

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

OCTAVA PROMOCIÓN
MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

MEJORAMIENTO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE PARA UN ADECUADO
SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DEL SCS DE ZAPALLO GRANDE
ÁREA 7 BORBÓN
PROVINCIA DE ESMERALDAS

CINTIA CAICEDO MONTAÑO
CENTRO DE EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA Y MEDICINA TROPICAL (CECOMET)

DIRECTOR DE TESIS: JUAN MOREIRA

Esmeraldas, 25 de marzo de 2009

1 AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

Es difícil expresar con palabras la gratitud que siento por el apoyo que muchas personas me han prestado en el proceso de formación de la maestría, y en la elaboración de ésta, mi tesis de grado. Deseo, especialmente, agradecer a mi familia, que ha sido mi sostén frente a las adversidades; a mis compañeros/as y amigos/as) de trabajo, donde incluyo a mis jefes, por creer en mí y darme la oportunidad para seguir creciendo en el campo profesional; a mis compañeros maestrantes, tutores y autoridades del ISP por organizar y fortalecer mi aprendizaje; al equipo de salud de Zapallo y a sus varios moradores por permitirme contribuir a iniciar un proceso de atención más humanizado; y, por último aunque no por ello menos importante, agradezco a Dios por darme el aliento para construir y servir a través de mi profesión.

Dedico también este trabajo a todos los que sufren por la pérdida de su salud y que, debido a las inequidades y deshumanización de ésta, no siempre encuentran respuestas adecuadas en el servicio de salud para enfrentar su situación de manera digna; y, sobre todo, dedico mi trabajo a los pacientes crónicos que necesitan un permanente apoyo y seguimiento para desarrollar la autonomía, capacidad les permitiría llevar una vida de calidad a pesar de su condición.

TABLA DE CONTENIDO E ILUSTRACIONES

1. RESUMEN EJECUTIVO Y PALABRAS CLAVES.....	5
2. PRESENTACION	7
2.1. Contexto geográfico y demográfico:.....	7
2.2. Contexto económico:	8
2.3. Contexto socio - cultural.....	8
2.3.1. Nutrición	9
2.3.2. Medicina Tradicional.....	9
2.3.3. Servicios básicos.....	9
2.4. Contexto político	9
2.5. Contexto salud.....	10
3. ANALISIS SITUACIONAL.....	12
3.1. Carga de la hipertensión arterial como problema de salud pública.....	12
3.2. Planteamiento del problema.....	12
4. MARCO CONCEPTUAL.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1. Modelo conceptual de referencia	¡Error! Marcador no definido.
4.1.1. Modelización del problema	¡Error! Marcador no definido.
4.1.2. Lista de contradicciones	¡Error! Marcador no definido.
5. CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIAS PREVIAS.....	¡Error! Marcador no definido.
6. HIPOTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES	24
6.1. Alternativas de cambio:.....	¡Error! Marcador no definido.
Nivel 1:	¡Error! Marcador no definido.
Nivel 2:	¡Error! Marcador no definido.
Nivel 3:	¡Error! Marcador no definido.
6.2. Análisis y selección de alternativas	¡Error! Marcador no definido.
7. PROPOSITO Y OBJETIVOS.....	¡Error! Marcador no definido.
7.1. Objetivos del estudio.....	¡Error! Marcador no definido.
7.2. Objetivos de aprendizaje.....	¡Error! Marcador no definido.
8. INSTRUCCIONES OPERATIVAS	¡Error! Marcador no definido.
9. METODOLOGIA.....	26
9.1. Universo y Muestra	27
9.2. Métodos de Recolección de la Información.....	27
9.3. Plan de análisis de los datos:.....	28
10. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
10.1. De la evaluación operativa	28
10.2. De la evaluación analítica	29
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
12. BIBLIOGRAFÍA	33
13. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:	34
13.1. Entrevista clínica:.....	¡Error! Marcador no definido.
13.2. Relación médica paciente.....	¡Error! Marcador no definido.
13.3. Técnica PRECEDE	¡Error! Marcador no definido.
13.4. Epidemiología Comunitaria	¡Error! Marcador no definido.
RELACIÓN DE ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 1	37
Evaluación Operativa:	37
Evaluación Analítica:	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 2	¡Error! Marcador no definido.
Guía de Diagnóstico Comportamental PRECEDE...¡	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 3	45

Debilidades y Fortalezas Comunicacionales del equipo Médico; **Error! Marcador no definido.**

Anexo 4; **Error! Marcador no definido.**
Ficha del paciente Hipertenso.; **Error! Marcador no definido.**

ILUSTRACIÓN 1 ATENCIÓN MÉDICA EN EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON HTA UTILIZANDO LA ENTREVISTA COMO HERRAMIENTA; **Error! Marcador no definido.**
ILUSTRACIÓN 2 ATENCIÓN MÉDICA EN EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON HTA UTILIZANDO EL PROTOCOLO DE MANEJO DE HTA COMO INSTRUMENTO; **Error! Marcador no definido.**
ILUSTRACIÓN 3 FICHA DEL PACIENTE HIPERTENSO; **Error! Marcador no definido.**
ILUSTRACIÓN 4 GUÍA DE ANÁLISIS DEL DISCURSO; **Error! Marcador no definido.**

TABLA 1 CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE ALTERNATIVAS; **Error! Marcador no definido.**
TABLA 2 EVALUACIÓN OPERATIVA 37
TABLA 3 EVALUACIÓN ANALÍTICA; **Error! Marcador no definido.**
TABLA 4 GUÍA DE DIAGNÓSTICO COMPORTAMENTAL PRECEDE; **Error! Marcador no definido.**
TABLA 6 FORTALEZAS Y DEBILIDADES COMUNICACIONALES DE LOS MÉDICOS 46

1. RESUMEN EJECUTIVO Y PALABRAS CLAVES

En el proceso de atención al paciente, independientemente de su problema de salud, la mayoría de veces nos preocupamos porque la atención sea de “calidad”, entendiéndose como tal los conocimientos y destrezas técnicas que debe tener el personal de salud y, en nuestro caso, particularmente el médico. Se ha evidenciado que, muchas veces, se deja de lado una condición importante para alcanzar el éxito en el tratamiento y seguimiento de pacientes especialmente crónicos, como en el caso de la hipertensión arterial. Ésta condición es la comunicación asertiva, que permite una adecuada relación entre el médico y su paciente; por el contrario, se ha fortalecido lo curativo asistencial sin contenido social. En la práctica médica se requiere, por tanto, el desarrollo de habilidades de comunicación útiles para relacionarnos mejor con el paciente y comunidad, en busca de la autonomía de éstos para responsabilizarse de su propia salud.

El presente trabajo pretende contribuir al mejoramiento de habilidades en la relación médico paciente, para que el médico promueva a largo plazo una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes hipertensos del Sub-centro de Salud (SCS) de Zapallo Grande, con el afán de disminuir eventos cardiovasculares precoces y la muerte en el paciente hipertenso; a través de un manejo adecuado de su enfermedad en el tiempo. Por ello, vemos la necesidad de tratar a los enfermos teniendo en cuenta todos los aspectos psicosociales de su vida. Fortalecer la relación médico paciente es una forma de romper el etnocentrismo profesional médico, para dar paso a una mirada a los derechos del paciente: autonomía, intimidad y consentimiento informado.

Como método hemos utilizado la investigación – acción en la cual se ha definido una propuesta de cambio y las instrucciones operativas correspondientes. A partir de esto, se definió el cumplimiento del proceso y los resultados a través del diseño de una evaluación operativa y una evaluación analítica, respectivamente.

Como conclusión importante, podemos destacar que aspecto comportamental del personal médico del SCS de Zapallo Grande no favorece la adecuada relación médico – paciente y la investigación no contribuyó en su mejoramiento por este motivo hemos recomendado que el equipo de salud continúe con la investigación e inicie un proceso de reorientación del servicio, de tal forma que permita dedicar tiempo a la entrevista clínica, al diagnóstico, y al tratamiento y seguimiento del paciente hipertenso, lo cual redundará en la mejor atención del usuario – paciente de cualquier condición clínica.

Palabras clave: relación médico – paciente, seguimiento, paciente hipertenso

Executive summary

In the process of caring patients, independently of his/her problem of health, an especial attention should be done to assure "quality"; being understood like so the knowledge, technical and communicational skills that every health worker, and particularly doctors, should have. Having an assertive communication is a condition allowing an adequate relation among doctors and patients, especially in the case of chronic diseases like arterial hypertension. Unfortunately, it has been shown that this requirement is often missed. Furthermore a curative and assistencialist approach, without social content, has been reinforced. Medical practice requires the development of communicational skills to enhance the relationships with patients and the community, and to boost their autonomy to handle their own health.

This work pretends to contribute to the improvement of skills in the doctor-patient relationships, in order to help doctors to become promoters of a better adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments in hypertensive patients attending the "Sub-centro de Salud (SCS) Zapallo Grande". This could permit the future prevention of early fatal and non-fatal cardiovascular events in hypertensive patients through an adequate self control of the disease. We think that the treatment of any diseased person should take into account all psychosocial aspects. On the other side, the improvement of doctor-patient relationship is a way to breakdown all forms of medical professional ethnocentrism, allowing the pass of a new perspective of warranting patient rights: autonomy, privacy, informed consent.

For doing this work, an action research protocol was implemented. Firstly a proposal of change was defined with its corresponding operative instructions. On the basis of this proposal the fulfillment of the whole process and the obtained results were assessed through an operative and analytical evaluation respectively.

As an important conclusion, we might emphasize that behavioral aspects of the medical personnel at the Sub-centro de Salud (SCS) Zapallo Grande does not favor an adequate doctor-patient relationship and that the research did not contributed in the improvement. For this reason we recommend the health team to proceed with the investigation and process of re-orientation of the health service, in order to permit more time flexibility for the clinical interview, the diagnosis, the treatment and the follow up of the hypertensive patient. This could allow a better attention for of patients with any clinical condition.

Key words: doctor-patient relationships. Follow-up, hypertensive patients.

2. PRESENTACIÓN

Se hace necesario dar a conocer a los lectores el contexto en el que se desarrolló el trabajo de investigación – acción; por tal motivo se exponen algunos aspectos relevantes del contexto geográfico, demográfico, económico, social, cultural y político de la zona de influencia del Sub-centro de Salud de Zapallo Grande en enero 2008.

2.1. Contexto geográfico y demográfico

El cantón Eloy Alfaro, ubicado al norte de la provincia de Esmeraldas, Ecuador, limita al noreste con el océano Pacífico y el cantón San Lorenzo; al sur, con el cantón Quinindé y la provincia de Imbabura; y al oeste, con el cantón Rioverde y el Océano Pacífico. El clima es tropical; la altitud del terreno, con colinas de baja altura, oscila entre el nivel del mar y unos 300 m.

