodológico

3.5.1 Perspectiva epistemológica

La perspectiva epistemológica usada es el subjetivismo que tiene inmenso valor cuando se pretende entender la realidad particular de cada sujeto o grupo social, el mismo que está determinado por sus condiciones particulares que elaboran los juicios formulados, lo cual confiere a la investigación un valor limitado y relativo cultural e históricamente, pero no por eso es de menor importancia que la investigación con pretensiones de generalización teórica (Bautista, N. 2011).

3.5.2 Diseño metodológico

Este estudio dispone de un enfoque cuantitativo y cualitativo de naturaleza convergente o 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.

3.5.3 Tipo de instrumento del componente cuantitativo

Este componente de la investigación se preocupa de ponderar algunos de los elementos por los que se expresa el manejo de la enfermedad crónica, y su estado de salud mental, pero también a la participación de la familia y el grupo en el cuidado del enfermo y sus consecuencias socio-económicas.

Las unidades de análisis son las mismas que en el enfoque cualitativo y de igual manera el universo de análisis no así la muestra porque parte de otros criterios de representatividad, esencialmente estadísticos.

3.5.3.1 Encuesta

Se usó la encuesta para la recolección de datos que es un método dentro de los diseños de una investigación descriptiva en donde se recolecta datos gracias a un cuestionario diseñado previamente, sin cambiar el ambiente donde se recoge la información. Los datos se logran cumpliendo un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa.

En este estudio se aplicaran las siguientes encuestas:

- Test de Haynes y Sackett
- Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC-30)
- Cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL

3.5.4 Tipo de instrumento del componente cualitativo

La técnica e instrumentos cualitativos tienen como finalidad el identificar y describir las representaciones socioculturales que sobre la hipertensión arterial y diabetes mellitus tienen, tanto las personas que las padecen cuanto el personal de salud que los atienden. De forma específica se espera, metodológicamente hablando:

Se expondrán y diferenciarán las categorías que intervienen en la construcción de las representaciones sociales sobre los problemas de salud anotados.

Se expondrán e interpretarán las representaciones sociales propias de la población bajo estudio, señalando similitudes de diferencia entre quienes padecen las enfermedades y el personal que los atiende.

Pero también se compararán los resultados con las otras áreas de investigación en el país y, de ser posible, con los resultados de los otros países.

3.5.4.1 Entrevista semiestructurada

Esta parte del estudio se estructura a partir de la técnica de entrevistas, usando para ello como instrumentos guías semiestructuradas estandarizadas. Para la entrevista semiestructurada se realizaron preguntas abiertas alternando con preguntas estructuradas con el fin de obtener múltiples respuestas que serían entrelazadas para obtener las características del informante.

El formato de entrevista destinada a las personas con los problemas de salud de naturaleza crónica, se estructura con los siguientes elementos temáticos:

Un primer bloque de identificación de la ubicación de la persona entrevistada y sus datos de identificación demográfica.

Segundo bloque: una aproximación narrativa a la historia clínica del problema de salud que sufre la persona entrevistada.

Tercer bloque: Caracterización “*emic*” del problema de salud

Cuarto bloque: Narrativa de la caracterización cultural a la atención / seguimiento y control del problema de salud.

Por su parte la guía de entrevista al personal que atiende en las unidades públicas de salud contiene los siguientes elementos:

Primer bloque: datos de ubicación y de identificación demográfica de la persona entrevistada.

Segundo bloque: Narrativas de atención a las personas con el problema crónico de salud.

Tercer bloque. Caracterización “*émic*” de los problemas crónicos no transmisibles que atienden en su unidad de salud.

Cuarto bloque: Narrativas de asociación cultural a la atención, seguimiento y control que brindan.

Estas dos guías se encuentran en el anexo de este documento.

3.6 Cobertura de la investigación

3.6.1 Unidad de observación

De manera general tanto para los datos cuantitativos como cualitativos se considera a todas las personas con enfermedades crónicas no transmisibles hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que se atienden y están registradas en el Centro de salud tipo C “La Concordia”.

De igual forma para los datos cualitativos se incluyen a todos los profesionales directamente involucrados en la atención a las personas con los problemas de salud motivo de estudio, responsables del cuidado de las personas de la unidad de investigación.

3.6.2 Muestra del componente cuantitativo

Según el análisis situacional del Centro de Salud La Concordia en el año 2016 existió una atención en consulta externa de 264 pacientes con Hipertension Arterial y

117 pacientes con Diabetes Mellitus no insulino dependiente sin complicaciones a partir de lo cual se obtuvo una muestra de 226 como resultado del siguiente cálculo:

$$n = Z\alpha^2 * p*q / e^2$$

$$n = (1.96)^2 \frac{0.18 \times 0.82}{0.0025} = 230$$

3.6.3 Muestra del componente cualitativo

Para el caso de los datos cualitativos de investigación se construirán muestras de conveniencia, considerando técnicamente a cada participante como informante clave.

En el caso de las personas que padecen el problema de salud se escogerán a partir de los resultados de la exploración cuantitativa y se cerrará el número de informantes clave siguiendo la regla de la saturación de información, siendo la muestra no menor a **40 personas**,¹ contando, desde luego, con el consentimiento explícito de su participación.

En el caso de las entrevistas al personal de salud, se pretende acceder a todos aquellos profesionales que atienden directamente a las personas con los problemas crónicos señalados, contando con su consentimiento explícito por supuesto y previo conocimiento de las condiciones de la presente investigación.

¹ Este es el número básico acordado en las investigaciones en los otros países que participan en el proyecto de Red.

3.6.4 Tipo de estudio

Se llevará el modelo de estudio de Corte Transversal, donde se investigará si la falta de adherencia a la medicación y la disfuncionalidad familiar afecta el área cognitiva en paciente con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Se valorará la prevalencia de la falta de la adherencia en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, la disfuncionalidad familiar, el estado cognitivo del paciente con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 y además las diferentes variables que engloba el problema, en una muestra de 230 pacientes en el periodo de Marzo a Julio del 2019.

3.6.5 Criterios de inclusión

Tanto para el componente de investigación con enfoque cuantitativo (encuesta) como con el cualitativo (entrevistas) se proponen los siguientes criterios de inclusión para su participación en el estudio.

Para las personas que presentan enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, y/o diabetes mellitus 2:

Grupo etario mayor a 18 años

Haber sido diagnosticado de las enfermedades señaladas al menos tres meses antes del inicio operativo de este estudio y llevar o haber llevado algún tipo de cuidado o tratamiento para su problema de salud.

Que no tenga alguna limitación cognitiva o discapacidad para responder a las preguntas de los instrumentos de investigación con que opera este estudio.

Que haya aceptado participar en este estudio, previa explicación detallada de su alcance y haya firmado el consentimiento informado.

Para el personal de salud:

Llevar más de un año trabajando en la unidad de salud atendiendo a personas con alguna de los problemas de salud señalados (hipertensión arterial y diabetes mellitus 2).

Aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

3.6.6 Criterios de exclusión

Para el caso de los pacientes son criterios de exclusión:

No estar en el rango del grupo etario señalado en el estudio y en el tiempo mínimo señalado con el problema de salud.

No estar en condiciones cognitivas para satisfacer las preguntas de los instrumentos de la investigación.

No aceptar participar en el estudio.

Para el caso del personal de salud son criterios de exclusion

No aceptar participar en el estudio.

Tabla 1
Operacionalización de variables.

VARIABLE	Definición	Tipo de variable	Escala	Indicador	Fuente
VARIABLES DEMOGRÁFICAS					
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Cuantitativa continua	Adulto joven 20-34 Adulto medio 35-49 Adulto maduro 50-64 Ancianos jóvenes 65-75 Ancianos mayores 76-85 Ancianos avanzados > 85	Medidas de tendencia central y dispersión. Box plot	Ficha de identificación
Sexo	Peculiaridades de nacimiento que diferencian a un individuo de una especie en masculino y femenino	Cualitativa nominal	Mujer Hombre	Porcentaje	Ficha de identificación
Religión	Profesión y observancia de la doctrina religiosa	Cualitativa nominal	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otra Ninguna	Porcentaje	Ficha de identificación
Instrucción	Nivel de educación alcanzado por las personas dentro del plano educativo institucional.	Cualitativa ordinal	Ninguna Básica Media Superior	Porcentaje	Ficha de identificación

Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados	Cualitativa nominal	Ninguna Obrera Campesina Profesional	Porcentaje	Ficha de identificación
Habitantes	Número de personas emparentadas entre sí que viven juntas.	Cuantitativa nominal	1habitante 2habitantes 3-5 habitantes > 5 habitantes	Medidas de tendencia central y dispersión Box plot	Ficha de identificación
Residencia	Lugar en el que se reside	Cualitativa nominal	Urbano Rural	Porcentaje	Ficha de identificación
VARIABLES DE ESTUDIO					
Disfuncionalidad familiar	Estado de tensión hacia un sistema familiar	Cualitativo nominal	14 a 42 Familia disfuncional 43-70 Familia funcional	Medidas de asociación: PR, IC, valor p	FF-SIL
Falta de adherencia	Falta de cumplimiento con el régimen terapéutico	Cualitativa ordinal	1 o más afirmativa: Si Todas negativas: No	Medidas de asociación: PR, IC, valor p	Test de Haynes-Sackett
Deterioro cognitivo	Deterioro de las funciones mentales superiores, principalmente memoria , atención y velocidad de procesamiento de la información	Cualitativa ordinal	0 A 23: Si 24 a 30: No	Medidas de asociación: PR, IC, valor p	Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC-30).

Autores: Ortiz, Javier / Loor, Alfredo. Agosto 2019

3.7 Técnicas de análisis de la investigación

3.7.1 Análisis de datos cuantitativos

A partir de los elementos constitutivos de los instrumentos se construirá una base de datos en el programa EXCEL y los datos se analizarán en el programa Epi Info 7.2 y SPSS Statistics versión 23.

Para el *análisis univariado* se calcularán porcentajes para variables cualitativas y p medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas.

Para el *análisis bivariado* de variables cualitativas se calculará la Razón de Prevalencia (PR) con un IC95% y prueba exacta de Fisher para una cola.

Para la relación de variables cualitativas con cuantitativas se calculará la diferencia de media con IC95% y prueba de ANOVA Kruskal-Wallis.

3.7.2 Análisis de datos cualitativos

Una vez codificada la información se procederá a:

Agrupación por categorías

Con la condición de número mínimo expuesta anteriormente se considera el proceso de saturación de categorías por índice de frecuencia en las respuestas solicitadas. Dichos puntos de saturación serán contabilizados y se generaran árboles de ítems y sus respectivas sub-categorías, utilizando como base la tabla de contenidos que se expone a continuación.

Tabla 2
Elaboración y llenado de tablas de contenidos.

INFORM	Inform	Inform	Inform	Inform	Inform	Inform	Inform	
ANTES >	ante	ante	ante 03	ante 04	ante 05	ante	ante	
/ TEMAS	01	02				06	n	
Bloque 01								
-Tema 1.1								
-Tema 1.2								
-Tema n								
Bloque 02								
...								
...								
Bloque n								
...								

Autores: Ortiz, Javier / Loor, Alfredo. Agosto 2019

El procesamiento de esta información se realizará aplicando los siguientes modelos teórico metodológico:

- Análisis semiológico de mensajes: Ideas núcleo, modo de prédica y grado de referencialidad, más análisis ideológico. Modelo de Daniel Prieto Castillo
- Interpretación cultural etnográfica describiendo y caracterizando las categorías.
- Interpretación social de las representaciones sociales de Sergue Moscovici.
- Discusión y conclusiones
- Elaboración de informe

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Descripción etnográfica del Cantón La Concordia

El Cantón la Concordia, con su cabecera cantonal del mismo nombre, es el segundo cantón de la Provincia de Santo Domingo de los Tsachilas.

Esta circundado por las unidades políticos administrativas siguientes:

Norte: Cantón Quinindé, cabecera cantonal Rosa Zárate, provincia de Esmeraldas y con el **cantón Puerto Quito**, cabecera cantonal del mismo nombre, de la provincia de Pichincha.

Sur: Parroquia San Jacinto del Búa, del **cantón Santo Domingo**, provincia Santo Domingo de los Tsachilas y por otra parte, con la parroquia rural San Pedro de Suma, **cantón El Carmen**, provincia de Manabí.

Este: **Parroquia Valle Hermoso**, del cantón Santo Domingo, provincia Santo Domingo de los Tsachilas.

Oeste: Parroquia rural Chibunga, **cantón Chone**, provincia de Manabí.

La Concordia es una ciudad de amplia actividad comercial. Alberga grandes organismos financieros y comerciales de la zona. Su economía se basa en el comercio, la ganadería y la agricultura. Las mayores industrias extracción de la ciudad están conformadas por la maderera y agrícola (piscicultura, avicultura, etc.)

Tabla 3

Características demográficas de la población de La Concordia (sexo, edad, etnia) 2016

POBLACIÓN:		TOTAL 48.219 HABITANTES	
Composición poblacional:			
Número de Hombres:	24.412	50%	
Número de Mujeres:	23.807	43%	
Número de mujeres en edad fértil:	13.675 (10 a 45 años)		
Número estimado del INEC de embarazos esperados en la parroquia:	1.521		
Número de niños menores de 1 año:	1.217		
Número de niños 1 a 4 años:	4.944		
Número de niños de 5 a 9 años	6.200		
Número de Adolescentes de 10 a 14 años:	5.788		
Número de Adolescentes de 15 a 19 años:	5.065		
Número de Adultos de 20 a 64 años	23.536		
Número de Adultos Mayores (>65 años):	1.745		
Auto identificación Étnica:	Mestizos 70%, Otros 30%		
Idioma:	Español		
Migración:	Sierra: Loja, Bolívar, Cotopaxi Costa: Manabí, Esmeraldas, Guayas. Extranjeros: Colombia - Perú		
Religión:	Católicos Evangélicos Cristianos Mormones Testigo de Jehova		
Economía	Comercio, ganadería, agricultura		
Pobreza por necesidades básicas insatisfechas	No pobres:	5.556	13,0%
	Pobres:	37.180	87,0%

Fuente: Estadística Proyección Poblacional 2016.

4.2 Datos cuantitativos

Luego de proporcionar la información oportuna a los pacientes, explicar los propósitos y firmar el consentimiento informado, se realizó una encuesta a 230 pacientes; a continuación se presentarán los resultados obtenidos en el estudio y posteriormente se realizará un análisis detallado de los mismos

4.2.1 Características de los informantes

Se realizó la encuesta a 230 personas que fueron atendidas en el área de Consulta externa del Centro de salud tipo C “La Concordia”. La media de edad fue de 64 años, una desviación estándar de 12,34 DS, 125 personas femeninas (54,35 %) y 105 masculinas (45,65 %).

Tabla 4
Descriptivo de variables de estudio.

VARIABLE	Escala	Frecuencia	Porcentaje	IC del 95%
Edad	Adulto joven 20-34	3	1,30%	0,27-3,76
	Adulto medio 35-49	29	12,61%	8,61-17,60
	Adulto maduro 50-64	91	39,57%	33,20-46,20
	Ancianos jóvenes 65-75	73	31,74%	25,78-38,18
	Ancianos mayores 76-85	25	10,87%	7,16-15,63
	Ancianos avanzados > 85	9	3,91%	1,80-7,30
Sexo	Mujer	125	54,35%	47,67-60,91
	Hombre	105	45,65%	39,09-52,33
Religión	Católica	197	85,65%	80,44-89,91
	Evangélica	13	5,65%	3,04-9,47
	Otra	4	1,74%	0,48-4,39
	Ninguna	16	6,96%	4,03-11,05
Instrucción	Ninguna	23	10,00%	6,45-14,63
	Básica	181	78,70%	72,83-83,80
	Media	25	10,87%	7,16-15,63
	Superior	1	0,43%	0,01-2,40
Ocupación	Ninguna	38	16,52%	11,96-21,96
	QQ-DD	117	50,87%	44,22-57,50
	Obrera	39	16,96%	12,34-22,44
	Campesina	35	15,22%	10,83-20,52
	Profesional	1	0,43%	0,01-2,40
Habitantes	1habitante	8	3,48%	1,51-6,74
	2habitantes	69	30,00%	24,15-36,37
	3-5 habitantes	120	52,17%	45,51-58,78
	> 5 habitantes	33	14,35%	10,09-19,56
Residencia	Urbano	179	77,83%	71,90-83,02
	Rural	51	22,17%	16,98-28,10
Falta de adherencia	Si	107	46,52%	39,94-53,19
	No	123	53,48%	46,81-60,06
Disfuncionalidad familiar	Si	23	10,00%	6,45-14,63
	No	207	90,00%	85,37-93,55
Deterioro cognitivo	Si	34	14,78%	10,46-20,04
	No	196	85,22%	79,96-89,54

Autores: Ortiz, Javier / Loor, Alfredo. Agosto 2019

Tabla 5

Relación entre falta de adherencia y deterioro cognitivo.