En este cantón encontramos la Parroquia Borbón, sede del Área de Salud 7 (Borbón). Cuenta con 145 pequeñas comunidades ubicadas en el sistema fluvial Santiago-Cayapa. El clima es tropical húmedo, modulado por una estación lluviosa que va de enero a mayo, y una estación seca que va de junio a diciembre. La temperatura media varía entre 24 y 28 grados centígrados y la humedad relativa media es de 85%. Tiene una extensión de 3.100 Km². Es un área de difícil acceso geográfico, pues en la mayor parte de comunidades no existen carreteras y el transporte es fluvial. En el río Cayapa, sus habitantes viven en pequeñas comunidades ubicadas en las partes más altas del río, y la temporada seca es de muy difícil navegación. Existen comunidades que viven tan apartadas que se requiere cerca de dos días de viaje para visitarlas; por esta razón, el costo del transporte es muy elevado, tanto para los equipos de salud que visitan estas comunidades, como para sus pobladores cuando requieren ir a centros poblados en los que existen servicios de salud. En la mayor parte de estas comunidades no existen servicios de salud¹, y el centro poblado más cercano, en donde se puede hallar un médico (SCS Zapallo Grande), se encuentra entre uno a dos días de viaje a canaleta² (dependiendo de la temporada) de las comunidades más lejanas.

Borbón está dividido en 11 parroquias rurales, una de las cuales es **Telembí**, ubicada al sureste de Borbón, en la región del río Cayapa;. A Telembí pertenecen 32 comunidades o recintos, dentro de los cuales se encuentra **Zapallo Grande**, sede de la unidad operativa que le corresponde a la parroquia, ubicada a cinco minutos de Telembí, en canoa a motor. Desde Borbón, sede del hospital de primer nivel de referencia, a Zapallo Grande, se necesitan tres horas de viaje en canoa a motor para llegar.

La población del cantón consta de 41.355 habitantes, la mayor parte de éstos son personas de etnia negra, descendientes de ex esclavos o trabajadores de las plantaciones cafetaleras y las minas de oro del sur de Colombia. Otra fracción importante de población está compuesta por los indígenas *Chachis*, que constituyen cerca de la tercera parte de la población del área y que habitan en las comunidades de más difícil acceso del río Cayapa y Onzole. Finalmente, existe otra fracción significativa de población inmigrante, procedente de otras provincias. La parroquia de Borbón tiene aproximadamente 26.641 habitantes, de los cuales el 80% están ubicados en el área dispersa o rural.

¹ Ni siquiera promotores de salud.

² Canaleta, instrumento tradicional que se usa para impulsar una canoa.

Mientras que la población total de la parroquia Telembí es de 4.559 habitantes (proyecciones INEC 2007), constituida por indígenas *Chachi* en un 80 %, y en un 20% por población negra.

Los indios *chachi* son casi nómadas, pues constantemente están trasladándose con toda su familia a otras áreas pobladas también por *Chachis* o a otras ciudades de la costa. La razón de este comportamiento migratorio obedece sobre todo a patrones culturales; sin embargo, también los conflictos económicos obligan a veces a estas poblaciones a migrar, pues usualmente van en busca de trabajos temporales. Esta suerte de éxodo representa un problema para los servicios de salud debido a que es casi imposible conocer los proyectos de migración de los pobladores ya que, con frecuencia, toman la decisión de partir de un momento a otro, sin haber ninguna razón aparente. Este movimiento migratorio también se evidencia en la población negra, pero se justifica por su búsqueda de ingresos económicos para la familia, aunque con menor énfasis y de manera más organizada. Generalmente es la población joven, hombres y mujeres, la que emigra. (Coordinación, 2006)

2.2. Contexto económico

La parroquia Telembí y el recinto Zapallo Grande comparten la misma realidad económica (61,7% de pobreza de consumo³), por la que está pasando el resto del cantón: 59% y la provincia: 49% profunda crisis económica, tasas de desempleo por encima del porcentaje país de de 7,6 (CEPAL 2007), una tasa de subempleo de 65,9% (INEC, ECV⁴ 2006), el 79% de las mujeres no realizan trabajo remunerado. A esto hay que añadir que la zona posee uno de los indicadores más bajos en cuanto al Producto Interno Bruto (PIB) del país, equivalente casi a la mitad del promedio nacional, estimado en **650 USD/año**. (SIISE 2002)

El *modus vivendi* de la población de la zona se basa sobre todo en la agricultura. Los productos más cultivados son el cacao y el arroz. Es una agricultura casi exclusivamente de subsistencia, en la cual los alimentos básicos son el arroz y el verde; y el producto más comercializado, el cacao. Existe un número de seis hectáreas promedio por familia. Otro rubro importante en la economía de la zona es la explotación de la madera que, en su mayoría, está manejada por compañías que ponen en peligro el último bosque primario tropical de la costa ecuatoriana.

Borbón y la parroquia Telembí han sido catalogadas en índices de pobreza crítica, de acuerdo a los indicadores económicos, de salud y educación del país (SIISE 2002).

2.3. Contexto socio – cultural

2.3.1. Educación de la zona.- Existe un porcentaje de analfabetismo del 26% en toda la parroquia (Coordinación, 2006). En contraste con el 7% del país (CEPAL, 2007). El nivel de instrucción es de baja calidad, debido a que muchos docentes son bachilleres recién graduados y tienen vacíos en su

³ número de personas pobres expresado como porcentaje del total de la población en un determinado año. Se define como "pobres" a aquellas personas que pertenecen a hogares cuyo consumo per cápita, en un período determinado, es inferior al valor de la línea de pobreza. La línea de pobreza es el equivalente monetario del costo de una canasta básica de bienes y servicios por persona por periodo de tiempo (mes o quincena)

⁴ Encuesta de Calidad de Vida.

proceso de formación. El 98% de la parroquia Telembí cuenta con escuelas; el 30% de éstas son unidocentes. Zapallo Grande posee una escuela y un colegio con ciclo diversificado. El 87% de niños en edad escolar asisten a clases.

2.3.2. Nutrición.- Los hidratos de carbono son la base de la dieta: arroz, verde y yuca, es decir, los principales productos de la zona; en menor proporción se consumen proteínas que han sido muy escasas en los últimos cinco años a causa de la depredación del bosque (imposibilidad de la caza) y por el elevado costo económico, frutas tropicales y especies del medio.

Existe un programa de micro-nutrientes (vitamina A) del MSP para los menores de cinco años, que se reparte dos veces al año. El Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000) para madres embarazadas y niños desnutridos es muy irregular en su distribución y no cubre toda la demanda.

2.3.3. Medicina Tradicional.- Existen en la zona **curanderos** de enfermedades como mal aire, ojo, espanto, etc., e incluso de mordedura de serpientes; los **sobadores**, conocidos como traumatólogos en la medicina occidental, **el brujo** (miruco), especialmente en las comunidades *Chachi*, que cura todo tipo de *enfermedades* que son consideradas como *daños*⁵.

2.3.4. Servicios básicos.- Son limitados. En la zona de estudio el río es la principal fuente de agua para el consumo humano. Se carece de sistemas de alcantarillado y eliminación de basuras y excretas, por lo que gran parte de los desechos van al río. Hasta hace un año atrás, Zapallo y sus comunidades de influencia carecían de servicio de energía, pero, gracias a un proyecto con la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), se ha dotado de paneles solares a 27 de las 32 comunidades.

2.4. Contexto político

La autoridad está representada por el teniente político, cuya designación es precisamente por cuota política. Una de sus funciones es coordinar el plan de desarrollo parroquial, receptando y canalizando las necesidades de la comunidad. Además ejerce control de las compañías auríferas y madereras que dañan el ecosistema. No existe un sistema de participación local para el desarrollo del recinto. El poder está concentrado en pocas familias que, por su desarrollo educativo, tienen mayor credibilidad. En Zapallo Grande existen varios grupos organizados, tales como el Comité de Padres de Familia y la Asociación de Mujeres Negras y *Chachis*, cuya actividad principal es la agricultura de subsistencia.

De manera general, podemos decir que las instituciones del Estado han sufrido un proceso de transición en respuesta a las políticas de ajuste, que los grandes organismos macroeconómicos han impuesto durante los últimos años. Los ministerios que se ocupan de las áreas sociales, como el de salud, se han visto particularmente afectados por recortes presupuestarios y por la disminución de su aparato burocrático. Estas medidas han obligado a una descentralización del Estado; esta medida ha tenido como efecto positivo que los

⁵ Daños son “enfermedades o síntomas” que son ocasionadas por el hombre para castigar una mala acción y que no pueden curar el médico. Por ej. Si alguien se apropia de algo ajeno se le provoca una enfermedad para que nunca más lo haga.

distritos de salud tengan cierta autonomía administrativa y en la toma de decisiones; sin embargo, con frecuencia, esta descentralización también ha significado una disminución en los aportes presupuestarios que afectan, especialmente, a la oferta de servicios para la población más vulnerable.

2.5. Contexto salud

El sistema de salud de la parroquia Borbón está formado por una diversidad de instituciones, públicas y privadas, con y sin fines de lucro. Las principales instituciones son el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) – Seguro Social Campesino (SSC). Tienen en conjunto el mayor volumen de la infraestructura de atención, aunque es importante señalar que el Vicariato Apostólico de Esmeraldas (VAE) mantuvo convenios de colaboración por más de 10 años con la red de servicios de salud del MSP a través de la co-administración con el área de salud 7 Borbón.

El MSP realiza la regulación, dirección y control del sector salud en la zona a través de la jefatura de área. Ésta se encuentra organizada en 11 micro – áreas o unidades operativas de primer nivel y un hospital de primer nivel de referencia de 20 camas, entidades que constituyen pequeñas redes de servicios con delimitación geográfico-poblacional de atención, con una estructura de desconcentración técnica y de algunas acciones administrativas como la programación local.

El IESS tiene una estructura de desconcentración formada por una red de servicios propios y contratados que operan de acuerdo con directrices de planificación y financiamiento central. En la zona se hace presente a través de los dispensarios del Seguro Social Campesino, en número de cinco, aunque en la parroquia Telembí no tiene presencia.

En la zona coexisten dos modelos de atención: **el curativo – hospitalario e individualista** y el **modelo preventivo comunitario**. El primero, el curativo-hospitalario, que persiste en especial en la parroquia Borbón y sus 32 comunidades de influencia y que corresponde a la población a cargo del antiguo Centro Salud Hospital y que en la actualidad corresponde al Hospital Cantonal, perdura a pesar de que en las orientaciones estratégicas para la gestión descentralizada de los servicios se había propuesto desarrollar modelos de atención basados en la realidad local y en la Atención Primaria de Salud, dando énfasis a la promoción de la salud y la participación comunitaria.