	Con deterioro	Sin deterioro		Chi2	Valor p
Falta de adherencia	24	83	107	9,28	0,002
Buena adherencia	10	113	123	PR	IC del 95%
Total	34	196	230	3,26	1,48-7,20

Autores: Ortiz, Javier / Loor, Alfredo. Agosto 2019

Tabla 6

Relación entre disfunción familiar y deterioro cognitivo.

	Con deterioro	Sin deterioro		Chi2	Valor p
Familia disfuncional	10	13	23	16,7	<0,001
Familia funcional	24	183	207	PR	IC del 95%
Total	34	196	230	5,86	2,31-14,83

Autores: Ortiz, Javier / Loor, Alfredo. Agosto 2019

Tabla 7

Relación entre variables sociodemográficas y deterioro cognitivo.

	Con deterioro y sin deterioro	Chi2	Valor p	PR	IC del 95%
Edad	Anciano Adulto	27,90	<0,001	11,59	3,92-34,19
Sexo	Hombre Mujer	1,68	0,194	1,62	0,77-3,37
Religión	Católica No Católica	7,36	0,006	0,31	0,13-0,75
Instrucción	Ninguna Con instrucción	35,34	<0,001	11,51	4,49-29,47
Ocupación	Ninguna Con ocupación	26,97	<0,001	7,03	3,13-15,74
Habitantes	Solo Acompañado	8,16	0,004	6,40	1,51-26,96
Residencia	Urbano Rural	1,21	0,271	0,63	0,28-1,43

Autores: Ortiz, Javier / Loor, Alfredo. Agosto 2019

Tabla 8

Relación entre variables sociodemográficas y falta de adherencia.

	Falta de adherencia	Chi2	Valor p	PR	IC del 95%
Edad	Anciano Adulto	1,60	0,205	0,71	0,42-1,20
Sexo	Hombre Mujer	0,69	0,402	1,24	0,74-2,10
Religión	Católica No Católica	0,01	0,894	1,05	0,50-2,20
Instrucción	Ninguna Con instrucción	3,59	0,058	2,34	0,95-5,76
Ocupación	Ninguna Con ocupación	3,58	0,058	1,97	0,96-4,01
Habitantes	Solo Acompañado	0,04	0,840	1,15	0,28-4,73
Residencia	Urbano Rural	0,007	0,930	0,97	0,52-1,81

Autores: Ortiz, Javier / Loor, Alfredo. Agosto 2019

Tabla 9

Relación entre variables sociodemográficas y disfuncionalidad familiar.

	Disfunción familiar	Chi2	Valor p	PR	IC del 95%
Edad	Anciano Adulto	2,11	0,145	1,90	0,79-4,60
Sexo	Hombre Mujer	1,21	0,269	1,62	0,68-3,87
Religión	Católica No Católica	2,86	0,090	0,42	0,15-1,17
Instrucción	Ninguna Con instrucción	11,85	<0,001	5,22	1,87-14,54
Ocupación	Ninguna Con ocupación	6,17	0,012	3,14	1,22-8,06
Habitantes	Solo Acompañado	38,90	<0,001	36,17	6,77-193,14
Residencia	Urbano Rural	0,002	0,957	1,02	0,36-2,92

Autores: Ortiz, Javier / Loor, Alfredo. Agosto 2019

4.3 Datos cualitativos sobre las representaciones sociales

Después de brindar la información pertinente a las pacientes, explicar los propósitos de nuestro estudio y obtener el consentimiento informado. Se realizó

entrevistas semiestructuradas, en las cuales se refleja el contexto de las representaciones sociales de la hipertensión arterial y diabetes mellitus; con una muestra de 40 pacientes 32 mujeres y 8 hombres atendidos en el “Centro de salud Tipo C La Concordia” en el área de consulta externa.

4.3.1 Análisis de la información

La información obtenida en las entrevistas realizadas fue organizada a través de un cuadro conceptual explicativo (Tabla 2, anexo 8), las respuestas se colocaron de acuerdo a sus preguntas correspondientes y según el número de informantes. Una vez organizados todos los datos se dio paso al análisis que, según afirma Daniel Prieto Castillo (1988) en su libro “Análisis de Mensajes”, se fundamenta dentro de tres estructuras:

- 1.- **Determinación de ideas núcleo:** Se refiere al/los tema/s de un discurso y las ideas principales que presenta/n en su contenido.
- 2.- **Modo de predica:** Es la magia del discurso, constituye al sujeto en cuestión y lo considera más allá de lo que ese sujeto es o fue fuera del discurso. Existe un modo de predica de estado, por ejemplo: “Bolívar fue el libertador de América” y uno de acción: “Bolívar libertó América”.
- 3.- **Grado de referencialidad:** Constituye al sujeto y esta puede ser: alta cuando el discurso se acerca profundamente a las características que el sujeto tiene fuera del discurso, o puede ser baja si ofrece pocas de esas características.

El análisis del mensaje es uno de los pilares más importantes para la interpretación, éste se fundamenta en lo que se está predicando de un sujeto. Existen puntos importantes como:

- a) **Unicentualidad significativa:** Se da cuando se busca dejar en el perceptor una interpretación clara de un tema determinado por medio de redundancias y reiteraciones de conceptos.
- b) **Consignas de interpretación:** Es un narrador que puede ser el propio personaje o alguien que se refiere a él. Este narrador indica qué leer, interpretar y hacer.
- c) **Apelación de experiencias decisivas:** Se refiere a las experiencias que marcan profundamente los comportamientos de un individuo.
- d) **Visión Polarizada de la Realidad:** Son los extremos de la realidad.

4.3.2 Modelo de análisis

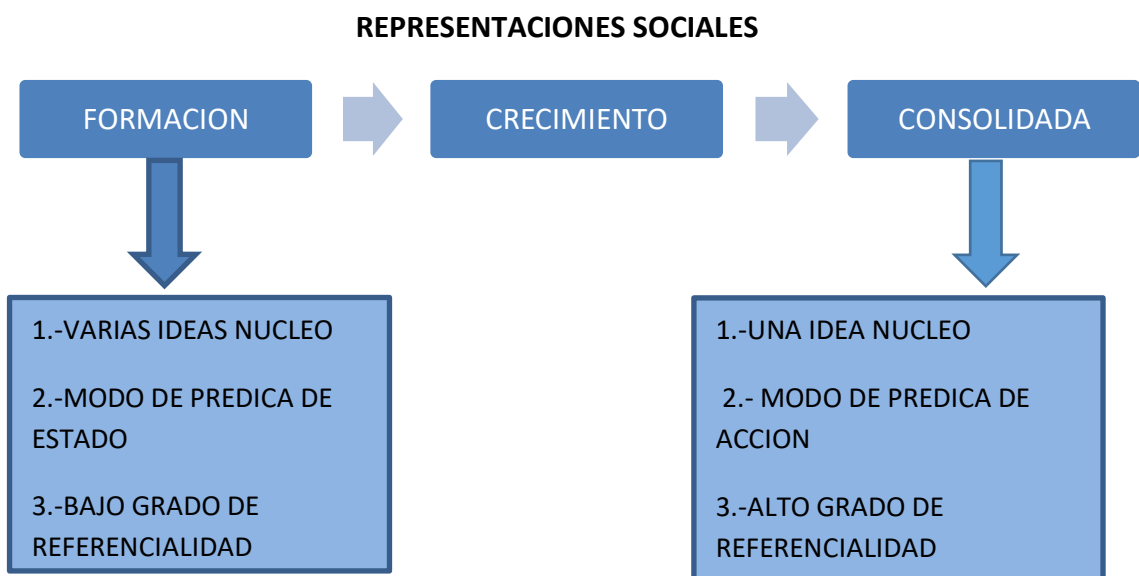


Figura 2. Modelo de análisis de representaciones sociales
Autores: Ortiz Javier, Loor Praudo, Agosto 2019.

4.3.2.1 Narrativas del historial clínico de la hipertensión arterial y/o diabetes Mellitus.

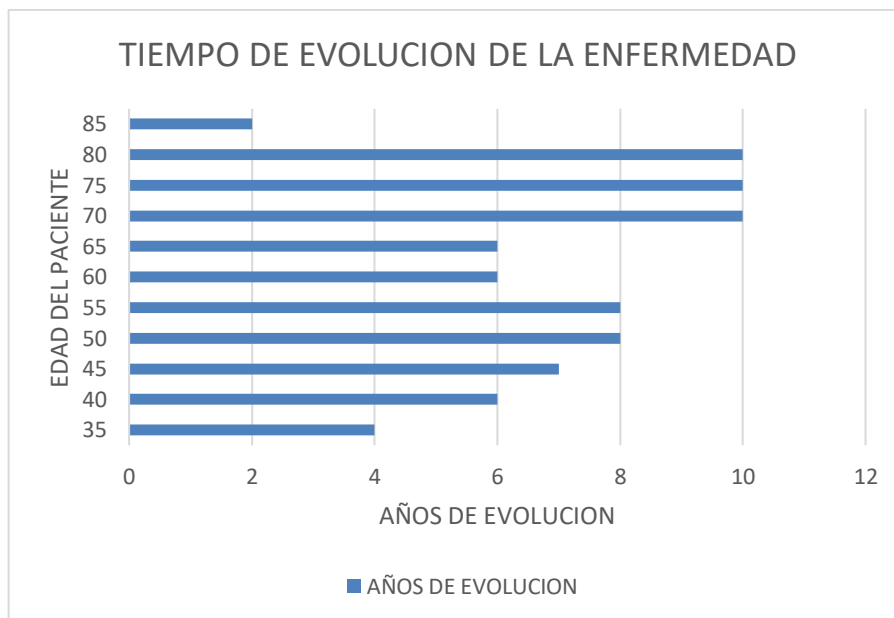


Figura 3. Percepción de la temporalidad del diagnóstico
Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”
Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019

La representación social de la percepción de temporalidad del diagnóstico de la enfermedad se encuentra consolidada tanto en pacientes del sexo masculino y femenino, con la idea núcleo que si conocían el tiempo de evolución desde el diagnóstico de la enfermedad, como se muestra en el esquema los pacientes entrevistados tienen en promedio entre seis a diez años de evolución de la enfermedad, el análisis del discurso con un modo de predica de acción y grado de referencia alto como lo expresó el entrevistado:

LC012M: *“hace como unos... desde que llegue aquí me dijo la dra sotelo, hace como 8 años casi cuando llegue aquí.”*

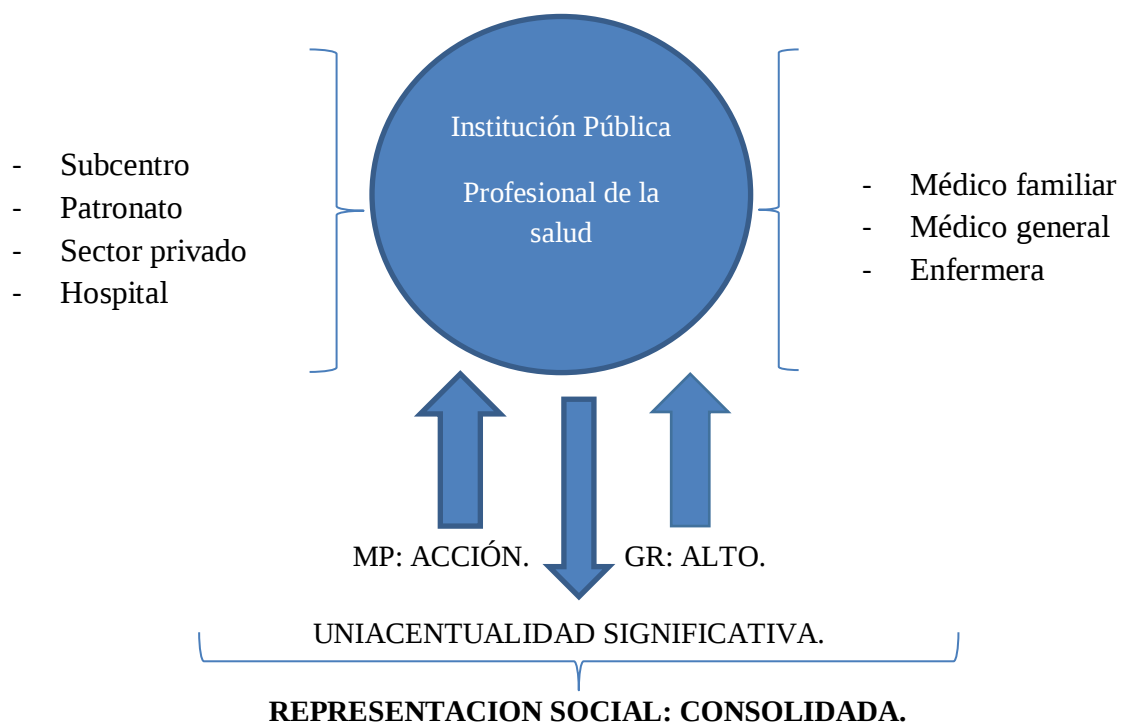
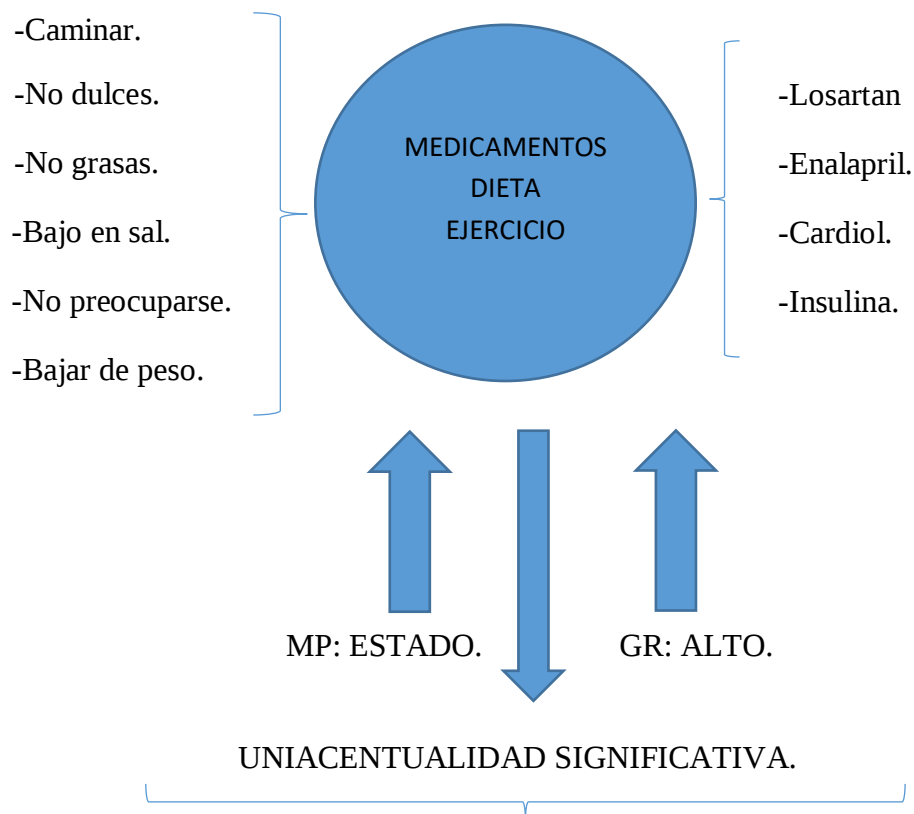


Figura 4. Lugar de diagnóstico y personal que informo la enfermedad crónica.
Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”
Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019

La representación social del lugar donde se diagnosticó la enfermedad y quien le informo se encontró consolidada, con la idea núcleo tanto para pacientes hombres y mujeres es que se realizó en instituciones de salud y el informante fue el médico , el análisis del discurso tuvo un modo de prédica de acción y alto grado de referencialidad, como ejemplo el entrevistado:

LC012M: *“En este subcentro, me dijo la Doctora Sotelo”.*

LCO39H: *“Aquí trabajaba un doctor apellido Villa, él fue el que se dio cuenta de que sufría de la presión”.*



REPRESENTACION SOCIAL: EN CRECIEMIENTO

Figura 5. Sobre el tipo de tratamiento para hipertensión arterial y/o diabetes al inicio del diagnóstico.

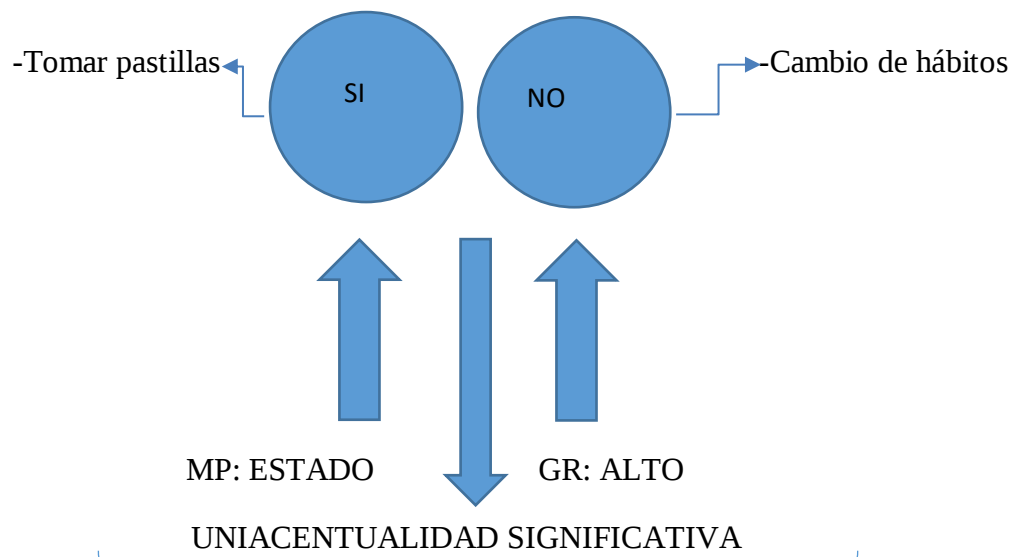
Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019

La representación social del conocimiento del tratamiento de la hipertensión arterial y/o diabetes se encontró en crecimiento, la idea núcleo tanto para los pacientes hombres y mujeres es que conocían el tratamiento farmacológico mejor que el tratamiento no farmacológico, asumiendo este hecho a que se da una indicación escrita en la receta y que existe el medicamento en físico, mientras que las indicaciones no farmacológicas se dan únicamente de manera verbal, el análisis del discurso tuvo un modo de prédica de estado y alto grado de referencia, como expresaron los entrevistados:

LC019M: “Me mandaron hacer este exámenes y me salió positivo del diabete y ahí me comenzaron a dar la pastilla esa bi bi, como es que son 2.5, algo así y desde ahí estoy tomando esa pastilla. Si, ejercicio, caminar, este media hora aunque sea todos los días.”

LCO34H: “Luego me mandaron donde él doctor pozo y él me dijo que tenía que tomar una pastilla para bajar la presión, que me cuidara en la comida, que no coma mucho frito, que tome agua, que baje de peso.”



RESPRESENTACION SOCIAL: EN CRECIMIENTO

Figura 6. Sobre la Adherencia al Tratamiento recomendado.
 Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”
 Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019

La representación social de la adherencia al tratamiento al inicio del diagnóstico de la enfermedad crónica estuvo en crecimiento con posibilidad de consolidarse, la idea núcleo tanto en hombres como en mujeres fue que si cumplen el tratamiento farmacológico, pero no cumplen con el no farmacológico, el análisis del

discurso tuvo un modo de prédica de estado y grado de referencia alto, como ejemplo el entrevistado:

LC043M: “no he podido coger la cita todavía con la nutricionista. Si el medicamento si lo tomo. Ejercicios si no, ni he caminado tanto, camino todo el día en la casa.”

LC034H: “Claro doctor yo todos los días iba a la finca, sudaba mucho, me movía bastante, tomaba mi medicamento, lo que sí en la comida no me cuidaba mucho porque usted sabe doctor hay que comer lo que hay.”

4.3.2.2 Caracterización Emic de la Hipertensión arterial y/o Diabetes Mellitus.

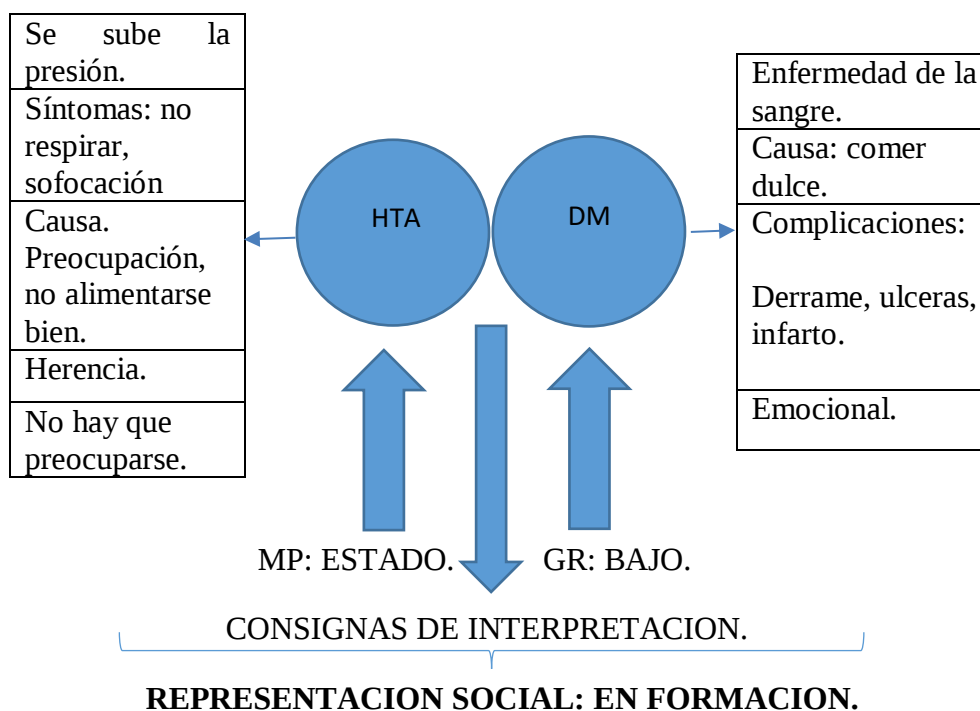


Figura 7. Sobre qué es lo que sabe el paciente sobre la Hipertensión y/o diabetes.

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La representación social de que es lo que sabe el paciente acerca de su enfermedad crónica se encontró no consolidada, la idea núcleo en caso de los pacientes con diabetes mellitus fue que es una enfermedad que afecta a la sangre e hicieron referencia a las causas y las complicaciones mas no al significado de la enfermedad, como lo hicieron los siguientes entrevistados:

LC015M: “ *Bueno yo no sé casi nada, lo único que sé es que si uno come mucho dulce le cae diabetes, si uno como muy salado le hace mal para el diabetes eso es lo único que sé.* ”

LC046H: “*El diabetis ya para uno ya es como quien dice es ya casi dice ya acabarse la vida de uno, porque ya hay que curarse hay sea como sea poco a poco porque no tiene quien dice curación*”.

En el caso de la Hipertensión Arterial la idea núcleo fueron los síntomas y las causas pero no hicieron referencia al significado de la enfermedad como lo expresaron los siguientes entrevistados:

LCO44M: “*Lo que yo sé sobre la presión, son los síntomas que yo tengo, por ejemplo, me sale sangre de la nariz, algún disgusto, impresión, por lo regular alguna preocupación me sale sangre de la nariz*”

LC036H: “*He escuchado, que a uno le hace mal estar con la presión alta.* ”

El análisis del discurso tuvo un modo de predica de estado y un bajo grado de referencia.

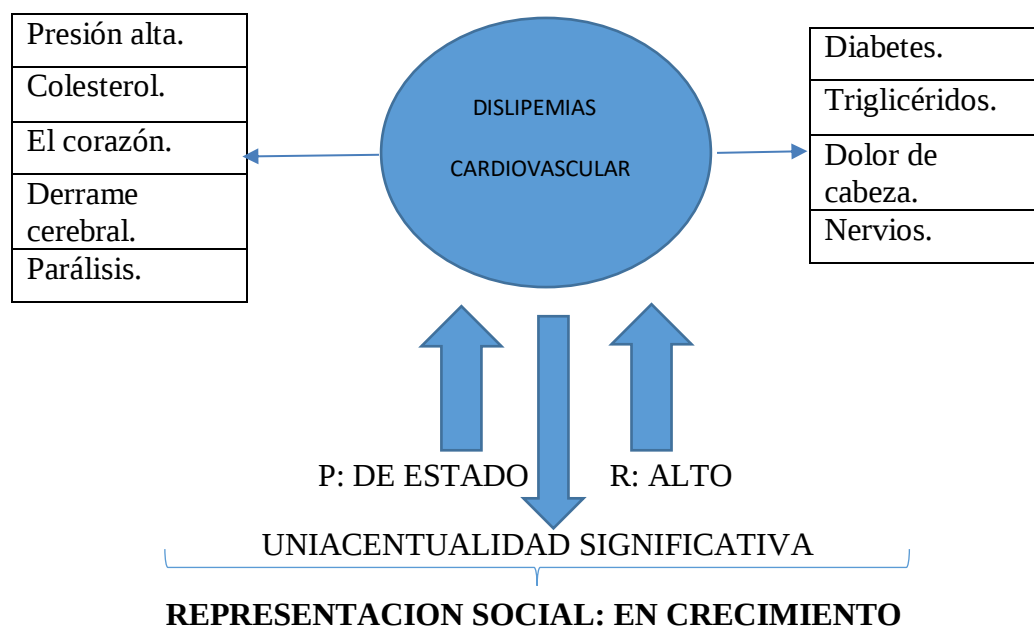


Figura 8. Sobre si la Hipertensión y/o Diabetes está relacionada con otras enfermedades.

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La representación social se encontró en crecimiento cuya idea núcleo en pacientes hombres y mujeres fue que si relacionan a la enfermedad crónica con otras enfermedades, como las dislipidemias, complicaciones cardiovasculares y a la diabetes y la hipertensión en ambas direcciones, el análisis del discurso tuvo un modo de prédica de estado y un grado de referencia alta, como lo dijeron los entrevistados:

LC026M: *“Creo que sí doctor, con la presión alta, con el colesterol puede ser que dicen cuando uno no se cuida puede todas esas enfermedades le pegan a uno cuando está en eso.”*

LC046H: *“Por ejemplo el por ejemplo yo tengo como se llama el colesterol tengo, el diabetis, el colesterol y por ahí otras cosas más no sé cuáles más”.*

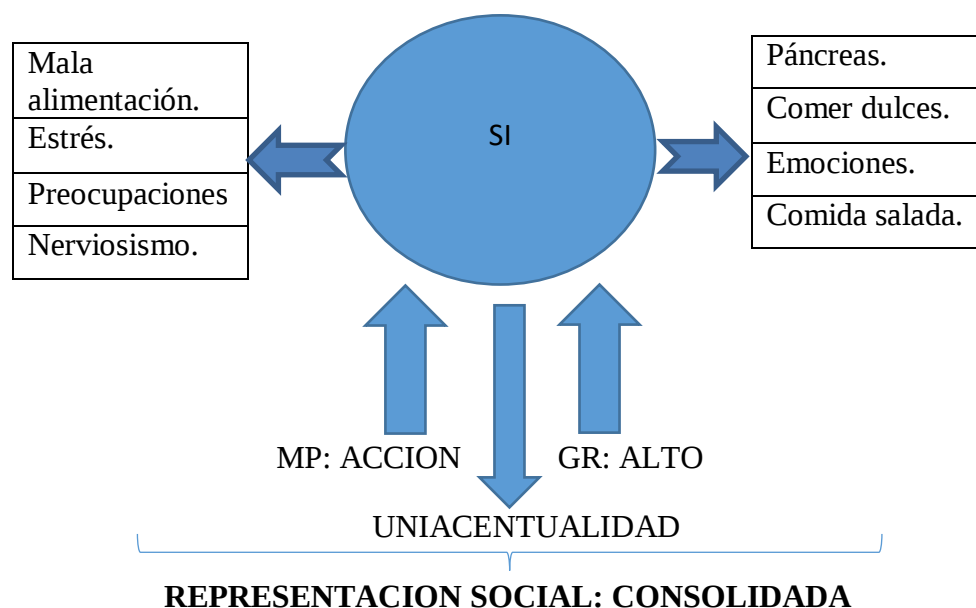


Figura 9. Sobre el conocimiento de cuáles son las causas de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus en las persona

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La representación social de las causas de la hipertensión arterial y diabetes mellitus se encontró consolidada, los entrevistados refieren que sí conocían las causas de estas enfermedades, con la idea núcleo como causas de la vida cotidiana, con variables como la mala alimentación y las preocupaciones, el análisis del discurso fue un modo de prédica de acción y grado de referencia alta, como lo expresaron los informantes:

LC032M: “*Cuando uno no se ha cuidado en la alimentación.*”

LC014M: “*Las preocupaciones, nerviosismo también.*”

LC025H: “*Oiga yo tomaba mucha cola, mucha azúcar y no me cuidaba nada de arroz comía arroz de todo lo que me hacía daño por eso me vino esta enfermedad esa.*”

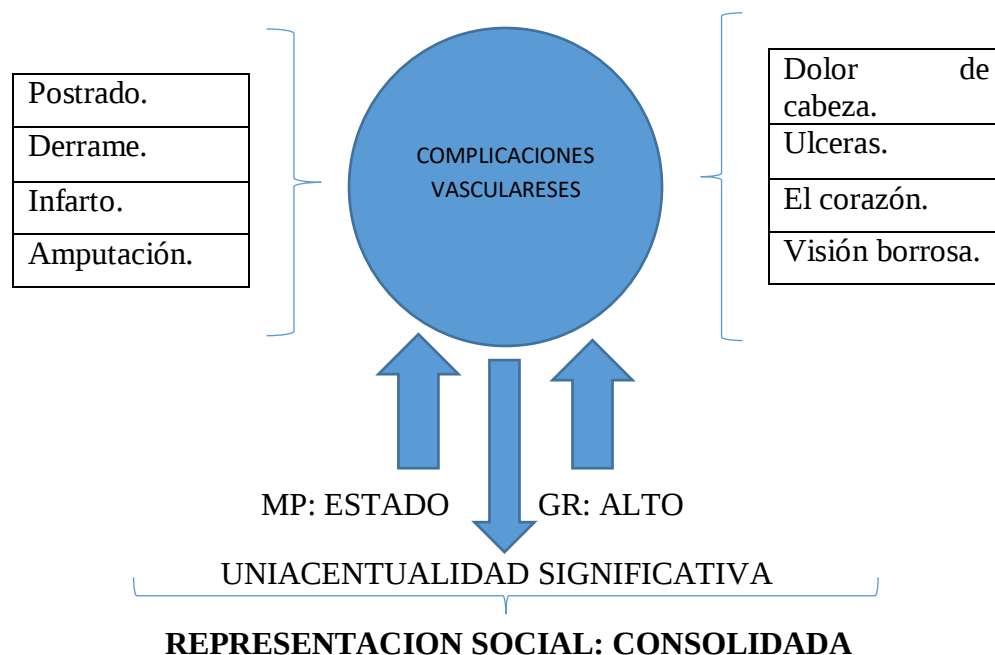


Figura 10. Sobre lo que le pasa a una persona que es hipertensa y/o diabética
Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”
Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La representación social se encontró consolidada sobre el conocimiento de los síntomas o complicaciones que le puede pasar a un paciente Diabético o Hipertenso, el análisis del discurso con un modo de prédica de estado y grado de referencia alto, la idea núcleo en el caso de la diabetes fueron las complicaciones vasculares con variables como eventos vasculares encefálicos, infarto, úlceras y amputaciones, y en el caso de la Hipertensión los síntomas como cefalea y complicaciones cardíacas, como ejemplo los siguientes informantes:

LC019M: “Yo pienso si no nos cuidamos, nos ha de pasar, tendremos que morirnos digo yo pues no, si uno no se cuida. Yo pienso que si uno no se cuida para la diabetes, se le ha de hacer alguna llaga, le han de cortar algún brazo, alguna pierna, tantas cosas que hay.”