El segundo modelo de atención con el que se ha trabajado en las últimas décadas es el modelo preventivo–comunitario, que se ha desarrollado en las 11 unidades operativas que corresponden a la zona rural de la parroquia gracias a un estatus especial de colaboración interinstitucional, que incluye el enfoque de epidemiología comunitaria. Este enfoque consiste básicamente en una disciplina técnica para documentar o hacer la historia de las relaciones entre poblaciones y enfermedades o, dicho de otra manera, entre las poblaciones y el proceso salud enfermedad. En esta propuesta se realizan procesos de educación-comunicación (diálogo) con y entre la comunidad para aportar a su crecimiento y garantizar el derecho a la salud.

La Epidemiología Comunitaria, puede definirse como la metodología de trabajo cotidiano que sirve de hilo conductor en la práctica de conocimiento, intervención, monitoreo y evaluación de los problemas de salud. Evaluando de forma continua nuestra práctica, podremos garantizar una adecuada atención a los principales problemas de salud de la población.

A pesar de que los indicadores socioeconómicos del Ecuador (SIISE, 2002) reiteradamente han catalogado al área Borbón en índices de pobreza crítica al poner de relieve las altas tasas de mortalidad general, infantil, materna y por enfermedades transmisibles; sin embargo el perfil epidemiológico se ha modificado notablemente en los últimos 20 años: en los años 80 el paludismo, la desnutrición, la Oncocercosis, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), las diarreas (EDA), la tuberculosis, las parasitosis intestinales, el Pian y la Leishmaniasis constituían las patologías prevalentes (Cooper et al., 1993, Guderian et al., 1991, Tognoni, 1997).

En la actualidad, algunas enfermedades transmisibles han dejado de ser prioritarias como el Pian y la Oncocercosis, la primera ha sido eliminada (Anselmi et al., 1995, Anselmi et al., 2002), y la segunda está en fase de eliminación, las dos gracias a la participación activa de las comunidades (Guderian et al., 1997, Blanks et al., 1998). Otras enfermedades han cambiado su comportamiento, por ejemplo el paludismo que se manifiesta eventualmente en forma epidémica, pero que mantiene tasas de incidencia anuales bajas, gracias a un monitoreo constante y a intervenciones puntuales, bien enfocadas y con participación activa de las comunidades (Tognoni, 1997, CECOMET, 2001).

En esta zona, la mortalidad infantil ha alcanzado valores más altos que el nivel nacional $35.6 \times 1000 \text{ NV}$, (Censo INEC 2001). En cuanto a salud materna, se duplica el promedio nacional de mortalidad materna que es de $77,8 \times 1000 \text{ NV}$

En los últimos cinco años se ha hecho evidente la frecuencia de patologías crónico - degenerativas como la hipertensión arterial y sus complicaciones cardiovasculares que, actualmente, se cuenta como la primera causa de muerte y/o discapacidad en adultos (Anselmi et al., 2003); *se convierte así en un problema de salud pública que requiere intervención.*

Es importante señalar que la alta prevalencia de hipertensión arterial se concentra en la población negra, y la tuberculosis entre los pobladores indígenas Chachi. Estas situaciones definen ciertas características de intervención diferenciadas para estas poblaciones.

En general, en el contexto de salud, persisten problemas fundamentales en la organización, gestión y financiamiento del sector para garantizar un acceso equitativo a los servicios.

Por otro lado, en el área existe una red organizada de cuarenta y tres (43) promotores de salud, ubicados en comunidades estratégicas, como resultado del trabajo de Epidemiología Comunitaria. En la zona existen otros actores como el Programa de Eliminación de la Oncocercosis, Programa de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Artrópodos (SNEM) e instituciones de apoyo técnico y financiero como el Centro de Epidemiología Comunitaria y Medicina Tropical (CECOMET); también están presentes programas de investigación como: Proyecto de Alergias y Proyecto Ecología Desarrollo Salud y Sociedad (ECODES), que realizan investigaciones sobre las causas de las enfermedades diarreicas. Estos proyectos tienen sedes en la parroquia Borbón, pero realizan actividades de acuerdo con las necesidades o intereses de diversas comunidades.

3. ANÁLISIS SITUACIONAL

3.1. Carga de la hipertensión arterial como problema de salud pública.

La hipertensión es una enfermedad cardiovascular crónica que se diagnostica por el hallazgo de, por lo menos, tres lecturas patológicas, y es el principal factor de riesgo para accidente cerebro vascular; además, es un indicador de riesgo para la supervivencia. La alta incidencia de complicaciones que ocasiona su falta de control puede llevar a problemas de salud pública.

“En líneas generales las causas de muerte entre los hipertensos se distribuyen de la siguiente manera:

- 50% fallecerán por enfermedad cardiovascular, fundamentalmente por cardiopatía isquémica.
- 33% por enfermedad cerebro vascular.
- 10-15% por insuficiencia renal.
- 2 a 7% por otras causas.

En el ámbito de Atención primaria, es el primer motivo de consulta de todas las patologías crónicas, con una prevalencia del 20-25%” (Protocolo de HTA.htm)

3.2. Planteamiento del problema

De la revisión de las Historias Clínicas (HCL) de 30 pacientes con HTA, seleccionadas al azar, que corresponde al 66% de los hipertensos de referencia del SCS Zapallo Grande y de la observación directa, podemos describir la siguiente situación:

La hipertensión está ligeramente más concentrada en hombres que en mujeres. Existe una proporción ligeramente marcada más de hombres que de mujeres, en el grupo de 55 y más años, que evidencia un mayor riesgo cardiovascular por su edad con respecto al grupo de 20 a 54.

La totalidad de los pacientes tiene una anamnesis y examen físico incompletos, lo que limita la toma de decisiones clínicas respecto al manejo del paciente. Un alto porcentaje de pacientes hipertensos, que acude a la consulta médica por razones diversas al problema de hipertensión, es atendido exclusivamente por esas causas y no se aprovecha la oportunidad para dar seguimiento o efectivizar la toma de decisiones sobre el problema actual de hipertensión que, incluso, podría estar relacionado posiblemente por desconocimiento de su problema crónico. En el 90% de los pacientes no se ha calculado su riesgo cardiovascular, cuyo objetivo es orientar un manejo individualizado de los casos y donde la relación médico - paciente juega un papel central en el seguimiento del paciente, especialmente con los factores modificables.

Del grupo de pacientes con HTA menor a 159/99 mm Hg, en los que no se debe iniciar tratamiento con fármacos (Moviner de la Puente, 2007), cerca del 70% de éstos tienen prescrito un tratamiento farmacológico y, en un porcentaje importante, ni siquiera se ha tomado la decisión de prescribir un tratamiento no farmacológico. En pacientes con valores de presión arterial $\geq 160/\geq 100$ mm Hg en los que se debe prescribir tratamiento farmacológico, menos del setenta por ciento tiene prescripción; a esta terapia sólo en un 6% de los casos se añade tratamiento no farmacológico. Sólo un poco más del 20% de los

pacientes tienen valores de presión considerados dentro del rango de hipertensión controlada, aunque se requiere de un mayor estudio de este grupo para definir si es por la eficacia del tratamiento o por daño cardiovascular, por el mantenimiento prolongado de elevadas cifras tensionales.

El 100% de los pacientes tiene antecedentes de presión arterial superior a dos años de diagnóstico. Existe un 23% de pacientes que, como consecuencia de la falta posible de hoja de síntesis, discontinúa el tratamiento, pues el médico limita la eficacia del tratamiento en el grupo.

El 10% de los pacientes son diabéticos y el 7% ha tenido complicaciones cardiovasculares en los últimos 4 años (Accidente cerebro vascular – ACV y accidente isquémico transitorio - TIA).

En la historia clínica no se evidencia la atención a posibles antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, posibles antecedentes personales de diabetes mellitus, nefropatías, hiperlipemias, medicaciones y aumento o pérdida de peso; factores de estilos de vida como el consumo de alcohol, tabaco o drogas; ingesta de sodio y factores psicosociales y ambientales de interés como el estrés y las referencias alimentarias, ni actividades educativas relacionadas con el problema.

Por otro lado, a través de entrevistas informales con pacientes hipertensos, se puede evidenciar que ellos toman la decisión de discontinuar el tratamiento porque consideran que la administración prolongada de medicamentos puede afectar otros órganos o sistemas; y sólo lo reanudan cuando sienten síntomas que evidencian la subida de la presión tales como: dolor de cabeza prolongado, fatiga, cansancio de poco esfuerzo. Asimismo, se evidencia que los pacientes tienen un nivel inadecuado de conocimiento referente a su enfermedad (signos y síntomas, riesgo cardiovascular, tratamiento, efectos, importancia de la toma regular, importancia de la modificación de estilos de vida, consecuencias graves de la enfermedad, objetivos del tratamiento).

El SCS, a través del CECOMET, desde hace más de diez años puede asegurar el tratamiento farmacológico al paciente a un costo simbólico, pues un tratamiento de treinta días le significa al paciente un dólar de gasto de bolsillo.

La limitada información y la ausencia de datos psicosociales en la HCL, las observaciones realizadas en la entrevista clínica considerando el tiempo asignado y la calidad de la misma (información al paciente, toma de decisiones compartidas, etc.), permiten afirmar que existe una limitada relación médico paciente. Esto responde principalmente a las siguientes causas:

- **Formación profesional exclusivamente técnica:**

En la formación profesional del personal de salud se descuida (no es parte de los programas curriculares) la enseñanza - aprendizaje de cómo hacer historias de la relación de la enfermedad con la comunidad. Todos estudian o hablan de la tuberculosis o de la desnutrición, pero pocos hablan de estas enfermedades en un determinado contexto geográfico y/o cultural” (Tognoni, 1997).

Se aprenden conocimientos técnicos (para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades), que contrastan con un conocimiento separado y pobre del “saber” de las comunidades. Los médicos en particular aprenden todo de las enfermedades, pero poco de las poblaciones en las que éstas ocurren y, por eso, su práctica se limita a abordar las enfermedades, y desconocen cómo abordar las enfermedades

en cada comunidad en particular. Tratan enfermedades sin tomar en cuenta el entorno comunitario, su cultura, sus limitaciones.