LC054M: “Dice que el mareo la vista cuando por ejemplo se siente mucho mareo la vista se me nublan, el derrame.”

LC034H: “Cómo le dije doctor le duele la cabeza, se siente cansado, no tiene ánimo de hacer nada.”

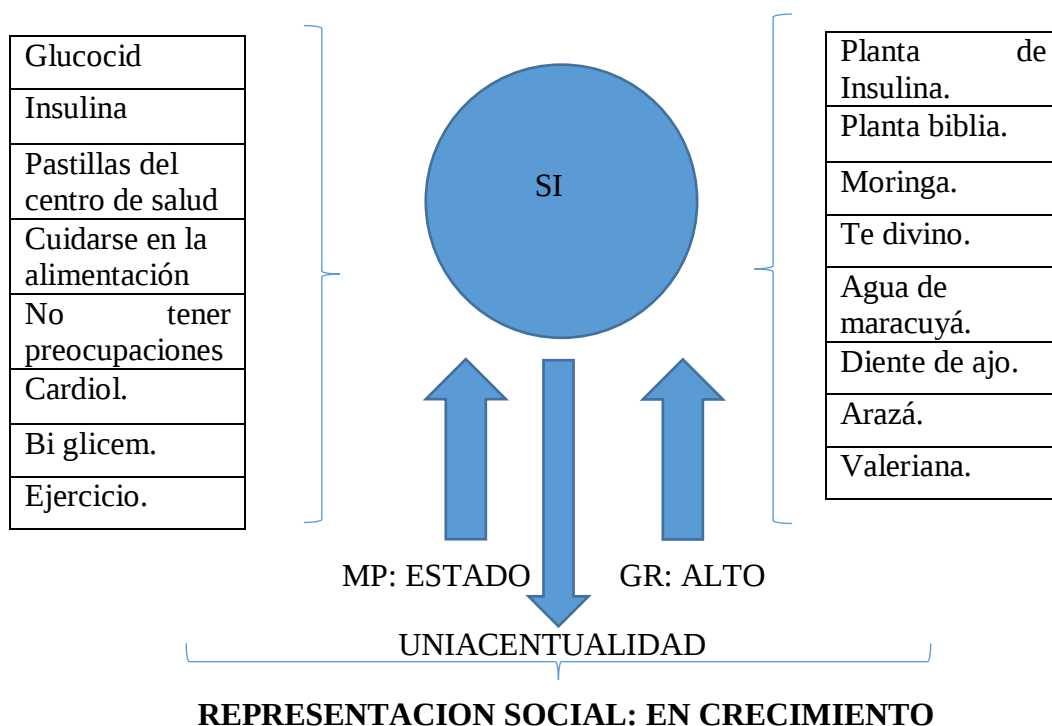


Figura 11. Sobre los tratamientos que conoce o que ha escuchado para la Hipertensión y/o Diabetes.

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La representación social sobre el conocimiento del tratamiento de la hipertensión y diabetes se encontró en crecimiento, con su idea núcleo que conocían el tratamiento que se le administra en las unidades de salud como ejemplo: losartan, enalapril, insulina, metformina, pero no conocían otros tipos de medicamentos, pocos manifestaron las medidas no farmacológicas y tuvieron un conocimiento variado de medicina natural como es el caso de la planta insulina, moringa o biblia para la

diabetes mellitus, y el diente de ajo para la hipertensión arterial, como lo manifestaron los siguientes entrevistados:

LC020M: “La primera la la glucocid, y de allí me dio ah, eh me dieron esa y la insulina. Como natural, aguitas aromáticas, para agua de tiempo es lo que escucho y tomo también, yo tomo la planta insulina.”

LC032M: “la doctora me explico que no tengo que tener preocupaciones, estar tranquila, que, me cuidara en la alimentación especialmente, el cardiol 10.

El análisis del discurso tuvo un modo de prédica de estado y grado de referencia alto.

4.3.2.3 Asociación cultural a seguimiento/control de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus.



Figura 12. Sobre qué entiende por estar o sentirse enfermo.
Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”
Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La representación social se encontró consolidada, el análisis del discurso con un modo de prédica de acción y grado de referencia alta, con una idea núcleo de alteración del estado de ánimo con variables como sentirse mal, autoestima baja, sentir tristeza, además de incapacidad física con variables como disminución de fuerza para realizar las tareas cotidianas del hogar, sensación de inutilidad, como lo expresaron los informantes:

LC019M: *“Bueno yo sé que estando buena que de un rato al otro que me deprimó me falta fuerza para seguir y uno se siente mal ya no es como estar bueno.”*

LC045M: *“La enfermedad más mala es la diabetes, porque uno no tiene fuerzas para seguir. Hay días en que yo lloro porque no me puedo levantar hacer de comer, yo quiero pararme y no puedo, caigo otra vez y no puedo levantarme.”*

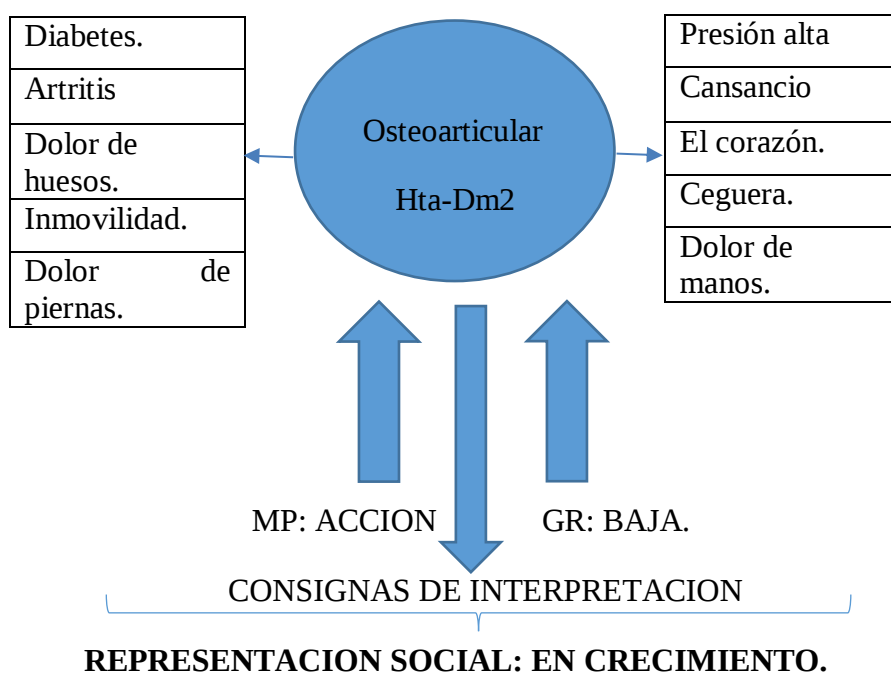


Figura 13. Sobre qué tipo de enfermedades les impiden realizar actividades cotidianas.

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La representación social en este caso se encontró en crecimiento, el análisis del discurso con un modo de predica de acción y grado de referencia baja, con varias ideas núcleo principalmente atribuidas a enfermedades osteoarticulares que producen dolor y dificultad para realizar las actividades cotidianas y en segundo plano refirieron a la diabetes e hipertensión como causas que impiden realizar sus actividades diarias, como lo expresaron los informantes:

LC017M: *“De mañana me levanto con ánimos, tengo una lavadora chiquita ahí lavo, arreglo los platitos, barro la casa hago la comidita como una sopita para las, Si pues doctor por decirle ya de tarde no tengo ánimos el cansancio me agobia, me pongo bien cansada de tarde, no sé si debido al cansancio tiene que ver con la presión alta.”*

LC021M: *“Bueno en lo que tengo problemas si, si porque ya. Bueno lo que tengo en los huesos si impide ser hacer algo porque uno ya no puede ya no es normal pues ya está, es la artrosis si, Diabetes, puede ser el colesterol alto puede ser bajo ya.”*

LC053M: *“Problemas así que uno sufra del corazón, he digamos el dolor de los huesos también claro la artritis”.*

LC046H: *“Por ejemplo el diabetes es una enfermedad que es un cansancio le duelen las piernas usted va caminando largo, largo y ya como que se debilita la persona.”*

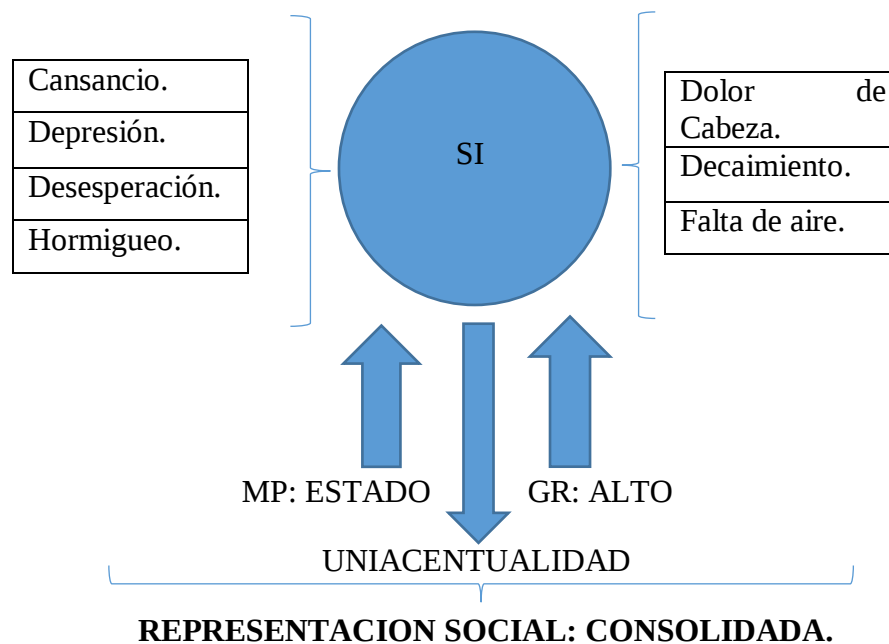


Figura 14. Sobre si la hipertensión y/o diabetes le hace sentirse enfermo.

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La idea núcleo fue que la diabetes e hipertensión si hacen sentir enfermos a los pacientes, en el caso de los pacientes hipertensos refirieron que la mayor afectación que presentan es cefalea y disnea la cual atribuyen a la hipertensión, como lo expresan los entrevistados:

LC055M: “Si a veces si me siento como agotada entonces me tengo que, a recostar un ratito medio, medio por ahí duermo ya me levanto y me siento mejor y me baño y ya o supongamos que yo me siento ya que tengo la presión alta ya en seguida me duele la cabeza y ando con el dolor de cabeza que no me pasa me mojo la cabeza y no me pasa y ahí si me pego un bañito y ahí se me quita el dolor de cabeza”.

LC039H: “Si porque ya no le digo que me agito, no puedo respirar con facilidad.”

En el caso de la diabetes mellitus la idea núcleo fue que se sienten enfermos y sus principales síntomas son el agotamiento y sensación de tristeza, como lo expresó el entrevistado:

LC020M: *“Si porque se va deteriorando la persona, se va deteriorando la persona, se va sintiendo cansada ya no con la misma fuerza, sí que yo vi a veces yo me desmando ya no, me canso, me siento decaída pero a veces estoy como si no tengo nada así.”*

En este caso existió una representación social consolidada, con el análisis del discurso con un modo de predica de acción y un grado de referencia alto.

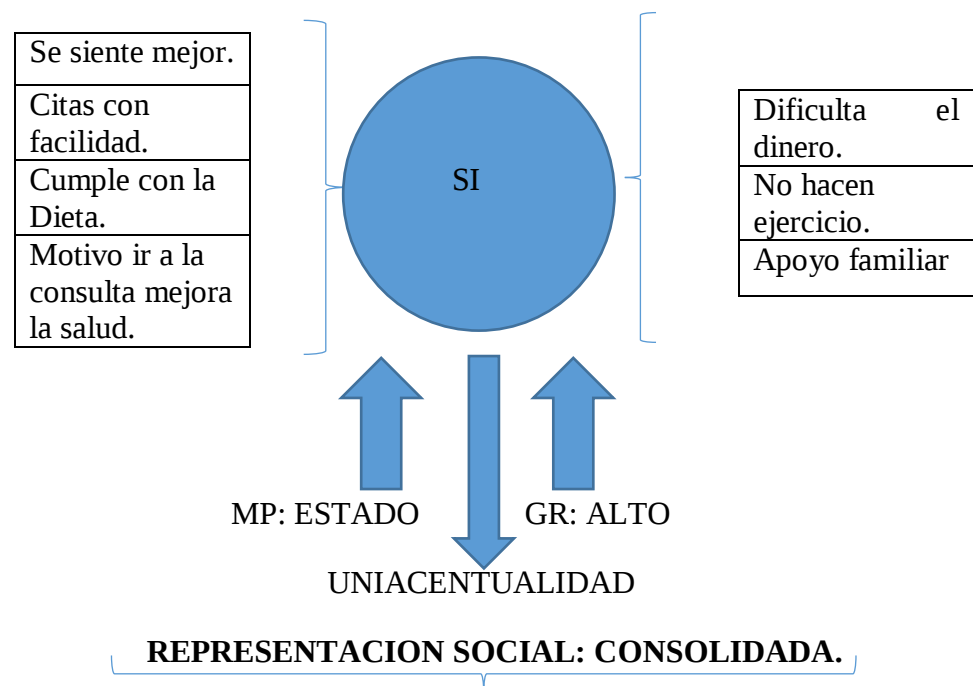


Figura 15. Sobre si el tratamiento que lleva le está funcionando.
Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”
Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La idea núcleo fue que el tratamiento si funciona, porque sentían mejoría de su sintomatología y lo atribuían al tratamiento farmacológico que estaban recibiendo como lo expresaron los entrevistados:

LC027M: *“Yo pienso que sí, si me está funcionando ósea me siento bien yo no me da lo que me daba antes.”*

LC014M: *“Si, osea en mi salud ya no tengo los malestares que tenía tanto han disminuido y ya los dolores que tenía así fuerte ya no tengo, así de la cabeza, cansancio.”*

LC034H: *“Sí doctor porque ya ahora no me duele mucho la cabeza, siempre he tenido las presiones normales.”*

Los entrevistados refieren que si cumplían las medidas farmacológicas pero con respecto a los cambios de estilo de vida no lo cumplían a cabalidad como lo expresaron los informantes:

LC055M: *“El tratamiento que me dan no sé porque hay veces que si digamos siguiendo el tratamiento si me he sentido bien para que ya le digo que baje hasta 110 pero si es chévere, si tal como me den así me tomo.”*

Al indagar si tenían regularidad al asistir a las consultas los paciente refieren que si acudían con regularidad y que la mayoría podían acceder con facilidad a las consultas, ya que estos pacientes según la Estrategia “Medico del Barrio” del Ministerio de salud Pública del Ecuador son catalogados como pacientes de grupos prioritarios de atención por sus enfermedades crónicas y recibían beneficios de atención en las consultas, como lo expresan los entrevistados:

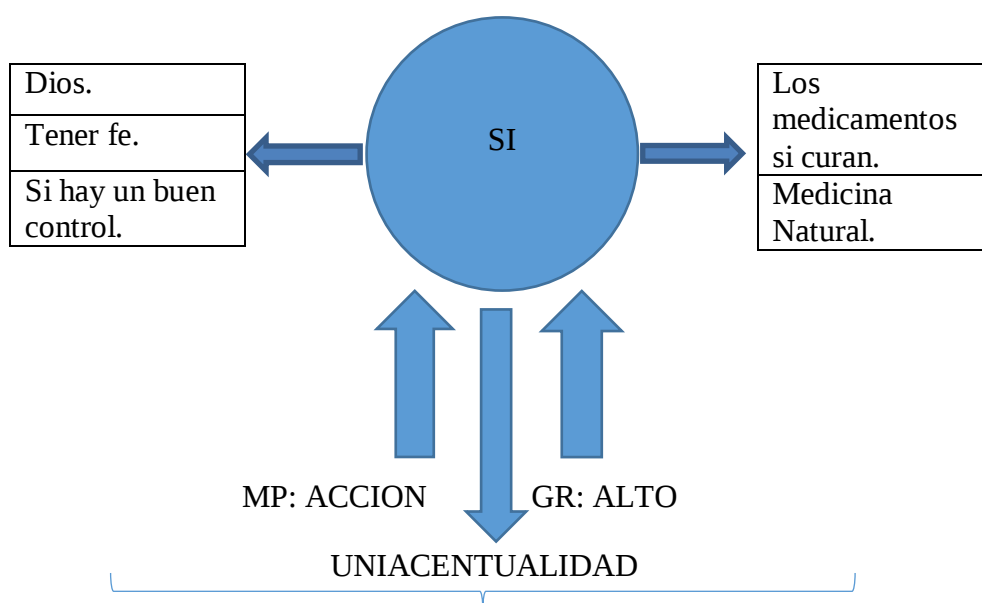
LC017M: *“A veces el doctor nos va a ver a la casa y nos dice que venga nomas entonces por eso vine así sin turno.”*

LC024H: *“Cada que me dicen yo vengo yo he venido sin que me inviten yo vengo a presentarme a hacerme chequear de la presión normal.”*

Cuando se pregunta qué es lo que motivaba a los pacientes a acudir a la consulta los pacientes referían por la mejoría de su estado de salud, tener una vida de calidad como lo expresa el informante:

LCO28M: *“no porque yo sé lo que me es bien para mí tengo que seguir continuando para vivir otros 4 días más”.*

Con lo expresado por los pacientes y con el análisis del discurso estamos ante la representación social consolidada de que el tratamiento que recibían por parte de las unidades de salud si funciona, con un modo de predica de acción y grado de referencia alta.



REPRESENTACION SOCIAL: CONSOLIDADA.

Figura 16. Sobre si tienen la creencia de algún día ya no tendrán Hipertensión y o Diabetes en mujeres.

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La representación social si la diabetes mellitus y las hipertensión arterial tienen cura en pacientes del sexo femenino se encontró consolidada que si tiene cura, con una idea núcleo de que es la Fe en Dios y por creencias religiosas, además atribuyen que con medicación natural también puede encontrarse la cura, referían que si cumplen con el tratamiento farmacológico a cabalidad se puede llegar a la cura definitiva de la enfermedad como lo expresaron los entrevistados:

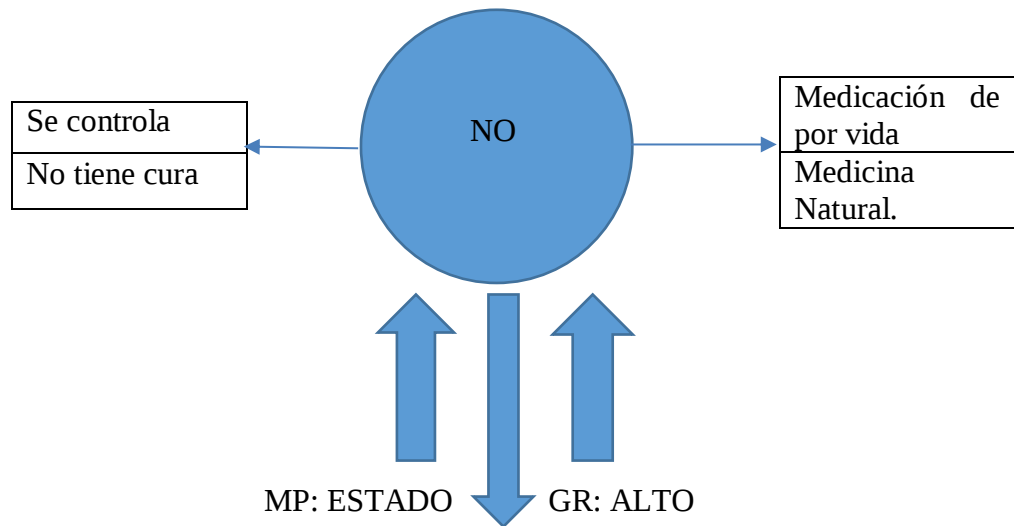
LC043M: *“Si eso si tengo en mi mente que Dios me va a sanar porque todo el tiempo no voy a estar no voy a estar con esto, yo sé que no tiene, pero hay gente que si se ha curado con medicamentos naturales.”*

LC015M: *“No es bueno la fe que tengo es esa, pero siempre mis amigos dicen que esto ya no se cura, que esto sólo se mantiene, yo pienso que el señor es el único, como digo siempre primero el señor y luego el doctor y la medicina esa fe tengo yo.”*

LC012M: *“si yo creo que ya se me va a ir.me dicen que onde no tomo pastillas no se me cura, eso si me han dicho que no tengo que dejar de tomar la pastilla,”*

LC049M: *“me dicen que no. yo digo que tantas medicinas que hay ahorita naturales, pienso que si puede haber”.*

El análisis del discurso con un modo de predica de acción y grado de referencia alta.



APELACION A EXPERIENCIAS DECISIVAS

REPRESENTACION SOCIAL: EN CRECIMIENTO.

Figura 17. Sobre si tienen la creencia de algún día ya no tendrán Hipertensión y o Diabetes en hombres.

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La representación social en el caso de los pacientes del sexo masculino se encontró contrario a las pacientes del sexo femenino, afirmaron que no tienen cura, que solo se logra controlar con la medicación

Los entrevistados expresaron lo siguiente:

LC046H: *“No sé este mi doctor porque a la final dicen que eso es incurable eso no se cura, dicho por los doctores dice que eso no tiene cura.”*

LC039H: *“Tal vez no, Sí no sé qué dirá los doctores pero ya me dijeron que esa pastilla tengo que tomar de por vida.”*

El análisis del discurso con un modo de predica de estado y grado de referencia alta.

Tabla 10
Resumen análisis de discurso guía semiestructurada 1

Categorías	Idea núcleo	Modo de Predica	Grado de referencia	Ideología	Representación social
Percepción de la temporalidad del diagnóstico	Si tienen conocimiento	Acción	Alta	Unicentralidad significativa	Consolidada
Lugar de diagnóstico y personal que informo la enfermedad.	Institución publica Personal de salud	Acción	Alta	Unicentralidad significativa	Consolidada
Sobre el tipo de tratamiento para hipertensión arterial y/o diabetes	Medicamentos dieta ejercicio	Estado	Alto	Unicentralidad significativa	En crecimiento
Sobre la Adherencia al Tratamiento	Si cumple	Estado	Alto	Unicentralidad significativa	En crecimiento
Sobre qué es lo que sabe el paciente sobre la Hipertensión y/o diabetes.	Varias ideas	Estado	Bajo	Consignas de interpretación	En formación
Sobre si la Hipertensión y/o Diabetes está relacionada con otras enfermedades	Dislipemias cardiovascular	Estado	Alto	Unicentralidad significativa	En crecimiento
Sobre el conocimiento de cuáles son las causas de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus en las persona	Causas de la vida cotidiana	Acción	Alta	Unicentralidad significativa	Consolidada
Sobre lo que le pasa a una persona que es hipertensa y/o diabética	Complicacion es cardiovascular es	Acción	Alta	Unicentralidad significativa	Consolidada
Sobre los tratamientos que conoce o que ha escuchado para la Hipertensión y/o Diabetes	Medicamentos del subcentro medicina natural	Estado	Alto	Unicentralidad significativa	En crecimiento
Sobre qué entiende por estar o sentirse enfermo.	Afectacion del estado de animo	Acción	Alta	Unicentralidad significativa	Consolidada
Sobre qué tipo de enfermedades les impiden realizar actividades cotidianas.	Enfermedades osteoarticulare s, hta y diabetes.	Acción	Baja	Consignas de interpretación	En crecimiento

. Sobre si la hipertensión y/o diabetes le hace sentirse enfermo	Si	Acción	Alta	Unicentralidad significativa	Consolidada
Sobre si el tratamiento que lleva le está funcionando	Si, se siente mejor	Acción	Alta	Unicentralidad significativa	Consolidada
Sobre si la hipertensión y o diabetes tiene cura en mujeres.	Si, fe en dios	Acción	Alta	Unicentralidad significativa	Consolidada
Sobre si hipertensión y o diabetes tiene cura en hombres.	No, solo hay control	Estado	Alto	Apelación a experiencias decisivas	En crecimiento

Autores: Ortiz, Javier / Loor, Alfredo. Agosto 2019

4.4 Datos cualitativos sobre las representaciones sociales en el personal de salud

4.4.1 Análisis de información

Se entrevistó al personal de salud de la unidad que atiende en el área de consulta externa de la unidad, con las características de análisis descritas anteriormente con un guía semiestructurada, con universo de 6 Médicos entre ellos tres Médicos generales y tres médicos especialistas en medicina familiar.

4.4.2. Narrativas de atención a personas con Hipertensión arterial y/o Diabetes Mellitus.

Tabla 11

Tiempo que trabaja atendiendo pacientes Diabetes y/o Hipertensos.

INFORMANTE	TIEMPO DE TRABAJO
LCMF01	6 años
LCMF02	3 años
LCMF03	7 años

LCMG01	3 años
LCMG02	2 años
LCMG03	34 años

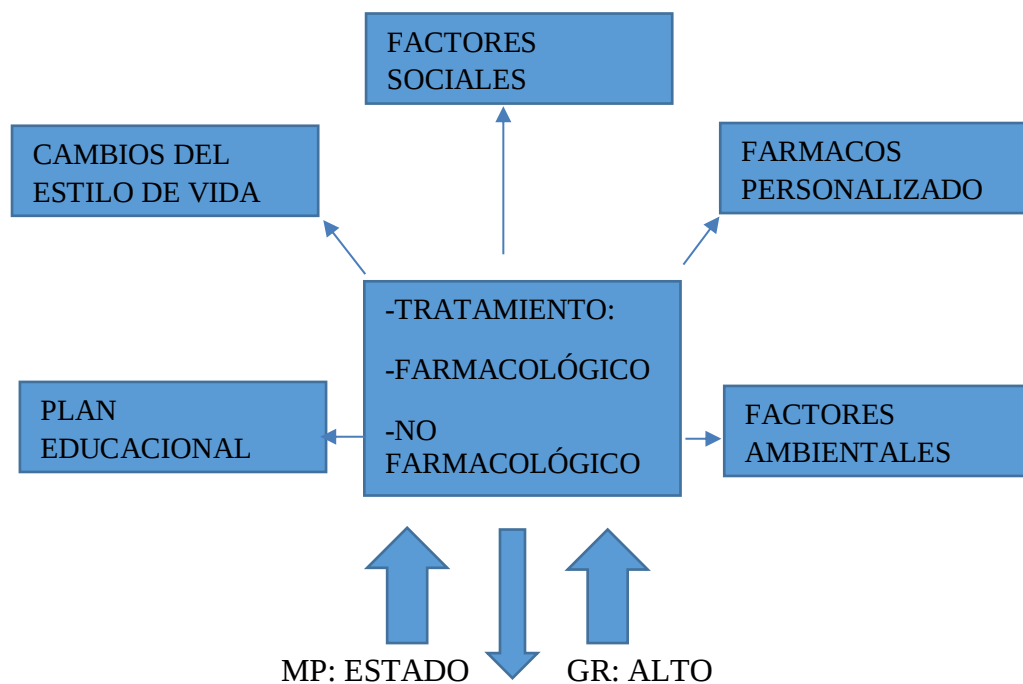
Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”
Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

Tabla 12
Pacientes hipertensos y/o Diabéticos atendidos por día.

INFORMANTE	PACIENTES QUE ATIENDE POR DIA
LCMF01	5
LCMF02	10
LCMF03	4
LCMG01	8
LCMG02	7
LCMG03	5

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”
Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

Se preguntó al personal médico entrevistado de cuantos pacientes hipertensos y/o diabéticos atienden por día en la consulta externa y la referencia principal es que del total de pacientes de la consulta que atienden por día, en promedio la mitad son pacientes que presentan estas comorbilidades.



UNIACENTUALIDAD SIGNIFICATIVA.

Figura 18. Tipo de tratamiento que indica usualmente a pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La idea núcleo para el tratamiento de la hipertensión arterial y la diabetes, fue inicialmente el manejo no farmacológico, como la modificación del estilo de vida, evitar el sedentarismo, cambios nutricionales el análisis de los factores ambientales y sociales, y un tratamiento farmacológico personalizado acorde a las comorbilidades que presente el paciente, como lo expresó el entrevistado:

LCMG01: *“Bueno, primero comenzamos con lo que es el tratamiento para cambiar a hábitos saludables, porque generalmente los pacientes tienen una muy mala alimentación o utilizan bastante preservantes lo que son colorantes, consumen bastante lo que es azúcar, lo que es sal, primero intentamos hacer un poco de*

cambio de vida saludable y después ya vemos el medicamento adecuado para cada uno de los casos.”

El análisis del discurso con un modo de predica de acción y grado de referencia alta, tuvimos un representación social consolidada.

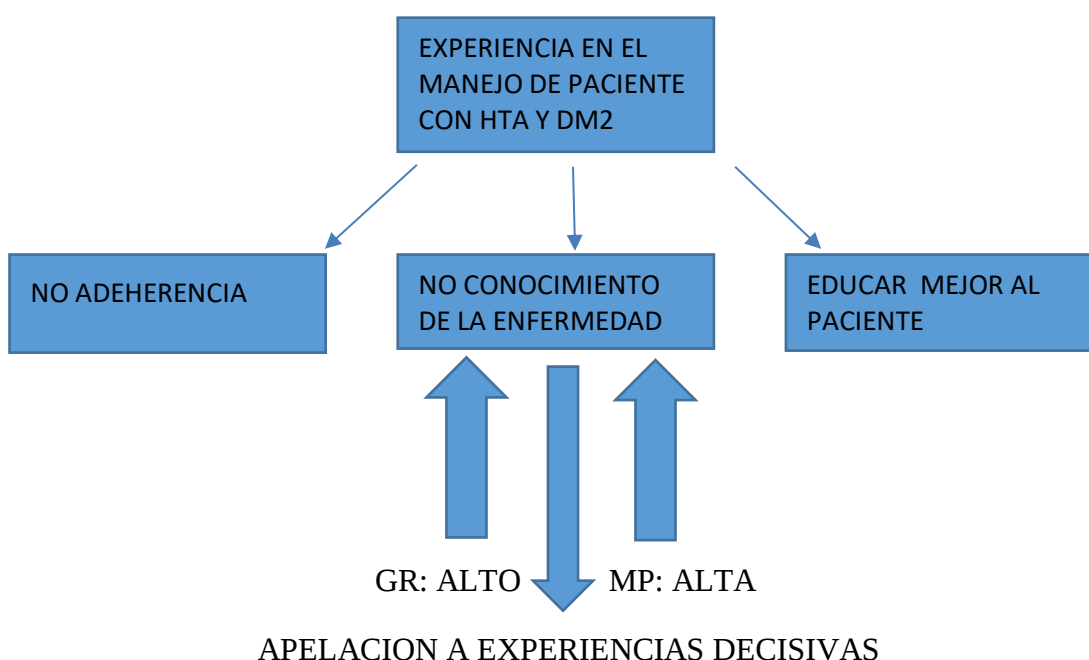


Figura 19. Experiencia personal al tratar pacientes hipertensos y/o diabéticos
 Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”
 Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

Existieron tres ideas núcleo en cuanto a la experiencia en el manejo de los pacientes hipertensos y diabéticos, la primera fue que tienen una mala adherencia al tratamiento, por motivo de que la gran mayoría de estos pacientes son asintomáticos lo cual es causa de abandono como lo expresa el informante:

LCMG01: *“Generalmente los pacientes como no hay una sintomatología en algunos, piensan que es una enfermedad inventada.”*

La segunda causa fue el poco conocimiento que tiene o entiende el paciente con estas enfermedades, asociado al bajo nivel de escolaridad de la localidad, lo que conlleva a complicaciones y a lo anteriormente mencionado la falta de adherencia como lo dice el informante:

LCMF03: *“bueno, este realmente en pacientes crónicos en el medio donde estamos es difícil la parte de la adherencia al tratamiento, combinado a la parte social que envuelve el entorno del paciente y a eso la instrucción, bueno hablo aquí de la concordia si realmente es un poco compleja esta situación por la parte social, tienen muchas otras ideas realmente con la medicina natural o alguna otra agua de alguna hierba que esa le va a ayudar y también hay un poco de no conocimiento de la enfermedad.”*

La tercera idea núcleo que refirieron fue la falta de educación a los pacientes por parte del personal de salud, quienes reconocen como una falencia importante en el acto de la atención médica, y que se debería insistir en poner en práctica un plan educacional adecuado, como lo expresó el informante:

LCMF01: *“Yo creo que los pacientes hipertensos y diabéticos podrían mejorar, si nosotros nos tornáramos un poco más de tiempo en enseñarles ciertos aspectos que no tienen que ver tanto con su medicación solamente, si no también con su estilo de vida si pudiéramos lograr que ellos se centraran en su enfermedad probablemente podríamos lograr mucho más de lo que puede lograr un antihipertensivo o un hipoglucemiante, entonces yo creo que la falencia es esa.*

En el análisis del discurso tuvo un modo de predica de acción con un grado de referencia alta, con una representación social consolidada acorde a la experiencia de los médicos en la atención de pacientes hipertensos y diabéticos con la idea núcleo de falta de adherencia debido al poco conocimiento de la enfermedad que a su vez es originada por falta de una adecuada educación por parte del personal de salud hacia los pacientes.