- **Desconocimiento del contexto y cultura del paciente:**

El personal de salud, particularmente los médicos, tiene, a menudo, una forma de tratar a las personas ignorando su cultura, su forma de trabajar y vivir (alimentarse, descansar, recrearse), y esto por el hecho de que muchas veces piensan que su posición de trabajadores de la salud les ha “conferido” el control de la situación. La limitada oportunidad que tiene el paciente de expresar sus problemas, angustias y dudas, y la limitada capacidad de escucha que se constata en la consulta médica, hace pensar que los médicos creen que son *otros* los que deben hacer este diálogo para dar continuidad a las acciones.

Esta forma de comportamiento casi siempre lleva a situaciones de maltrato al paciente. En el contexto de esta tesis, se entiende por maltrato la falta de identificación del riesgo cardiovascular y tratamiento individualizado oportuno del paciente, así como la toma de medidas que van en contra de la cultura del paciente, sin haber un proceso de diálogo y negociación a causa del desconocimiento de su entorno y de su derecho a ser tratado con dignidad. Quizás éste es uno de los inconvenientes más duros de superar, pues a lado de éste, los cambios en la infraestructura física de los servicios de salud, en la disponibilidad de medicamentos, de medios diagnósticos son fáciles de superar pero, sin superar este problema, los resultados que se consiguen a largo plazo serán siempre muy pequeños. “Se puede cambiar el aspecto externo de los servicios de salud, aumentar sus recursos, pero si el alma de estos servicios, es decir las personas que constituyen su motor no están dispuestas al cambio será muy poco lo que se pueda lograr”.

- **Hegemonía médica por asimetría de información:**

Existe en el personal de salud la idea errónea de que lo que dice el médico los pacientes lo hacen, práctica que puede ocasionar desastres en los pacientes.

Al parecer, esta es la razón por la que no se toma la preocupación de establecer un diálogo con los pacientes o con sus familiares, con el fin de hacer un seguimiento a la prescripción médica.

- **Diferencia de intereses entre el médico y el paciente**

Generalmente, el médico tiene una agenda muy diferente a la del paciente. En este caso, el médico tiene destinados pocos minutos para cada paciente y, en este encuentro, le interesa hacer un diagnóstico y prescribir. En el caso de visitas de seguimiento a crónicos, al galeno le interesa identificar las anormalidades que le señala el paciente en base a preguntas cerradas que le hará, además del indicador estándar de la condición, y continuará prescribiendo. Por su lado, el paciente quiere expresar todo lo que siente, pero el médico le interrumpe constantemente y le pide concentrarse en una sola condición para ir luego resolviendo las demás. Muchas veces, el paciente sólo quiere ser escuchado, ser examinado integralmente; el enfermo busca una relación de afecto mientras que, la mayoría de veces, encuentra un médico distante.

En un estudio acerca de estilos de entrevista, se encontró que los médicos interrumpían a los pacientes a los 18 segundos promedio de que éstos comenzaban a hablar. Sólo el 2% de los pacientes tuvieron la oportunidad de completar lo que querían decir y, aproximadamente dos tercios de los pacientes sólo pudieron expresar una preocupación antes de ser interrumpidos. Si bien estas interrupciones probablemente intentaban focalizar la descripción del paciente para permitir un diagnóstico más rápido, también interferían con la información completa y bien pudieron hacer sentir al paciente a disgusto (Noble, 2007)

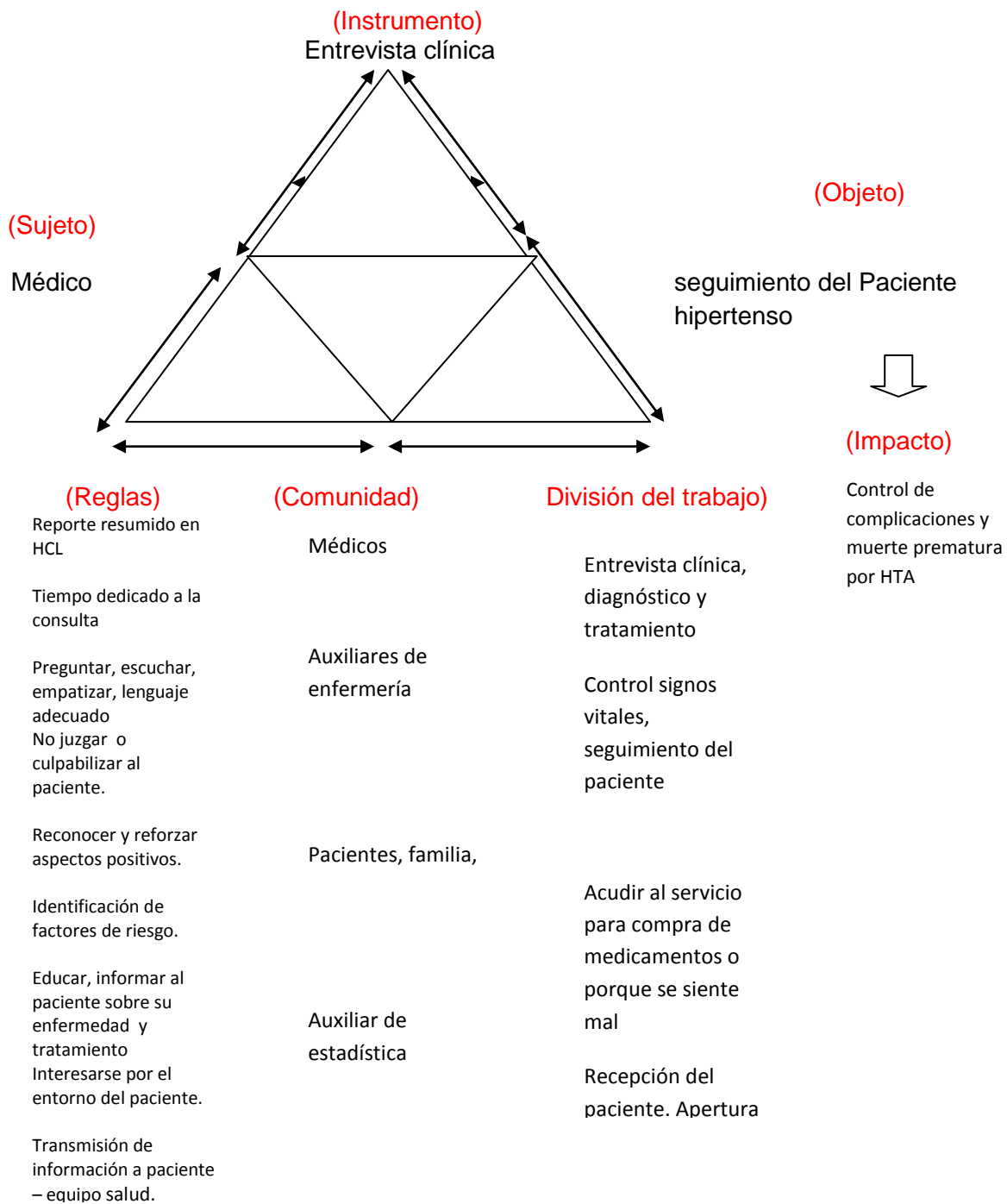
Todas estas causas tienen como consecuencia la desinformación en el paciente. Además, impiden comprender la condición crónica del paciente; la necesidad de contribuir con acciones orientadas y compartidas con el médico para el mejoramiento y mantenimiento de su estado de salud. Esta incomprensión, generalmente, se traduce en la falta de adherencia al tratamiento, sea éste farmacológico o no farmacológico, por tanto, al no cumplimiento del objetivo principal del tratamiento el cual es mantener cifras por debajo de 140/90mm hg; lo que finalmente llevarán a complicaciones como: accidente cerebro vascular ACV, infarto de miocardio, Hipertrofia de Ventrículo izquierdo., Angina de pecho, Insuficiencia cardíaca, nefropatía, etc., y muerte prematura por esta causa.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1. Modelo conceptual de referencia:

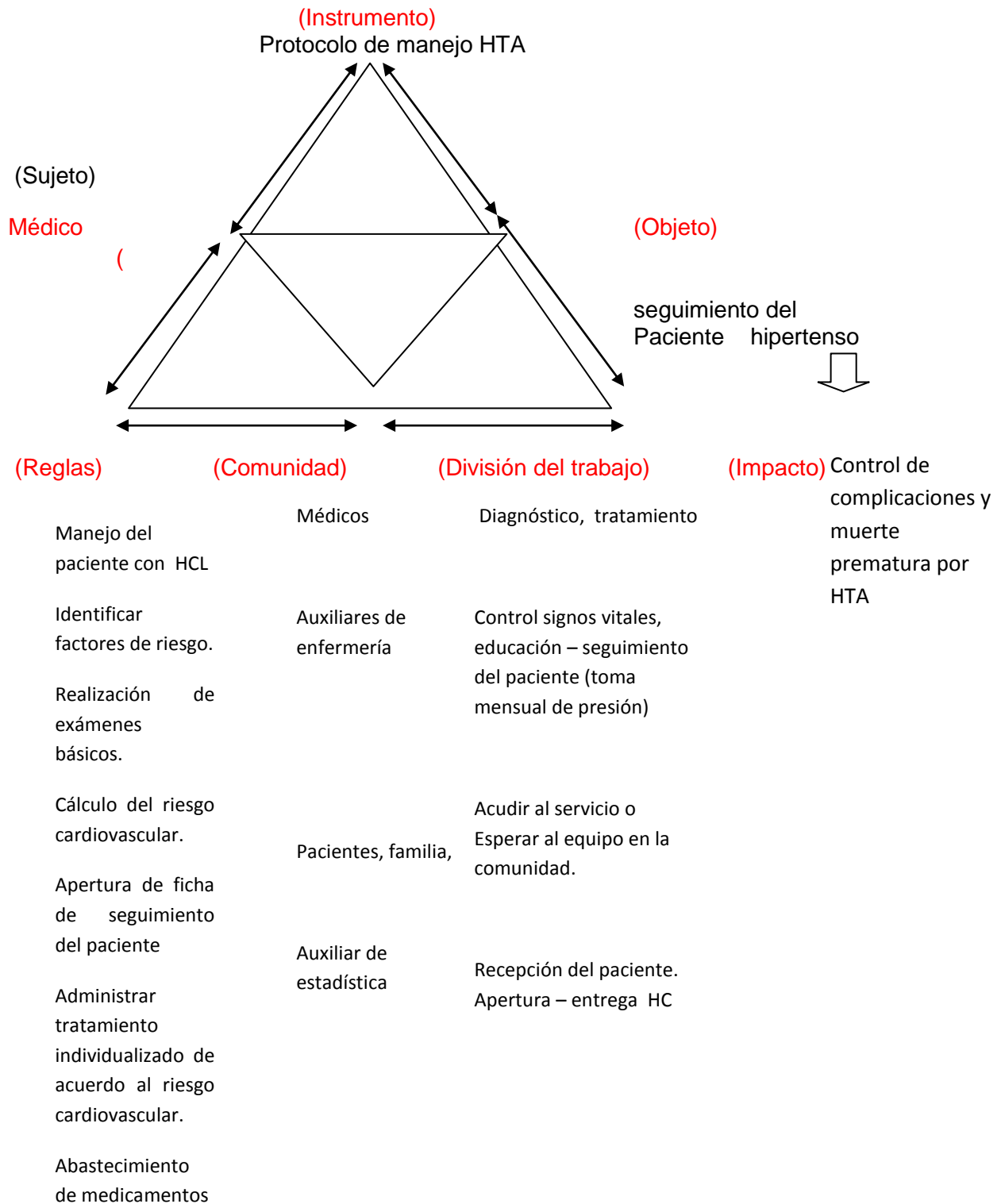
4.1.1. Modelización del problema:

Ilustración 1 ATENCIÓN MÉDICA EN EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON HTA UTILIZANDO LA ENTREVISTA CLÍNICA COMO HERRAMIENTA



Elaborado por: Cintia Caicedo

Ilustración 1 ATENCIÓN MÉDICA EN EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON HTA UTILIZANDO EL PROTOCOLO DE MANEJO COMO HERRAMIENTA



Fuente: SCS Zapallo Grande
Elaborado por: Cintia Caicedo

En el SCS de Zapallo Grande, el objeto de la atención médica es el médico, que es un profesional generalista, con limitada experiencia técnica en el manejo de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención y, especialmente, en el área rural y en pacientes afro ecuatorianos; con limitadas destrezas en el manejo de herramientas de comunicación para la entrevista clínica; con falta de formación o capacitación continua en manejo de la hipertensión y con formación académica medicalizada.

Según criterio del Dr. Antonio Guijarro Morales, Jefe Clínico de Cardiología del Hospital Universitario "San Cecilio" de Granada, se recomienda que la valoración y el manejo del paciente hipertenso lo haga el médico de atención primaria. Los médicos generales, de familia o cabecera, son los especialistas idóneos para tratar las enfermedades más frecuentes como la hipertensión arterial, ya que ellos realizan el seguimiento integral más apropiado al conocer mejor el resto de las patologías del paciente y las peculiaridades de su entorno familiar y social.

En caso de hipertensión refractaria, secundaria o lesiones orgánicas severas, el paciente debe ser remitido a especialistas y/o centros de atención de segundo o tercer nivel. En caso de urgencias terapéuticas, como una crisis hipertensiva, si bien la terapéutica puede iniciarse en un centro de atención primaria, se recomienda el traslado del paciente a una puerta de emergencia para su mejor control (Bagattini JC, 1997)

Nuestra condición de interés (sujeto) es el seguimiento del paciente hipertenso, que es aquella persona que ha sido diagnosticada por presentar cifras de presión arterial por encima de 140/90 mm Hg, que está en tratamiento en el SCS de Zapallo Grande y que mantiene controles médicos mensuales para ser evaluado de manera global. En el SCS de Zapallo Grande existen pacientes que en el año han recibido uno o ningún control y donde no se evidencia, de acuerdo a lo reportado en la historia clínica, el mantenimiento y necesidad de mantener el contacto con este tipo de paciente. En los protocolos de manejo se considera que el seguimiento del paciente hipertenso, en el primer nivel, debe reunir las siguientes características de acuerdo a su riesgo cardiovascular: al inicio de la terapéutica, cada 15 a 30 días; una vez controlada, cada 3 a 6 meses con registro semanal por el mismo paciente. Anualmente los exámenes básicos de laboratorio son:

- Glicemia, colesterol plasmático, triglicéridos, creatinina, proteína C, electrocardiograma (ECG), (OMS, 2008)

Además, en estos protocolos de manejo del paciente hipertenso, se establece que el objetivo del tratamiento para disminuir el riesgo es conseguir valores inferiores a 140/90 mm/Hg de presión en todos los hipertensos. Inferiores a 130/80 mm Hg en pacientes diabéticos o con insuficiencia renal crónica, e inferiores a 125/75 mm Hg en pacientes con proteinuria superior a 1g/día. Esto según evidencias clínicas reportadas. Asimismo, se establece que se administrará tratamiento no farmacológico a pacientes con valores de presión normal alta y fase 1 (presión arterial 130 – 159/ 85-89 y 140-159/90-99 mm Hg). La antigüedad del último control no será superior a 3 meses. Se administrará tratamiento individualizado a pacientes con hipertensión fase 2 y 3 (presión arterial $\geq 160/\geq 100$ mm Hg).

Controlar la Hipertensión Arterial significa controlar el riesgo de Enfermedad Coronaria, Accidente Cerebro -vascular, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta, con énfasis en la calidad de la misma y, sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables (Movinier, 2007).

Para poder cumplir con el objetivo del control de la HTA y disminuir de esta manera el riesgo de eventos cardiovasculares prematuros en los pacientes que sufren de esta enfermedad, se debe hacer evidente una mejor manera de acercarse al paciente para

abordar su problema y condicionantes, a fin de que él (el/la paciente) participe de la toma de decisiones informadas sobre el control de su enfermedad (adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico). M. Simpson, en la revista medicina práctica, apunta que en la comunicación médico – paciente los médicos deben esforzarse en captar la manera cómo los pacientes perciben la enfermedad, los sentimientos y las esperanzas asociados, para aumentar la eficacia y satisfacción de la consulta.

El instrumento que nos permite valorar este seguimiento es la entrevista clínica, la misma que en el SCS se realiza muy superficialmente y en un corto tiempo (aproximadamente cinco minutos) y en la cual prima más la parte técnica y la prescripción medicamentosa que el diálogo, la escucha, los aspectos psicosociales, culturales, etc., para la identificación de factores de riesgo, y en donde el “paciente” hipertenso juega justamente un papel pasivo. Es el médico quien decide por el paciente, pues le transmite poca información para el conocimiento de su enfermedad y sus consecuencias, lo que anula la autonomía del paciente y la toma de decisiones compartidas, en la asunción de responsabilidades y la participación activa en el control de su enfermedad. La poca información que maneja el paciente hace que éste tome sus propias decisiones basándose en las experiencias que le transmiten sus relacionados. Se maneja una conducta prohibitiva en el desarrollo de las actividades diarias del paciente, y se da poca o nula importancia al manejo de los estilos de vida. Hay que destacar que la información recabada en la entrevista no se evidencia de manera resumida en la HCL del paciente. Se trata de información obtenida por observación y vivencias con pacientes hipertensos en muchos años de trabajo en la zona.

Los estudios sobre la buena o mala comunicación de los médicos se han focalizado en dos indicadores: la cantidad de información obtenida y el grado de satisfacción y cumplimiento del paciente. En otro estudio se pudo observar que los médicos sobreestiman la cantidad de tiempo que actualmente dedican a la información de los pacientes. Este hallazgo es importante, ya que se ha visto que los médicos que brindan menor información tienen pacientes que cumplen menos con las indicaciones y que están menos satisfechos con su atención. Este último hallazgo se repite en los resultados que se ven cuando se estudia el área de comunicación de los pacientes. Así mismo reportan que otro estudio mostró que los médicos que utilizaron preguntas de respuesta abierta, más que aquellas de respuesta cerradas, (Debrouwere, 2008) estuvieron más próximos a obtener los hechos médicos importantes en un caso. La cantidad de información compartida, de consejo y de persuasión brindada por el médico también estuvo fuertemente relacionada con la aclaración de los hechos. No ocurrió lo mismo con el tiempo dedicado a dar las instrucciones médicas (no permitió obtener más datos). (Noble S.A, 2007).

Si bien los pacientes juegan un papel importante en la efectividad de la comunicación, la capacidad con la que se comunican ha recibido poca atención. Un paciente que escucha atentamente, realiza preguntas apropiadas y es sensible a la perspectiva del médico estará mucho más cerca de obtener una buena atención clínica y de estar satisfecho.

Para que el paciente logre su autonomía es necesario que el médico le proporcione tanto la información necesaria para una decisión, como la oportunidad para participar en la consulta clínica. Normalmente, según el enfoque bioético mencionado, esta información incluye cinco puntos:

1. Una explicación de la enfermedad o condición;
2. Información acerca del tratamiento propuesto;
3. Un recuento de los riesgos y beneficios esperados del tratamiento propuesto;
4. Información sobre otros tratamientos disponibles, sus posibles riesgos y beneficios potenciales;

5. Las consecuencias probables si el paciente rechaza cualquier tratamiento.

Es necesario definir técnicas o herramientas comunicacionales que permitan la operatividad de las acciones, pues éstas contribuirían a mejorar la relación médico paciente en la entrevista clínica.

Habilidades de comunicación: la comunicación verbal y no verbal. La comunicación no verbal incluye:

1. Mirada, expresión de la cara, movimientos de cabeza, sonrisa, postura del cuerpo, gestos con las manos, distancia/proximidad, contacto físico, apariencia personal. Las relacionadas con el lenguaje son: volumen, tono, claridad, velocidad, duración.
Cuando lo verbal (la letra) y lo no verbal (la música) dicen lo mismo el mensaje se potencia enormemente. Por ello va a ser importante tener esto en cuenta a la hora de poner en práctica verbos clave como: acoger, preguntar, escuchar, empatizar, sintetizar y retroalimentar (Bimbela, 1996)
2. Instrumentos de diagnóstico comportamental, la técnica PRECEDE, la misma que es un instrumento de diagnóstico comportamental y consiste en identificar factores Predisponentes, Facilitadores y Reforzantes de una conducta para analizarlos y tomar decisiones para producir el cambio de comportamiento. (Bimbela, 1996)
3. Se utiliza especialmente para investigar dificultades y problemas que los usuarios tienen antes, durante y después de la realización de cada práctica concreta; puede ser un buen modo de aumentar la eficacia de las futuras intervenciones preventivas del profesional y, además, de prevenir altos niveles de indignación y /o impotencia que queman a los profesionales cuando sienten que los usuarios no siguen sus prescripciones o instrucciones.
4. Instrumentos de intervención individual: el decálogo de petición de cambios, es un instrumento facilitador para ser aplicado por el usuario y/o el equipo de salud, y pretende conseguir las modificaciones que sean necesarias para facilitar cambios comportamentales.
5. Los cinco puntos de control, que nos permitirán adquirir habilidades para desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitiva, a través de cinco técnicas: cómo conectar con el paciente (punto de control 1- conectar); cómo escuchar y obtener información sobre el motivo de consulta (punto de control 2-resumir); el manejo de técnicas de comunicación (punto de control 3-transmitir); técnicas de predicción (punto de control 4-la red de seguridad); cuidar de uno mismo (punto de control 5-mantenimiento), es decir, la prevención del estrés en el personal de salud o del médico (Neighbour, 1998).
 - a. **Las reglas** son las que nos permiten identificar especialmente los conflictos en las relaciones y, a través de la observación de la consulta médica y de la historia clínica, constatar que estas reglas no se cumplen. A pesar que el MSP asigna quince minutos para la consulta médica, en la práctica, el paciente recibe aproximadamente en promedio cinco minutos, a causa, muchas veces, de la alta demanda diaria de pacientes y quizás por un factor de organización del servicio.
 - b. **La comunidad** está conformada por todas aquellas personas involucradas y que son parte de la unidad operativa y de la consulta médica, por lo cual se ha considerado a los médicos, auxiliares de enfermería, paciente y

familia, auxiliar de estadística. En nuestro modelo no consideramos al profesional de odontología porque, al parecer, no juega ningún rol en la consulta del paciente hipertenso pero, por sus características, puede jugar un rol importante de enlace entre la comunidad y el médico, y de apoyo al equipo para asumir el mejoramiento de la relación médico paciente.