4.4.3 Caracterización Emic de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus

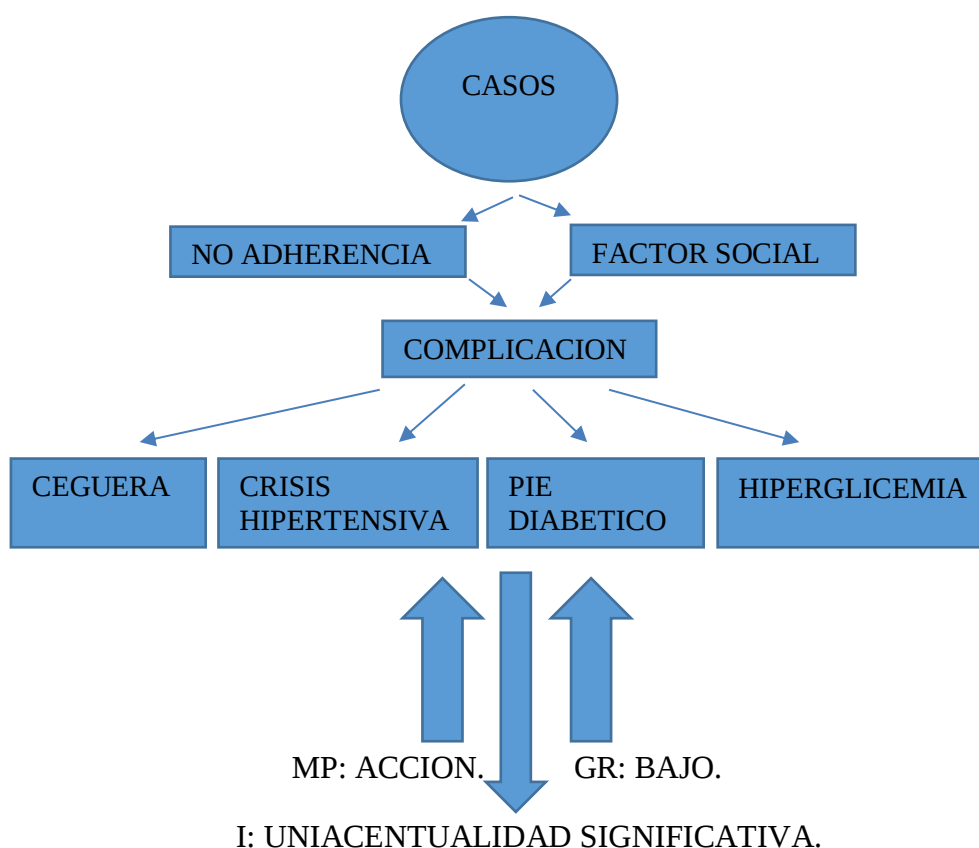


Figura 20. Casos significativos de pacientes hipertensos y/o diabéticos
 Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”
 Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La idea núcleo fue que los médicos asocian los casos significativos con las complicaciones que presentan los pacientes con hipertensión arterial y diabetes

mellitus a causa de falta de adherencia al tratamiento. En el caso de los médicos familiares refirieron que los factores sociales influyen en las complicaciones de los pacientes como lo expresó el informante:

LCMG01: *“Con respecto a los diabéticos si porque había, muchos pacientes que no han querido tomar la medicación, han estado sobre todo como le mencionaba con remedios naturales y de repente han comenzado con ceguera, han comenzado con problemas neurológicos y terminaron en pie diabético y complicaciones”.*

LCMF03: *“Bueno si un paciente diabético que tenía una enfermedad arterial, de inicio habían pulsos en miembros inferiores y al siguiente control ya desaparecieron y el paciente se complicó, realmente era un paciente adulto mayor que nunca siguió al tratamiento y no cumplió con lo que se le indico, porque de igual manera llegó con los familiares a otro tipo de medicina y termino complicándose y a la final tuvo una sepsis y falleció”*

La representación social fue consolidada, el análisis del discurso tuvo un modo de predica de estado y un grado de referencia alto.

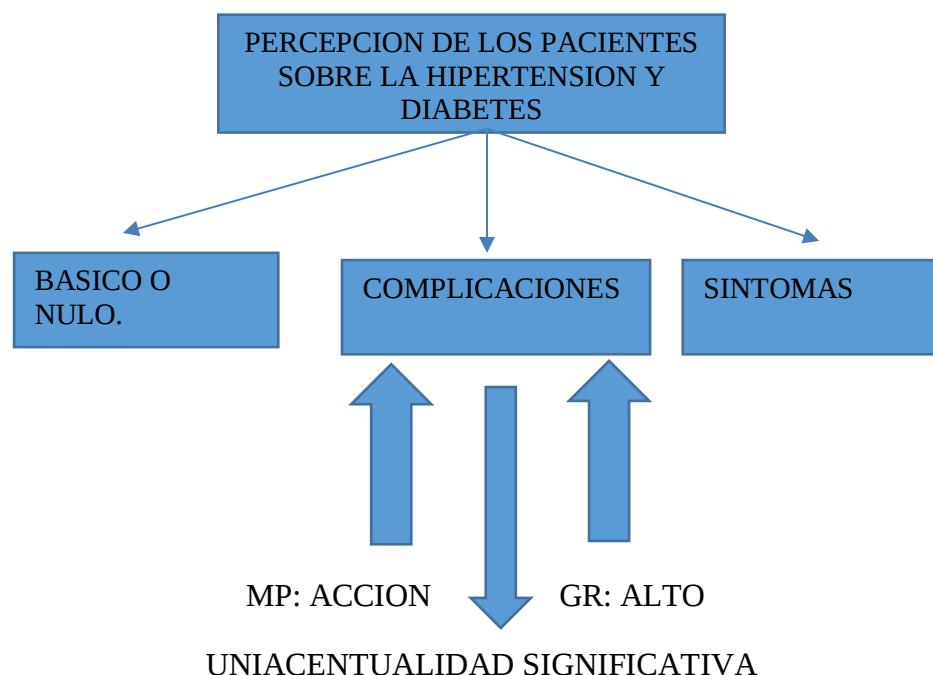


Figura 21. Percepción de lo que saben sus pacientes sobre la hipertensión y/o diabetes

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La idea núcleo de los médicos fue que los pacientes tienen un conocimiento básico acerca de sus enfermedades, refieren que la percepción de los pacientes acerca de la enfermedad son los síntomas que pueden presentar principalmente cuando tienen complicaciones, mas no tienen una idea clara del significado o concepto de la enfermedad, como lo expresó el informante:

LCMF02: *“La gente de aquí de la Concordia en general son gente la mayoría no son gente preparada, la mayoría son del campo, a veces cuando ven los síntomas, cuando ven que su glucosa está elevada vienen diciendo molestias al orinar que les pica sus partes íntimas o porque se le ha bajado la glucosa mucho ven la cosa seria y dicen estoy mal de la glucosa, de la presión, me duele la cabeza, ellos entienden su enfermedad por los síntomas que presenta, me doy cuenta que ahí ven*

como conciencia más o menos las cosas básicas de que la presión alta les puede doler la cabeza o cosas así.”

La representación social en los médicos estuvo consolidada con la idea núcleo que los pacientes tienen poco conocimiento de sus enfermedades. El análisis del discurso con un modo de predica de acción y un grado de referencia alto.

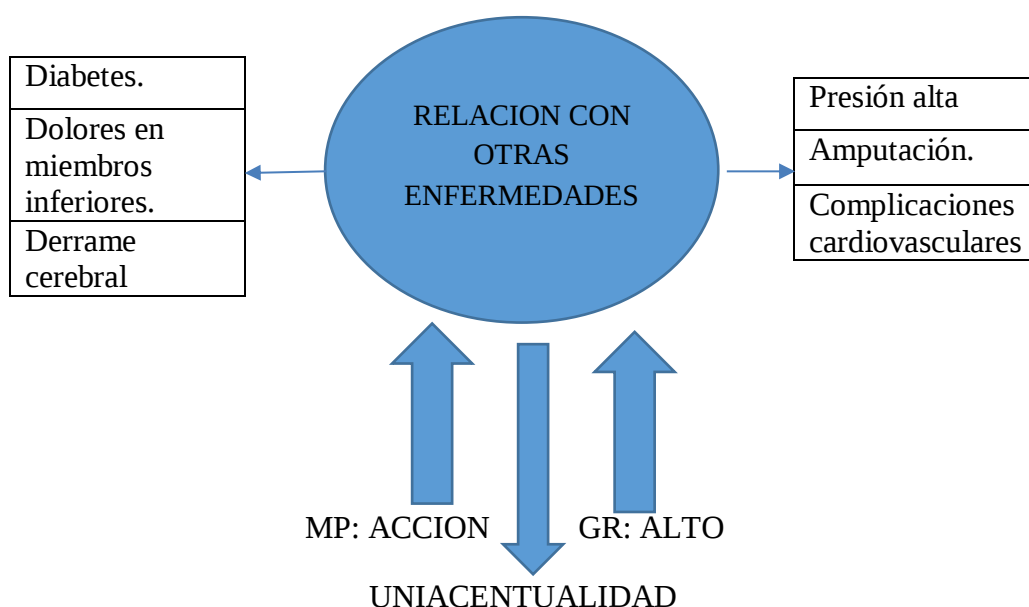


Figura 22. Creencia de los pacientes sobre si la hipertensión y/o diabetes están relacionadas con otras enfermedades

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La idea núcleo en los médicos fue que los pacientes si relacionan a la enfermedad crónica con otras enfermedades principalmente entre diabetes e hipertensión, además manifiestan las complicaciones cardiovasculares más frecuentes como evento cerebro- vasculares como lo expresó el informante:

LCMF02: *“Sí algunos sí por ejemplo las personas que ya tienen hipertensión ellos dicen me puede dar un infarto, eso es malo para el corazón, tienen una relación*

entre la presión con el corazón, o sino también dicen me va a dar un derrame, con eso relacionan a la presión arterial, los diabéticos la mayoría lo relaciona con lo que le cortan los pies las piernas.”



Figura 23. Cuales creen sus pacientes que sean las causas de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus.

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

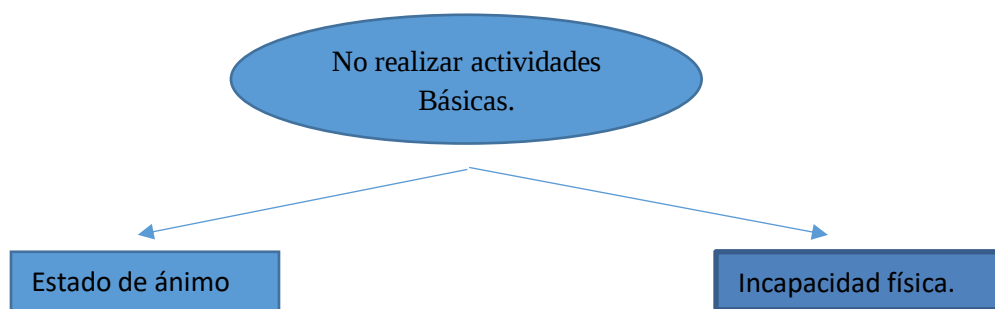
Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019

La idea núcleo fue que los pacientes creen que la causa de la hipertensión arterial y diabetes son las causas cotidianas de las vida con sus variables como no realizar actividad física, una alimentación inadecuada y al estrés ya sea familiar o laboral como lo expresó el informante:

LCMG03: “bueno el paciente si sabe porque sus causas, la primera causa es la alimenticia de ellos, el mal trato, no hacen ejercicio, su vida es ordenada están quietitos viendo televisión nada más entonces ellos conocen ya porque tuvieron diabetes y creo que ellos también transmiten a la gente”

El análisis del discurso con un modo de predica de acción y un grado de referencia alto y una representación social consolidada.

4.4.4 Asociación cultural a seguimiento/control de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus



MP: ACCION GR: ALTO

UNIACENTUALIDAD SIGNIFICATIVA.

Figura 24. Que entienden sus pacientes por estar o sentirse enfermos.

Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019

La idea núcleo fue que los pacientes entienden que estar enfermo es no poder realizar las actividades cotidianas o básicas, por afectación del estado de ánimo o cualquier complicación que provoque alteraciones físicas, como lo expresa el informante:

LCMF01: *“Ellos los vinculan con el hecho de no poder hacer sus actividades lo que antes hacían, con algún dolor a nivel corporal he también lo vinculan con eso de no tener ganas de vivir, de hacer sus cosas sus utilidades de ya no querer hacer nada”.*

El análisis del discurso con un modo de predica de acción y un grado de referencia alto y una representación social consolidada.



MP: ACCION GR: ALTO

UNIACENTUALIDAD SIGNIFICATIVA.

Figura 25. Entienden sus pacientes la hipertensión y/o diabetes como una enfermedad.

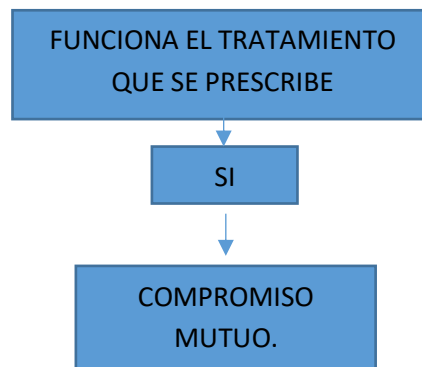
Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La idea núcleo fue que los pacientes si entienden que la hipertensión arterial y la diabetes son enfermedades crónicas, pero la relacionan solo si existen sintomatologías o complicaciones, uno de los motivos en la falta de adherencia al tratamiento fue no presentar síntomas como se evidencia en el análisis cuantitativo de datos , el siguiente informante expresó lo siguiente:

LCMF02: “Ellos se entiende hipertensión como una enfermedad, Aunque la mayoría no tiene claro la definición, la mayoría vienen a la consulta cuando ya están descompensados y ya tienen otros síntomas ellos no la toman en serio a su enfermedad si no como algo que se puede curar, ellos no asumen su papel de ser responsables o conscientes con su salud.”

El análisis del discurso fue un modo de predica de acción y un grado de referencia alto y una representación social consolidada.



MP: ACCION GR: ALTO

UNIACENTUALIDAD SIGNIFICATIVA.