c. **División del trabajo.**- De acuerdo a observaciones realizadas y a entrevistas informales con algunos pacientes, podemos afirmar que en la atención médica de seguimiento, el auxiliar de estadística recepta al paciente y realiza la búsqueda de la historia clínica y lo entrega a enfermería para la preparación del paciente, aunque en muchas ocasiones esta actividad la realiza el mismo auxiliar de enfermería. El auxiliar de enfermería realiza la toma, es decir, la preparación de signos vitales del paciente y los registra en la historia clínica, aunque en ocasiones existe omisión. El médico realiza una ligera entrevista clínica y prescribe el tratamiento que es registrado en la historia clínica. El paciente desconoce las causas de su enfermedad y no comprende la necesidad de los controles periódicos y el seguimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Muy a menudo acude al control por presentar malestar evidente como mareos o cefalea intensa. La familia no participa del tratamiento del paciente, y menos en el mejoramiento de estilos de vida como beneficio para todos, por falta de conocimiento.

Son funciones del médico en las visitas de seguimiento (El Médico Interactivo.htm):

- Tomar la presión arterial en dos ocasiones en el brazo control, habitualmente el derecho, y calcular el promedio.
- Pesar al enfermo. En pacientes con sobrepeso u obesidad en tratamiento.
- Frecuencia cardíaca, sobre todo si el paciente toma fármacos que pueden influir en ella.
- Valorar el grado de cumplimiento terapéutico.
- Detectar la aparición o persistencia de posibles efectos secundarios.
- Registrar en la historia clínica el hábito tabáquico y el consumo de alcohol.
- Detectar posibles complicaciones nuevas, o cómo evolucionan las previamente detectadas.
- Llevar a cabo las pertinentes medidas de educación sanitaria.

Para el **seguimiento y control de la hipertensión se** sugieren actividades para enfermería y acciones para el paciente (Sánchez Arena, 1999):

Actividades de control de enfermería:

- Toma única en condiciones basales en el brazo control (derecho). Cada 3- 6 meses en hipertensos controlados; con menor frecuencia si existe orden médica expresa, se sospecha alteración modificable (efecto bata blanca, mal cumplimiento del tratamiento, etc.)
- Registro de peso en cada visita si el Índice de Masa Corporal es igual o mayor a 26 kg/m² (IMC= peso (kg) / talla (metros)². En caso contrario, cada año.
- Valoración del cumplimiento terapéutico. Detección de posibles efectos secundarios. Registro de hábitos nocivos (tabaco y alcohol)
- Educación sanitaria
- Se procederá a derivar al Médico general o de familia cuando exista alguna anormalidad.

El paciente debe tener:

Conocimiento de la enfermedad y sus consecuencias:

- Explicación de lo que es la hipertensión.
- Explicación de lo que es la máxima y la mínima Variabilidad de la Tensión Arterial según la edad y las circunstancias.
- Explicar las consecuencias de la enfermedad sobre el corazón, riñón y ojos.
- Recaltar la cronicidad de la hipertensión y la eficacia del tratamiento.
- Correcto seguimiento del tratamiento y de las dietas.
- Indicar la importancia del tratamiento establecido.
- Remarcar la importancia de la dieta hiposódica.
- Señalar la importancia de la restricción de las grasas.
- Limitación el consumo de alcohol
- Importancia del riesgo de asociación de tabaco e HTA.
- Ejercicio físico propio para cada edad.
- Cumplimiento de los controles periódicos: señalar su importancia.
- Informar de su contenido y exploraciones que se realizan según protocolo.

Juan Manuel Carrera considera que la familia del hipertenso debe contribuir para una buena relación médico –paciente con las siguientes acciones (Carrera):

1. Ofrecer al médico la mayor cantidad de información disponible sobre la enfermedad que se sospecha durante su interrogatorio.
2. Dar la oportunidad al médico de establecer un diagnóstico y tratamiento para determinar posteriormente una buena evolución. Tenerle confianza.
3. Nunca quedarse con dudas sobre el problema que están tratando de resolver los médicos. Si existe mala evolución o no ve mejoría del paciente debe hacerlo saber al médico.
4. Siempre deberá existir un familiar responsable, quien será el único encargado de otorgar y recibir información de la condición del paciente y éste, a su vez, será el que informará al resto de la familia, de esta forma se evitarán malos entendidos. Recordar que el trabajo del médico es ayudar al paciente, por consiguiente, ayudarlo para el beneficio del mismo paciente.

4.1.2. Lista de contradicciones:

Nivel 1

Poco tiempo dedicado a la consulta y a la entrevista clínica.

Entrevista clínica limitada.

La información levantada no reporta datos psicosociales – culturales del paciente.

Diferencia de intereses entre el médico y el paciente.

Nivel 2

El médico tiene dificultad para seguir las reglas.

El paciente – familia no llega a acuerdos con el médico.

El paciente tiene dificultades para cumplir con su rol.

El médico no utiliza los instrumentos adecuados para acercarse al paciente.

El paciente no parece ser el centro de la actividad.

Nivel 3

Existen espacios, sobre todo en el ámbito internacional, donde se está profundizando el cómo mejorar la relación médico – paciente, mientras que en el SCS Zapallo Grande no se evidencia.

5. CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIAS PREVIAS

Existen antecedentes de varios intentos por mejorar el seguimiento del paciente hipertenso a través de talleres de capacitación con personal profesional, relacionados con el cálculo del riesgo cardiovascular individual, protocolización de tratamientos y el manejo de la ficha individual del paciente, con seguimiento en terreno; sin embargo, el equipo ha mantenido en el transcurso del tiempo prácticas que no contribuyen a un mejor manejo de los casos, posiblemente porque faltó un análisis de la situación con respecto a este recurso humano porque se piensa que cuando algo no se hace bien es falta de capacitación, de conocimiento o falta de destreza técnica. Todo esto contribuyó para mantener el “divorcio”, por así decirlo, con el paciente hipertenso. Este conjunto de hechos me llevan a pensar que, aunque los conocimientos técnicos son importantes para el manejo del paciente, existe una condición indispensable para lograr que el médico quiera asumir el manejo adecuado de pacientes crónicos: ésta es el acercamiento de estos dos actores a través de un manejo adecuado de la comunicación.

Conocemos que, en el mismo SCS, 10 años atrás, el manejo de pacientes con tuberculosis era muy deficiente, con una alta tasa de abandono a causa, precisamente, de la falta de comunión entre el médico – paciente. Con la aplicación de técnicas de comunicación relacionadas con un mejor conocimiento del paciente y su entorno, a través de un manejo empático de su problema, los pacientes sintieron que eran importantes para el equipo de salud y negociaron tiempos, tratamiento, apoyo, etc. Se logró así disminuir las tasas de abandono a 4% en menos de un año.

El desconocimiento sobre la enfermedad y el objetivo del tratamiento antihipertensivo han llevado, por otro lado, a que el paciente reste importancia a su problema, y a que lo asuma temporalmente cuando conoce que un paciente llegó a hospitalizarse gravemente o falleció a causa de esta enfermedad. Esto demuestra que hace falta ese vínculo y socializar los conocimientos, al menos básicos, con el paciente.

6. HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES

La aplicación de la técnica PRECEDE, en combinación con la técnica “Los cinco puntos de control” en la entrevista clínica, y la capacitación continua de los médicos en el manejo de Hipertensión Arterial, mejorará la relación médico paciente contribuyendo al seguimiento adecuado de los pacientes hipertensos, como forma de prevenir complicaciones y muertes prematuras por la enfermedad.

6.1. Alternativas de cambio:

Nivel 1:

1. Aplicar la técnica de comunicación “Los cinco puntos de control en ruta” en la entrevista clínica.
2. Aplicación de la técnica de diagnóstico comportamental PRECEDE (Grabar / filmar la entrevista clínica).

Nivel 2:

3. Plan de formación /capacitación del equipo de salud en manejo de la HTA de acuerdo a funciones.
4. Plan de educación a la comunidad sobre la hipertensión.
5. Formación de redes de apoyo Psicosocial (paciente – familia – comunidad).

Nivel 3:

6. Estandarización de conductas para manejo de la entrevista clínica tomando en cuenta la realidad local.

6.2. Análisis y selección de alternativas

Los siguientes criterios nos permitieron elegir la alternativa más costo – eficiente

Tabla 1 Criterios de Selección de Alternativas

Criterios	Alternativas					
	1	2	3	4	5	6
Factibilidad	2	2	2	2	2	2
Aplicabilidad	3	3	3	2	1	2
Visibilidad	2	3	3	2	1	2
Impacto	3	3	2	2	2	3
Sostenibilidad	2	2	2	3	1	2
Duplicidad	1	1	1	1	1	1
Aceptabilidad ética	3	1	3	2	2	2
Total	16	15	16	14	10	14

Leyenda: 1= bajo, 2 = mediano, 3= alto

Fuente: Equipo SCS Zapallo Grande

Elaborado por: Cintia Caicedo

Las alternativas que alcanzaron el mayor puntaje son las relacionadas con las contradicciones enmarcadas en los niveles uno y tres:

1. Aplicación de las técnicas PRECEDE y Los Cinco Puntos de Control
2. Capacitación del equipo de salud en manejo de la HTA de acuerdo a funciones.