Figura 26. Cree que el tratamiento que usted prescribe funciona.
Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”
Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019

La idea núcleo fue que el tratamiento que se prescribe si funcionaba, siempre y cuando exista un compromiso mutuo del parte del médico y del paciente, por parte del médico realizar un manejo integral e individualizado que conlleve seguimiento y control de la enfermedad, y por parte del paciente la adherencia a las medidas indicadas por el médico, como lo expresó el informante:

LCMF01: *“El tratamiento podríamos decir que si funciona o funcionaria si hubiera una correlación entre las dos partes es decir que la medicación sea optima en el sentido que el paciente la tome como lo debe ser y que el paciente así mismo nos ayude en el control de su vida diaria porque generalmente y hemos visto que le damos la medicación al paciente y es gratuita y de repente tenemos también que los hábitos alimenticios no han mejorado nada que han aumentado de peso que han tenido problemas neurológicos.”*

El análisis del discurso con un modo de predica de acción y un grado de referencia alto y una representación social consolidada.



MP: ACCION GR: ALTO

UNIACENTUALIDAD SIGNIFICATIVA.

Figura 27. Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones.
 Fuente: Entrevistados del Centro de Salud Tipo C “La Concordia”
 Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

La idea núcleo en los médicos fue que la mayoría de pacientes se adhieren a las recomendaciones prescritas por el médico, especialmente al tratamiento farmacológico, pero por las costumbres arraigadas de los pacientes es difícil lograr que cambien sus estilos de vida como lo expresó el informante:

LCMG01: “La mayoría intentamos hacer que sigan las recomendaciones, lamentablemente son gente que es bastante apegada a costumbres y eso es bastante difícil de sacar uno le puede decir a una persona no coma, que le va hacer daño y lo ha comida toda la vida que no nos va hacer caso, entonces es preferible decirle que lo coma pero en muy pocas cantidades para intentar reducir lo que se pueda.

El análisis del discurso con un modo de predica de estado y un grado de referencia alto y una representación social en crecimiento.

Tabla 13
Resumen de análisis de discurso del personal de salud

Categoría	Idea Núcleo	Modo de predica	Grado de referencia.	Ideología.	Representación social
Tipo de tratamiento que indica usualmente a pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes	Tratamiento farmacológico y cambios del estilo de vida	Acción	Alta	Uniacentualidad Significativa	Consolidada.
Experiencia personal al tratar pacientes hipertensos y/o diabéticos	Mala adherencia No conocimiento de la enfermedad	Acción	Alta	Apelación a experiencias decisivas	Consolidada.
Casos significativos de pacientes hipertensos y/o diabéticos	Complicaciones por no adherencia al tratamiento	Acción	Alta	Uniacentualidad Significativa	Consolidada.
Percepción de lo que saben sus pacientes sobre la hipertensión y/o diabetes	Conocimiento básico	Acción	Alta	Uniacentualidad significativa	Consolidada.
Creencia de los pacientes sobre si la hipertensión y/o diabetes están relacionadas con otras enfermedades	Complicaciones cardiovasculares	Acción	Alta	Uniacentualidad significativa	Consolidada.
Cuales creen que sus pacientes que sean las causas de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus.	Causas cotidianas de la vida	Acción	Estado	Uniacentualidad significativa	Consolidada.
Que entienden sus pacientes por estar o sentirse enfermos.	No realizar actividades básicas	Acción	Estado	Uniacentualidad significativa	Consolidada.
Cree que el tratamiento que usted prescribe funciona.	Si el compromiso es mutuo	Acción	Estado	Uniacentualidad significativa	Consolidada.
Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones.	Si el farmacológico, no cambios de estilo de vida	Acción.	Estado.	Uniacentualidad significativa.	Consolidada.

Autores: Ortiz Luis/Loor Praudo, Agosto 2019.

Tabla 14.

Análisis comparativo del discurso, de las representaciones sociales de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus entre los pacientes y el personal de salud.

Categorías.	Pacientes.		Médicos.	
	Idea Núcleo	Representación social	Idea Núcleo	Representación social
Sobre el tipo de tratamiento para hipertensión arterial y/o diabetes	Medicamentos, dieta y ejercicio	En Crecimiento.	Tratamiento farmacológico y cambios del estilo de vida.	Consolidada.
Sobre la Adherencia al Tratamiento	Si cumple el farmacológico , no cambios de estilos de vida	En crecimiento.	Si el farmacológico, no cambios de estilo de vida.	Consolidada.
Sobre qué es lo que sabe el paciente sobre la Hipertensión y/o diabetes.	Varias ideas distorsionadas.	En formación	Conocimiento básico.	Consolidada.
Sobre si la Hipertensión y/o Diabetes está relacionada con otras enfermedades	Dislipidemias. cardiovascular	En crecimiento	Complicaciones cardiovasculares.	Consolidada.
Sobre el conocimiento de cuáles son las causas de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus en las persona	Causas de la vida cotidiana.	Consolidada.	Causas cotidianas de la vida.	Consolidada.
Sobre qué entiende por estar o sentirse enfermo.	Afectación del estado de ánimo, incapacidad física.	Consolidada.	No realizar actividades básicas.	Consolidada.
Sobre si el tratamiento que lleva le está funcionando	Si, se siente mejor.	Consolidada.	Si, si el compromiso es mutuo.	Consolidada.

Autores: Ortiz, Javier / Loor, Alfredo. Agosto 2019

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Se evidencio un porcentaje considerable de falta de adherencia terapéutica (46,52%) en comparación con quienes tuvieron buena adherencia (53,48%) (*Tabla 4*), este porcentaje se mantiene entre los valores descritos en la bibliografía que describen en países en vías de desarrollo como el nuestro una adherencia que no llega ni al 50 % de los tratamientos (Del Duca et al., 2013).

Se encontró diferencias en la proporción de pacientes con deterioro cognitivo que presentaron falta de adherencia con quienes no lo presentaron ($X^2= 9,28$, $p=0,002$), quienes tuvieron falta de adherencia mostraron mayor deterioro cognitivo (70,59%) que quienes no la tuvieron (29,41%).

Las personas con falta de adherencia tienen 3,26 veces mayor probabilidad de presentar deterioro cognitivo $PR=3,26$ con (IC 95% 1,48-7,20), con datos que se pueden extrapolar a nuestro universo.

La relación porcentual se encuentra dentro del estimado en una revisión sistemática donde la falta de adherencia terapéutica varió de (62% a 89,3%) en pacientes con deterioro cognitivo (Smith et al., 2017).

Se encontró 10 familias disfuncionales que presentaron deterioro cognitivo, y esta disfuncionalidad familiar represento un alto riesgo para el deterioro cognitivo, siendo 5,86 veces más probable que presente esta patología $PR=5,86$ con (IC 95% 2,31-14,83).

Estos datos se relacionan con un estudio donde el mayor apoyo emocional fue un predictor significativo de una mejor función cognitiva en el seguimiento de 7.5 años, controlando la función cognitiva basal y los conocidos predictores sociodemográficos, conductuales, psicológicos y del estado de salud del envejecimiento cognitivo (Seeman, Lusignolo, Albert, & Berkman, 2001).

Entre los datos sociodemográficos con el deterioro cognitivo se evidencio una relación significativa con: la edad anciana ($X^2= 27,29$; $p<0,001$), teniendo 11,59 veces mayor probabilidad de presentar deterioro cognitivo (PR=11,59; IC 95% 3,92-34,19); ninguna instrucción ($X^2= 35,34$; $p<0,001$), teniendo 11,51 veces mayor probabilidad de presentar deterioro cognitivo (PR=11,51; IC 95% 4,49-29,47); ninguna ocupación ($X^2= 26,97$; $p<0,001$), teniendo 7,03 veces mayor probabilidad de presentar deterioro cognitivo (PR=7,03; IC 95% 3,13-15,74) y con vivir solo ($X^2=8,16$; $p=0,004$), teniendo 6,40 veces mayor probabilidad de presentar deterioro cognitivo (PR=6,40; IC 95% 1,51-26,96). Estos datos se pueden relacionar con lo anterior descrito sobre el apoyo emocional como predictor de función cognitiva, es interesante considerar estos factores de riesgo para futuros estudios sociodemográficos relacionados con el deterioro cognitivo.

Entre los datos sociodemográficos con la falta de adherencia ninguna de las variables apporto con un valor estadísticamente significativo que se pueda extrapolar a nuestro universo.

Entre los datos sociodemográficos con disfunción familiar se evidencio una relación significativa con: ninguna instrucción ($X^2= 11,85$; $p<0,001$), teniendo 5,22 veces mayor probabilidad de presentar disfuncionalidad familiar (PR=5,22; IC 95%

1,87-14,54), ninguna ocupación ($X^2= 6,17$; $p=0,012$), teniendo 3,14 veces mayor probabilidad de presentar disfuncionalidad familiar ($PR=3,14$; IC 95% 1,22-8,06) y vivir solo ($X^2= 38,90$; $p<0,001$), teniendo 36,17 veces mayor probabilidad de presentar disfuncionalidad familiar ($PR=36,17$; IC 95% 6,77-193,14). Es interesante identificar estos factores de riesgo como determinantes de disfuncionalidad familiar ya que nos abre varias posibilidades para realizar nuevos estudios sociodemográficos y afianzar estos resultados.

Desde la teoría de las representaciones sociales, el presente estudio es un aporte sobre los significados que elaboran los pacientes acerca de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Las representaciones sociales del estudio coinciden, en general, con otros estudios en los que se investigaron los significados y creencias de los pacientes (Arrieta-Pérez y Garfías-Jiménez, 2010; Baumann y Leventhal, 1985; Beune, Haafkens, Schuster y Bindels, 2006; Granados, Roales-Nieto, Moreno y Ybarra, 2006). En dichos proyectos, destacan que las causas de la enfermedad residen en el estrés y en las emociones negativas que padecen a nivel habitual.

Estos significados deben ser tomados en cuenta por los profesionales de la salud, quienes, en ocasiones, no toman en consideración las creencias de las personas respecto al proceso de salud-enfermedad y enfocan el trastorno predominantemente desde los factores biológicos, desestimando los aspectos de carácter psicosocial y cultural (Torres-López, 2002).

Sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico, los pacientes reconocieron que no los practican porque les resultaba difícil cambiar sus hábitos dietéticos y actividad física por falta de tiempo y recursos económicos. Estos datos se relaciona con los trabajos de (Silva et al. 2008) y (Barón, Soto y Tobo 2012) que demostraron que los pacientes hipertensos presentaban dificultades en la adherencia terapéutica, ya que las obligaciones familiares consumían el tiempo que debían dedicar a su tratamiento.

Es decir, los conocimientos sobre los cambios de estilo de vida para los pacientes con hipertensión y/o diabetes son ajenos y no logran establecerse en los hábitos cotidianos; por lo que constituyen una representación social en crecimiento.

Sobre el apoyo familiar en el tratamiento se evidencio una representación social consolidada de que influye en la adherencia, ya que se considera que la familia constituye un apoyo importante para el paciente, por lo que su tratamiento adecuado o su descompensación metabólica estaría directamente relacionado con el tipo de apoyo familiar (Cifuentes y Yefi, 2005).

En el análisis de las representaciones sociales del personal de salud sobre la adherencia al tratamiento existió una representación social consolidada de una relación entre adherencia al tratamiento y la disfunción familiar con las complicaciones que los pacientes presentaban; relacionando estos datos con la información proporcionada por (Sabaté, 2004) donde se establece que el incumplimiento del tratamiento es el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Tanto la falta de adherencia como la disfuncionalidad familiar aumentan la probabilidad de presentar deterioro cognitivo.

La falta de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 se explica según representaciones sociales aun en crecimiento en pacientes de no poder cumplir las indicaciones no farmacológicas, o por información consolidada sobre las causas de estas patologías.

En pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 predominó la familia funcional lo cual es percibido por los pacientes como una representación social consolidada de apoyo para el seguimiento terapéutico, concluyendo que al disminuir la disfuncionalidad familiar se lograría reducir la probabilidad de falta de adherencia terapéutica.

Al considerar la prevalencia de deterioro cognitivo se concluye que existe población no diagnosticada que tendría que ser atendida oportunamente.

Entre los médicos existen representaciones sociales que asocian la falta de adherencia y la disfuncionalidad familiar con las complicaciones que presentan los pacientes.

Recomendaciones

Al centro de salud La Concordia:

Trabajar en un proyecto de intervención para reducir la falta de adherencia terapéutica considerando los diferentes factores que intervienen.

Al personal médico:

Realizar un adecuado tamizaje de falta de adherencia terapéutica, disfuncionalidad familiar y deterioro cognitivo.

Contar con un programa de capacitación continua en el manejo de enfermedades crónicas.

El médico debe reconocer las representaciones sociales que existen de la HTA y DM para negociar con el paciente las pautas terapéuticas y el seguimiento de la enfermedad.

Favorecer el trabajo interdisciplinario, mediante la integración de profesionales de otras áreas, como salud mental y trabajo social, con el objeto de lograr un abordaje integral.

A la población:

Es preciso involucrar a la familia en el cuidado de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus.

GLOSARIO DE TERMINOS

Bi bi: Bi glicem, medicamento hipoglucemiante oral.

Diabetis: Diabetes mellitus.

Presión: hipertensión arterial.

Llaga: Ulcera cutánea.

Derrame: Enfermedad vascular encefálica.

Agüita aromática: té.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Montejo, C., Zapata-Vázquez, R., López-Ramón, C., & Zurita-Zarracino, E. (2018). Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematológicas. *Horizonte Sanitario*, 17(3), 235–240.
- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K., & et al. (2002). Effects of Cognitive Training Interventions With Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Jama*, 288(18), 2271–2281. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139175982>
- Caracciolo, B., Gatz, M., Xu, W., Marengoni, A., Pedersen, N. L., & Fratiglioni, L. (2013). Relationship of subjective cognitive impairment and cognitive impairment no dementia to chronic disease and multimorbidity in a nation-wide twin study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 36(2), 275–284. <https://doi.org/10.3233/JAD-122050>
- Ceral, J., Habrdova, V., Vorisek, V., Bima, M., Pelouch, R., & Solar, M. (2011). Difficult-to-control arterial hypertension or uncooperative patients the assessment of serum antihypertensive drug levels to differentiate non-responsiveness from non-adherence to recommended therapy. *Hypertension Research*, 34(1), 87–90. <https://doi.org/10.1038/hr.2010.183>
- Cooper, C., Carpenter, I., Katona, C., Schroll, M., Wagner, C., Fialova, D., & Livingston, G. (2005). The AdHOC study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(12), 1067–1076. <https://doi.org/10.1097/00019442-200512000-00006>
- Del Duca, M., Gallegos, Y., Da Col, G., & Trenchi, M. N. (2013). Adherencia al Tratamiento desde la perspectiva del Médico de Familia. *Biomedicina*, 8(1), 6–15.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Treatment adherence and persistence: Causes, consequences and improvement strategies. *Atencion Primaria*, 41(6), 342–348. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
- Garza Elizondo, T., & Gutiérrez herrera, R. (2015). *Trabajo con familias: Abordaje médico e integral* (Editorial). México.
- Gómez-Clavelina, F., Irigoyen-Coria, A., & Ponce-Rosas, E. (1999). *Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar* (pp. 45–57). pp. 45–57. Retrieved from http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_127-139
- Horne, R., Chapman, S. C. E., Parham, R., Freemantle, N., Forbes, A., & Cooper, V. (2013). Understanding patients' adherence-related Beliefs about Medicines prescribed for long-term conditions: A meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS ONE*, 8(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080633>

- Huertas-Vieco, M. P., Pérez-García, R., Albalade, M., de Sequera, P., Ortega, M., Puerta, M., ... Alcázar, R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología*, 34(6), 1035–1043. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12477>
- Koekkoek, P. S., Kappelle, L. J., van den Berg, E., Rutten, G. E. H. M., & Biessels, G. J. (2015). Cognitive function in patients with diabetes mellitus: Guidance for daily care. *The Lancet Neurology*, 14(3), 329–340. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70249-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70249-2)
- López-Romero, L. A., Romero-Guevara, S. L., Parra, D. I., & Rojas-Sánchez, L. Z. (2016). Adherencia Al Tratamiento: Concepto Y Medición. *Hacia La Promoción de La Salud*, 21(1), 117–137. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.10>
- Martín Zurro, A., Cano Pérez, J., & Gené Badia, J. (2014). *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia* (Elsevier). Retrieved from <http://weekly.cnbnnews.com/news/article.html?no=124000>
- Martire, L. M., Lustig, A. P., Schulz, R., Miller, G. E., & Helgeson, V. S. (2004). Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology*, 23(6), 599–611. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.6.599>
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, (2), 1–25. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n2.55>
- Moyer, V. (2014). Annals of Internal Medicine Clinical Guideline Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 159(5), 1–10. <https://doi.org/10.7326/M14-1981>
- Oliva, P., & Narváez, C. (2010). Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche. *Revista Chilena de Salud Pública*, 13(2), 67–71. <https://doi.org/10.5354/0717-3652.2009.593>
- Pérez-Escamilla, B., Franco-Trigo, L., Moullin, J. C., Martínez-Martínez, F., & García-Corpas, J. P. (2015). Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. *Patient Preference and Adherence*, 9, 569–578. <https://doi.org/10.2147/PPA.S76139>
- Pisano González, M. M., & González Pisano, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin*, 24(1), 59–66. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.006>
- Puigdemont N, & Valverde I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*, 59(3), 163–172. <https://doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>
- Rodríguez Chamorro, M. A., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez Chamorro, A., & Faus, M. J. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento

terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*, 40(8), 413–417.

- Sabaté, E. (2004). ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO Pruebas para la acción. *Organización Mundial de La Salud (OMS)*, 127–132. Retrieved from http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
- Sanjoaquin, A., Fernández, A., Maria, M., & Garcia, E. (2007). Valoración Geriátrica Integral. *Tratado de Geriátrica Para Residentes*, 59–68.
- Smith, D., Lovell, J., Weller, C., Kennedy, B., Winbolt, M., Young, C., & Ibrahim, J. (2017). A systematic review of medication nonadherence in persons with dementia or cognitive impairment. *PLoS ONE*, 12(2), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170651>
- Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Thumé, E., Facchini, L. A., de França, G. V. A., & Mengue, S. S. (2013). Factors associated with low adherence to medication in older adults. *Revista de Saude Publica*, 47(6), 1092–1101. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>
- Vega Alonso, T., Miralles Espí, M., Mangas Reina, J. M., Castrillejo Pérez, D., Rivas Pérez, A. I., Gil Costa, M., ... Fragua Gil, M. (2018). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*, 33(8), 491–498. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.10.002>

ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres con enfermedades crónicas no transmisibles hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que se atienden y están registradas en el Centro de Salud tipo C “La Concordia” y se les invita a participar en un proyecto de investigación que aborda el siguiente tema **“Falta de adherencia al tratamiento, disfuncionalidad familiar y su relación con el área cognitiva de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, atendidos en la ciudad de La Concordia, en el área de consulta externa del Centro de Salud tipo C “La Concordia” durante el periodo comprendido entre Marzo a Julio del 2019”**.

Ortiz Chiguano Luis Javier, Médico Postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo.
Llor Monar Praudo Alfredo, Médico Postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo
Director de la Disertación: Dr. José Sola.

PARTE I: Información

Introducción

Le vamos a dar información e invitarle a participar de este proyecto. No tiene que decidir hoy si participará o no. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya alguna palabra que no entienda, por favor nos la comunica para darnos tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede realizarlas a cualquiera de nosotros.

Propósito

El propósito de la investigación es determinar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento, funcionalidad familiar y el área cognitiva de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Dicha investigación utilizará como instrumentos varios cuestionarios que recolectarán datos demográficos así como también datos sobre la enfermedad que usted posee y que se desea investigar.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluirá una serie de encuestas y entrevistas.

Selección de participantes

Estamos invitando a todos los adultos mayores de 65 años con enfermedades crónicas no transmisibles hipertensión arterial y diabetes mellitus 2, atendidos en la ciudad de La Concordia, en el área de consulta externa del Centro de Salud tipo C “La Concordia”

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. En caso de que usted decida no participar, no existirá ninguna consecuencia. Si decide participar en el estudio, y posteriormente decide retirarse del mismo, lo puede hacer en cualquier momento de la investigación, pudiendo informar o no las razones de su decisión, dicha decisión será respetada por el equipo de investigadores.

Procedimientos y Protocolo

Para el caso de los pacientes la encuesta y/o entrevista será realizada en un lugar previamente concretado entre la partes, se realizará previa información y consentimiento informado, se identificará a los entrevistados con un código para guardar el principio de confidencialidad. Todas las entrevistas se grabarán en formatos audio-digitales y habrá un registro escrito y fotográfico sobre el trabajo de campo.

Duración

Dependiendo de la circunstancia, la entrevista podrá realizarse en uno o varios momentos la misma que tomará un tiempo estimado de 40 min cada una.

Efectos Secundarios

El presente estudio no presenta efectos secundarios para su salud física o mental.

Riesgos

El presente estudio no presenta riesgos biológicos ni fisiológicos para usted.

Molestias

Podría eventualmente sentirse incómodo con alguna pregunta. Puede requerir más tiempo que una atención habitual.

Beneficios Potenciales:

Contribuir a una investigación que podría aportar información necesaria, sentir que participa activamente en la atención médica.

Costos, incentivos o recompensas

Usted no pagará ningún valor por su participación, tampoco recibirá pagos ni recompensas por participar.

Confidencialidad

Esta investigación preserva la confidencialidad de la identidad del participante; los datos obtenidos serán publicados o difundidos con propósitos profesionales e investigativos, se presentarán en forma consolidada, sin identificación de los participantes.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, se puede contactar con: Javier Ortiz, 0982588118, javier-676@hotmail.com o Alfredo Loor, 0985214611, prau_loor@yahoo.es.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado/a a participar en la investigación denominada **“Falta de adherencia al tratamiento, disfuncionalidad familiar y su relación con el área cognitiva de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, atendidos en la ciudad de La Concordia, en el área de consulta externa del Centro de Salud tipo C “La Concordia” durante el periodo comprendido entre Marzo a Julio del 2019”**. Entiendo que se recolectarán datos sobre mi persona y mi enfermedad. Se me ha proporcionado el nombre de los investigadores que pueden ser fácilmente contactados usando el nombre y la dirección de correo electrónico. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento. El motivo de esa decisión puedo comunicarla o no al equipo de investigación, decisión que será respetada.

Nombre del participante _____

Cedula _____

Firma _____

Fecha _____

Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____

Huella dactilar del participante:

Firma del testigo _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Anexo 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a médicos generales, postgradistas y especialistas en medicina familiar y comunitaria que atienden a hombres y mujeres con enfermedades crónicas no transmisibles hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 en el Centro de Salud tipo C “La Concordia” y se les invita a participar en un proyecto de investigación que aborda el siguiente tema **“Falta de adherencia al tratamiento, disfuncionalidad familiar y su relación con el área cognitiva de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, atendidos en la ciudad de La Concordia, en el área de consulta externa del Centro de Salud tipo C “La Concordia” durante el periodo comprendido entre Marzo a Julio del 2019”**.

Ortiz Chiguano Luis Javier, Médico Postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo.
Llor Monar Praudo Alfredo, Médico Postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo
Director de la Disertación: Dr. José Sola.

PARTE I: Información

Introducción

Le vamos a dar información e invitarle a participar de este proyecto. No tiene que decidir hoy si participará o no. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya alguna palabra que no entienda, por favor nos la comunica para darnos tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede realizarlas a cualquiera de nosotros.

Propósito

El propósito de la investigación es determinar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento, funcionalidad familiar y el área cognitiva de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Dicha investigación utilizará como instrumentos varios cuestionarios y entrevistas que recolectarán datos demográficos así como también datos sobre la enfermedad que sus pacientes poseen y que se desea investigar.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluirá una serie de encuestas y entrevistas.

Selección de participantes

Estamos invitando a todos los médicos generales, postgradistas y especialistas en medicina familiar y comunitaria que atienden a hombres y mujeres con enfermedades crónicas no transmisibles hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 en el Centro de Salud tipo C “La Concordia”

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. En caso de que usted decida no participar, no existirá ninguna consecuencia. Si decide participar en el estudio, y posteriormente decide retirarse del mismo, lo puede hacer en cualquier momento de la investigación, pudiendo informar o no las razones de su decisión, dicha decisión será respetada por el equipo de investigadores.

Procedimientos y Protocolo

Para el caso de los médicos la entrevista será realizada en un lugar previamente concretado entre la partes, se realizará previa información y consentimiento informado, se identificará a los entrevistados con un código para guardar el principio de confidencialidad. Todas las entrevistas se grabarán en formatos audio-digitales y habrá un registro escrito y fotográfico sobre el trabajo de campo.

Duración

Dependiendo de la circunstancia, la entrevista podrá realizarse en uno o varios momentos la misma que tomará un tiempo estimado de 40 min cada una.

Efectos Secundarios

El presente estudio no presenta efectos secundarios para su salud física o mental.

Riesgos

El presente estudio no presenta riesgos biológicos ni fisiológicos para usted.

Molestias

Podría eventualmente sentirse incómodo con alguna pregunta.

Beneficios Potenciales:

Contribuir a una investigación que podría aportar información necesaria.

Costos, incentivos o recompensas

Usted no pagará ningún valor por su participación, tampoco recibirá pagos ni recompensas por participar.

Confidencialidad

Esta investigación preserva la confidencialidad de la identidad del participante; los datos obtenidos serán publicados o difundidos con propósitos profesionales e investigativos, se presentarán en forma consolidada, sin identificación de los participantes.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, se puede contactar con: Javier Ortiz, 0982588118, javier-676@hotmail.com o Alfredo Loor, 0985214611, prau_loor@yahoo.es.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado/a a participar en la investigación denominada **“Falta de adherencia al tratamiento, disfuncionalidad familiar y su relación con el área cognitiva de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, atendidos en la ciudad de La Concordia, en el área de consulta externa del Centro de Salud tipo C “La Concordia” durante el periodo comprendido entre Marzo a Julio del 2019”**. Entiendo que se recolectarán datos sobre mi persona y las enfermedades no transmisibles de los pacientes que atiendo a diario. Se me ha proporcionado el nombre de los investigadores que pueden ser fácilmente contactados usando el nombre y la dirección de correo electrónico. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento. El motivo de esa decisión puedo comunicarla o no al equipo de investigación, decisión que será respetada.

Nombre del participante _____

Cedula _____

Firma _____

Fecha _____

Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____

Huella dactilar del participante:

Firma del testigo _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Anexo 3

Test de Haynes y Sackett

Cuestionario de comunicación de autocumplimiento de Haynes y Sackett

1. La mayoría de las personas, por una u otra razón, tienen dificultad en tomar medicamentos.
¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?
Sí ☐ No ☐
2. Para los que responden que no tienen dificultad, se insiste: ¿los toma?
Todos los días ☐ Muchos días ☐ Algunos días ☐
3. Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos. ¿por qué no me comenta cómo le va a usted? (recoger lo que diga el paciente)

Anexo 4

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC-30)

Paciente.....Edad.....Religion.....

Ocupación.....Instrucción.....Habitantes.....

Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

Dígame el día.....Numero.....Mes.....invierno/verano.....Año..... ___5

• Dígame el nombre del subcentro.....

Sector del subcentro.....Ciudad.....Provincia.....Pais..... ___5

FIJACIÓN

• Repita estas tres palabras: pelota, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) ___3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 monedas y me va dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? ___5

MEMORIA DE EVOCACIÓN

• ¿Recuerda las tres palabras de antes? ___3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un esfero. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj ___2

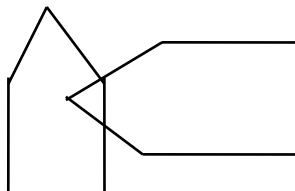
• Repita esta frase: En un trigal había cinco perros ___1

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa ___3

• Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS ___1

• Escriba una frase que tenga sentido ___1

• Copie este dibujo ___1



Puntuación máxima 30.
Punto de corte para déficit cognitivo 22/23

Anexo 5

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL

Consigna: 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.

	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la felicidad.					
3. En mi familia cada uno cumple sus deberes.					
4. Las manifestaciones de amor forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin mentiras, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración la forma de vivir de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen los oficios de forma que nadie esté cansado.					
10. Las tradiciones familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin miedo.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por la familia.					
14. Nos demostramos el amor que nos tenemos					

Casi siempre = 5; muchas veces = 4; a veces = 3; pocas veces = 2; casi nunca = 1
Según los puntajes alcanzados, las familias podrán clasificarse como funcionales o disfuncionales. Así:

Familia Funcional: 57 a 70 puntos.

Moderadamente Funcional: 43 a 56 puntos.

Disfuncional: 28 a 42 puntos.

Severamente disfuncional: 14 a 27 puntos.

Anexo 6. 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		
Número de personas que viven en su casa		
Tipo de familia		
Tipo de residencia ²		
Tipo de aseguramiento (IESS, MSP, ISSPOL, ISFFAA, Privado....)		
Religión		
Nivel instruccional		
Ocupación		
ITEM	NARRATIVAS DE HISTORIAL CLÍNICO HTA () Y/O DM2 ()	
	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron hipertensión y/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 y/o diabetes?	
	¿Siguió el tratamiento recomendado que le indicaron?	
ITEM	CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA HTA () Y/O DM2 ()	
	Con sus propias palabras, cuénteme qué es lo que sabe usted sobre la hipertensión y/o diabetes. + Explorar qué sabía la persona antes y después de su diagnóstico. Quién, cuándo, dónde.	
	En su opinión, ¿está la hipertensión y/o diabetes relacionada con otras enfermedades? Sí. ¿Con cuáles? No. Explorar razones.	
	¿Cuáles cree usted que sean las causas de la hipertensión arterial y/o diabetes mellitus en las personas?	
	¿Qué le pasa a una persona que es hipertensa y/o diabética? + 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 y/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 () Y/O 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 y/o 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 y/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 y/o diabetes? + Explorar si la hipertensión y/o diabetes tienen una cura. + Explorar las referencias de la hipertensión y/o diabetes como "enfermedad llevadera".	

² La o el investigador lo caracteriza en relación a la información que le proporcione la persona entrevistada.

Anexo 7. 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 () Y/O DM2 ()
	¿Hace cuánto tiempo que trabaja atendiendo pacientes hipertensos y/o diabéticos?
	¿Cuántos pacientes hipertensos y/o diabéticos atiende usted?
	¿Qué tipo de tratamiento les indica usualmente para la hipertensión y/o diabetes a las y los pacientes?
	¿Cuál ha sido su experiencia personal al trabajar con pacientes hipertensos y/o diabéticos?

ITEM	CARACTERIZACIÓN EMIC DE LA HTA () Y/O DM2 ()
	¿Recuerda algún o algunos casos significativos de pacientes hipertensos y/o diabéticos? Hábleme de ellos.
	¿Cómo usted percibe lo que saben sus pacientes sobre la hipertensión y/o diabetes?
	¿Sus pacientes creen que la hipertensión y/o diabetes están relacionadas con otras enfermedades? ¿Cuáles?
	¿Cuáles creen sus pacientes que sean las causas de la hipertensión arterial y/o diabetes?
	¿Cómo perciben los pacientes la gravedad y el desenlace de la enfermedad?

ITEM	ASOCIACIÓN CULTURAL A SEGUIMIENTO/CONTROL - HTA () Y/O DM2 ()
	¿Qué entienden sus pacientes por "estar o sentirse enfermo"?
	¿Tiene usted pacientes con hipertensión y/o diabetes que presenten incapacidades y/o discapacidades?
	¿Entienden sus pacientes la hipertensión y/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 y/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 y/o diabetes ¿utilizan alguna práctica de medicinas alternativas?
	¿Usted considera que sus pacientes siguen sus recomendaciones?
	¿Tiene usted hipertensión y/o diabetes?

Anexo 8. Análisis de mensaje de las entrevistas

P.QUES	LC012M	LC020M	LC021M	LC028M
ITEM 1:				
1				
2				
3				
4				
ITEM 2:				
1				
2				
3				
4				
5				
ITEM 3:				
1				
2				
3				
4				
5				