Estas alternativas se complementan y permiten identificar y seleccionar patrones de comportamiento para abordar, de mejor manera, el seguimiento del paciente hipertenso, puesto que pone en consideración su entorno; la relación con el paciente; el desarrollo de habilidades técnicas en el profesional o personal en general, y también el de la comunicación. Es importante reconocer que muchas veces podemos ser buenos profesionales pero, si no tenemos desarrolladas ciertas destrezas para comunicarnos y relacionarnos con los demás, y en especial con pacientes con trastornos crónicos de salud, y viceversa, difícilmente podemos conseguir el objetivo deseado. No siempre la mala práctica médica obedece a fallas técnicas, sino también a fallas del comportamiento, desconocimiento de la cultura y problemática social del paciente, así como falta de respeto a sus derechos.

7. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

7.1. Objetivo del estudio

Contribuir al desarrollo de habilidades en la relación médico-paciente, con el fin de lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico del paciente hipertenso a través del tiempo.

7.2. Objetivo de aprendizaje

Evidenciar el patrón comportamental del personal médico en el aspecto comunicacional con el paciente.

8. INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Previa a la aplicación de la técnica PRECEDE (investigador), se socializó con el equipo de salud, y especialmente con los médicos, los conflictos encontrados en el modelo conceptual del problema, con la finalidad de revisar y negociar algunos procedimientos, pues esto nos permitió llevar a cabo las estrategias elegidas:

1. En un primer momento, el equipo de investigación (médicos, personal de salud del SCS y el investigador "principal") definió los tiempos, logística y actividades a realizar dentro de la consulta médica con los pacientes hipertensos y sus familias.

2. En un segundo momento, el médico realizó el diagnóstico de su conducta para lo cual, durante la consulta, preparó una grabadora y preguntó a cinco pacientes hipertensos que acudieron a la consulta si podía grabar la conversación que sostendrían durante la misma. Los pacientes aceptaron la grabación de audio y se registró en la HCL, el médico prendió la grabadora hasta la finalización de la consulta y agradeció paciente por su colaboración. Posteriormente escuchó la grabación y escribió las debilidades encontradas para su análisis con el grupo. Esta grabación no se socializó con los demás miembros del equipo para confirmar o encontrar otras debilidades; pero el ejercicio logró interiorizar el problema en el médico que grabó las consultas y lo motivó para querer darle solución, con el investigador principal como observador de la consulta, se pudo hacer un diagnóstico en conjunto.
3. En un tercer momento, se intentó aplicar la técnica PRECEDE a los médicos. Con los médicos, se diseñó e implementó una matriz para identificar los aspectos positivos y negativos de cada factor, para poder introducir los cambios en la forma de llevar la entrevista clínica. La actividad se realizó individualmente con cada médico (por aspectos logísticos de horarios). No se logró socializar los resultados de la aplicación de la técnica con los demás miembros del equipo, para lograr su participación en el proceso.
4. No se realizó la sesión de trabajo (taller de entrenamiento) con cada médico con respecto a los elementos de una comunicación eficaz durante la entrevista clínica, a través de la *Técnica de los cinco puntos de control*.
5. El médico en cada consulta utilizó la historia clínica en la cual reportó los elementos relevantes de la entrevista clínica y el estado físico del paciente. Abrió 12 fichas epidemiológicas del paciente hipertenso, las que se utilizan en el área para el seguimiento de los pacientes.
6. Se realizó un taller teórico con los médicos sobre el protocolo de manejo de la hipertensión, el cual tuvo una duración de dos días y en el que participaron médicos especializados en el tema. Se dio seguimiento al aspecto teórico a través de un taller práctico de un día, en el SCS de zapallo grande. Durante el taller se efectuó el control de un grupo de pacientes hipertensos en los que se identificó factores de riesgo, se evaluó su riesgo cardiovascular y se eligió la terapia medicamentosa o no medicamentosa apropiada. No se aplicaron las técnicas de comunicación con el paciente en la entrevista clínica ni el manejo adecuado (registro ordenado de datos relevantes, psicosociales y clínicos) de la historia clínica.
7. La aplicación de técnicas requieren de entrenamiento para alcanzar un grado alto de destreza que no le signifique esfuerzo extra al médico.

9. METODOLOGÍA

Para la realización de la investigación se conformó un equipo de trabajo integrado por el investigador principal (maestrante) y el equipo de salud de Zapallo Grande, puntualmente los dos médicos. Aunque de manera menos directa, también formaron parte de este grupo los auxiliares de enfermería, el estadístico y el odontólogo. Otra parte importante de este equipo estuvo constituida por los pacientes e instituciones que contribuyeron al desarrollo de la investigación, como la jefatura del área y el CECOMET.

Éstos fueron incluidos por su alto grado de relación con el problema en estudio. Los dos médicos y los pacientes son actores centrales, debido a que sin ellos no sería posible el proceso de interacción médico – paciente en la consulta clínica. Por otro lado, los auxiliares y el estadístico son los primeros actores que inician el proceso de interacción con el paciente, por tal motivo, es el momento en el cual deben ir sentándose las bases de un trato cordial, de entrega de información y de manifestación de interés en el paciente para que éste tenga una atención de calidad. El odontólogo es un actor importante dentro del equipo, ya que sirvió de nexo entre la comunidad y el SCS, y es un eje de apoyo para el resto del personal, pues no sólo realiza funciones inherentes a su profesión, sino también se preocupa por la cohesión del equipo.

En definitiva se reconoció a este equipo como actores que participan en la transformación de sí mismos y de su realidad. Por ello como principal estrategia de interacción investigador y equipo es que estos actuaron como iguales, desde el diseño de la propuesta, hasta su desarrollo.

La investigación que hemos realizado es del tipo *Investigación - Acción*, lo cual significa que hemos partido de un análisis de la situación que nos permitió encontrar los aspectos relevantes para plantear el problema. De esta forma, la investigación se realizó de forma conjunta con las acciones, incorporando las experiencias previas de los investigadores, con la finalidad de modelar la realidad que es el referente para generar decisiones empíricas o una hipótesis dinámica. Finalmente estas fueron llevadas a la práctica a través de una serie de acciones que han sido evaluadas especialmente en su proceso y que permitieron retroalimentar la acción. Hemos dejado de lado la evaluación analítica o de resultados, ya que por el corto tiempo de desarrollo no fue posible mostrar resultados intermedios y/o de impacto, por lo tanto nos centraremos especialmente en los resultados de proceso.

El investigador principal fue el responsable de la aplicación de las técnicas de diagnóstico comportamental y de guiar el análisis de la conducta médica. Para la capacitación técnica de los médicos en Hipertensión Arterial y el seguimiento del paciente se incorporaron otros actores externos.

9.1. Universo y Muestra

El universo en el SCS de Zapallo Grande corresponde a dos médicos y 85 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial. Para la adquisición de destrezas, a través de la aplicación de las técnicas descritas, trabajamos con una muestra de 30 pacientes que correspondió al 35% del universo, por ser el grupo de pacientes más cercanos a la unidad operativa. El porcentaje restante de los pacientes estuvo ubicado en comunidades dispersas, por lo cual los médicos podrán aplicar las técnicas durante las visitas domiciliarias, fuera del tiempo de investigación.

9.2. Métodos de Recolección de la Información

Durante el desarrollo de la investigación se recolectaron datos relacionados con las destrezas de los médicos para realizar la entrevista clínica: sus expectativas, sus conocimientos e inquietudes respecto a la necesidad de conocer mejor a sus pacientes y a su entorno. Todo esto era importante para que el paciente se responsabilizara de su propia salud. De esta manera, se nos permitió realizar un diagnóstico comportamental del médico, para definir sus fortalezas y debilidades frente a un proceso de mejoramiento comunicacional. Para esto se utilizó la guía de diagnóstico comportamental PRECEDE (ver

anexo 2), la grabación de la consulta médica para autoevaluación y la capacitación en manejo de técnicas para optimizar la entrevista clínica. También resultó importante hacer uso de las técnicas de revisión documental, observación directa y sus respectivos instrumentos, así como la ficha del paciente hipertenso (ver anexo 4).

Los instrumentos y técnicas aplicadas ya han sido validados en similares investigaciones (Disminución del abandono en los pacientes con tuberculosis, área Borbón 2000 y seguimiento de pacientes hipertensos), en el área de salud Borbón, por lo cual este paso ha sido obviado. Las variables de estudio estuvieron relacionadas con la situación por mejorar (ver anexo 1).

9.3. Plan de análisis de los datos

La información recogida por escrito en el diario de campo y en las guías de diagnóstico comportamental y de observación, así como las grabaciones, se analizó cualitativamente y permitió la elaboración de tablas para presentar los resultados.

La información de las grabaciones y del diagnóstico comportamental se transcribió literalmente y posteriormente se analizó mediante técnicas de un modelo “mejorado” de consulta médica y técnicas del modelo del discurso. Los datos se clasificaron por temas y aspectos que parecieron pertinentes para responder a los objetivos de aprendizaje.

Para asegurar la calidad de los resultados cualitativos, se realizó la triangulación de la información producida por los médicos. (Ver anexo 7). Se discutieron los resultados con uno de los médicos por no encontrarse el otro presente.

9.4. Consideraciones Éticas

La investigación no comprometió la integridad de los diversos actores que participaron en la misma, ya que se reservaron sus nombres y el anonimato en el diagnóstico comportamental. Cabe reiterar que la investigación reconoció a los actores como iguales del investigador principal.

10. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

10.1. De la evaluación operativa

Las actividades programadas no se cumplieron en su totalidad (ver anexo 1). Además se evidencia una participación mayor de uno de los dos médicos, lo cual se debe a aspectos programáticos del área de salud, desfases en los horarios de trabajo y por la organización del SCS (vacaciones, reuniones, visitas comunitarias, congestión de la consulta médica).

Se realizó el diagnóstico comportamental de los médicos el mismo que permitió que por sí mismo identifiquen sus debilidades y fortalezas y quieran encontrar herramientas que les permitan ser mejores profesionales para cumplir adecuadamente con su rol con cada paciente, independientemente de la causa de consulta. Por otro lado el taller teórico también

contribuyó en esta evaluación de su rol y a entender que necesitan mejorar técnicamente en el manejo del paciente hipertenso y que el uso de la ficha individual del paciente es una herramienta que les permite en parte cumplir con esta finalidad, al proveerle elementos para la clasificación del riesgo cardiovascular para poder negociar el tratamiento más adecuado a su condición.

La Técnica PRECEDE evidenció que generalmente los médicos realizaron preguntas a los pacientes induciendo a la respuesta, no negociaron con el paciente el tratamiento, la consulta gira en torno a él (centro de la atención), no están orientando adecuadamente la consulta, aplicaron una empatía incipiente con el paciente, no realizaron preguntas sobre aspectos socio-económicos del paciente, la historia clínica no fue considerada como una herramienta de comunicación (no fuente de datos para la consulta- entrevista) y dieron información muy limitada al paciente. Existe la tendencia a juzgar y a tutear al paciente y rapidez en la articulación de las palabras, en uno de los médicos.

Uno de los dos médicos considera importante desarrollar técnicas de comunicación que le permitan trabajar de mejor manera con los pacientes, porque considera que esa es una debilidad luego de escuchar las consultas grabadas; pero por otro lado considera que se deben aplicar estrategias que permitan aumentar el tiempo de la consulta médica y disminuir su propia tensión durante la atención.

El otro médico no se muestra renuente, pero su discurso es forzado y no evidencia entusiasmo por un trabajo más minucioso y que requiere invertir mayor tiempo con los pacientes. Con él no se pudo grabar las consultas para auto-evaluación pero si se observó la realización de éstas.

No se pudo evidenciar la pertinencia de la aplicación de la técnica *Los cinco puntos de control* en la entrevista clínica como punto importante para mejorar la relación médico - paciente. El objetivo de ésta era fortalecer un seguimiento adecuado de los pacientes hipertensos, como forma de prevenir complicaciones y muertes prematuras por la enfermedad; pero el tiempo no favoreció su aplicación.

A mitad de la investigación, se vio la necesidad de trabajar el aspecto organizativo de la unidad operativa, pues la incipiente delegación de funciones del personal de apoyo y la falta de definición de un tope de turnos de atención facilitó la concentración de pacientes en la consulta médica. Esto limitó mucho el tiempo de atención dedicado a cada paciente y a la realización de las acciones definidas, ya que creó una disyuntiva ética entre aumentar el tiempo de espera de los pacientes o realizar actividades de capacitación en servicio e implementación de nuevas herramientas de trabajo. Se optó por esperar que el médico se desocupara y utilizar su tiempo libre para desarrollar algunas actividades.

Se evidenció el problema organizativo con el equipo de turno durante las visitas a la unidad operativa, y se definió con el director de la unidad los siguientes aspectos que, si no se hubiera considerado, seguiría siendo una causa desconocida que limita la calidad de la atención respecto a la entrevista clínica y el uso de protocolos de atención:

- Más de 40 consultas diarias de consulta externa para un solo médico. En éstas no hay entrega de turnos ni un estudio de priorización para pacientes de las comunidades más alejadas del SCS.
- No se han definido las funciones del personal médico y paramédico dentro de la actividad diaria que evidencie un trabajo en equipo.
- Ausencia de flujogramas de atención al paciente.

- Falta de definición de espacios de trabajo para sistematización, análisis de la información, realización de archivos y programación mensual con todo el equipo.
- No existe un espacio de encuentro entre los dos médicos de la unidad.
- No se evidencian espacios de capacitación en servicio (capacitar sobre debilidades del personal, estudio de casos especiales, etc.).
- No existe control de asistencia del personal.
- Falta del plan de solicitud de necesidades (inventarios de insumos, medicamentos y formularios de atención).

10.2. De la evaluación analítica

No se pudo definir los efectos esperados al introducir la hipótesis de cambio, ya que se requiere de un mayor tiempo para alcanzar cambios de comportamiento y el cumplimiento de todas las actividades propuestas. Recordemos que la investigación-acción se caracteriza por un requerimiento grande de tiempo, que este trabajo no cubrió.

El estudio nos aporta un hecho novedoso de la Técnica PRECEDE, que no considera la mayoría de los autores consultados. Es evidente que se debe tomar en cuenta como un aspecto primordial la realización de una investigación diagnóstica que permita evidenciar los factores responsables para que una conducta por potenciar se lleve o no a cabo. En este caso, es importante saber si los médicos conocen la información sobre la relación médico – paciente, reconocen que sus actitudes pueden mejorar el seguimiento del paciente; se involucran con el uso de nuevas herramientas y/o técnicas y si ellos se sienten o no capaces de implementarlas; conocer sus valores y creencias respecto de los aspectos que se quieren potenciar. Al mismo tiempo, los médicos tendrían que realizar la misma evaluación con sus pacientes para lograr un mejor seguimiento.

Por otro lado, en el área rural es importante definir a través de este diagnóstico las facilidades con las que contarán los médicos, el equipo de trabajo o los pacientes para realizar la nueva conducta.

Generalmente intentamos promover cambios sin considerar lo expuesto. Al hacerlo así, podemos llegar a situaciones frustrantes, en especial si no valoramos especialmente el contexto en el que deseamos trabajar. Es conocido que siempre habrá mayores facilidades en unos sitios, más que en otros; pero esto contribuiría a desarrollar adaptaciones o aportaciones locales con técnicas originales, con el fin de provocar resultados más sostenibles en el tiempo.

Debrouwere nos sugiere técnicas depuradas de apoyo narrativo; sobre todo en la manera cómo se deben hacer preguntas y cómo se puede informar bien. Esta técnica está muy relacionada con los cinco puntos de control presentada como propuesta de cambio; sin embargo, cuando no son habilidades innatas⁶ en el personal médico o de salud se necesitarían varios años de práctica habituales. Esta habilidad de competencia comunicativa no solamente ocurre durante la consulta, sino también en la interrelación con parientes, amigos, etc. Por el contrario, si ésta estuviera siempre presente, su perfeccionamiento sería más factible, menos forzado; llevaría menos tiempo lograr la naturalidad en su aplicación. Es este hecho específico lo que no permitió iniciar la

⁶ Aunque las herramientas de comunicación se aprenden y las destrezas se perfeccionan con la práctica, consideramos que se debe tener ciertas condiciones naturales en las personas para alcanzar resultados en corto tiempo.

capacitación propuesta. Consideramos más valioso conocer el comportamiento médico para perfeccionar esta propuesta de cambio.

Se sabe que la comunicación al paciente puede ser tranquilizadora o amenazante y de alguna forma el médico la trasmite por lo que las palabras utilizadas , la forma de prescribir y todos estos adquieren un valor inapreciable, los datos experimentales indican que el calor humano con que se da un consejo tienen gran influencia en que sea seguido o no, advierte que la actitud y personalidad del médico juegan un destacado papel en el resultado del tratamiento, y que la insuficiencia de información afecta dichos resultados en un marco clínico controlado.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A manera de conclusión, debo indicar que el patrón comportamental del personal médico en el aspecto comunicacional no favorece la relación médico – paciente, porque el médico no escucha lo suficientemente al paciente, no se da el proceso de orientación para conocer lo que el paciente siente sobre su problema y de lo que espera de la atención, realiza mayormente preguntas cerradas y sugestivas y por sobre todo el protagonista de la consulta es él. Lo primordial es llegar a un diagnóstico y llevar a cabo una consulta prescriptiva a corto plazo⁷

No se pudo incidir en el mejoramiento de esta relación porque los objetivos planteados fueron muy ambiciosos para el tiempo destinado a la investigación y posiblemente la propuesta debió pretender mejorar uno o dos aspectos de la relación médico - paciente y no la relación en general y además porque organizativamente el SCS y su equipo no estaban preparados para asumir el cambio. Existen dificultades internas que hay que solucionar primero antes de asumir un reto tan importante, y sobre todo interiorizar cómo y cuándo quiero hacer los cambios cuando recién estamos descubriendo nuestras debilidades.

El personal médico tiene conciencia de sus limitadas habilidades de comunicación para lograr una adecuada relación médico paciente.

Recomendamos seguir el desarrollo de la investigación - acción propuesta, a fin de implementar todas las actividades en un mayor tiempo, y realizar una nueva evaluación operativa que nos dé mayor información sobre la validez de la hipótesis de cambio. También se debería realizar la evaluación analítica, previo el fortalecimiento del proceso de organización del servicio, sin dejar de lado el fortalecimiento de acciones de control de enfermedades crónicas.

La implementación de acciones de mejoramiento en el SCS de Zapallo Grande requiere, en primer lugar, de la ordenada organización del mismo, a fin de disminuir las incertidumbres y asegurar un adecuado desarrollo de las instrucciones operativas planteadas.

Además es importante que la implementación de actividades de “capacitación en servicio”, que contribuyan a mejorar el seguimiento de los pacientes hipertensos, a través de una mejor relación médico - paciente en el SCS de Zapallo Grande, se realice en un servicio distinto al propio servicio, a fin de realizar adecuadamente las acciones – instrucciones, sin tener la presión del tiempo de los pacientes que están en la sala de espera.

Por otro lado resaltamos que las instituciones de formación de profesionales de la salud introduzcan o fortalezcan el manejo de herramientas generales de comunicación, ya que en medios rurales con dificultades de acceso geográfico y económico, como Zapallo Grande ésta se convierte en tecnología de punta si se adaptan al medio, para enfrentar muchos problemas de los pacientes – usuarios al darles el rol que les corresponde en el cuidado de su propia salud.

⁷ Solucionar el problema en aquel momento, por lo tanto no hay una planificación del seguimiento del caso.

12. BIBLIOGRAFÍA

- Anselmi, M., Araujo, E., Narvaez, A., Cooper, P. J. and Guderian, R. H. (1995) *Genitourin Med*, **71**, 343-6.
- Anselmi, M., Avanzini, F., Moreira, J. M., Montalvo, G., Armani, D., Prandi, R., Marquez, M., Caicedo, C., Colombo, F. and Tognoni, G. (2003) *Lancet*, **361**, 1186-7.
- Anselmi, M., Moreira, J. Caicedo, C., Guderian, R. and Tognoni, G. (2002) *in press*.
- Bagattini JC, B. M. y. C. (1997) *Protocolo de estudio y tratamiento en hipertensión arterial*, Montevideo.
- Bimbela, J. (1996) *Cuidando al Cuidador. Couseling para médicos y otros profesionales de salud*, Barcelona.
- Blanks, J., Richards, F., Beltran, F., Collins, R., Alvarez, E., Zea Flores, G., Bauler, B., Cedillos, R., Heisler, M., Brandling-Bennett, D., Baldwin, W., Bayona, M., Klein, R. and Jacox, M. (1998) *Rev Panam Salud Publica*, **3**, 367-74.
- Carrera, J. M., Vol. 2008.
- CECOMET (2001) *Epidemiología y Participación: Herramientas y métodos, cuentos y propuestas de Epidemiología Comunitaria*, Génesis Ediciones, Quito.
- Cooper, P. J., Guevara, A. and Guderian, R. H. (1993) *Rev Soc Bras Med Trop*, **26**, 175-80.
- Coordinación, Á. B. (2006) Esmeraldas, pp. 42.
- Debrouwere, I. (2008) *La comunicacion médico-paciente en la consulta médica*, Monsalve Moreno, Quito.
- Guderian, R. H., Anselmi, M., Chico, M. and Cooper, P. J. (1991) *Trans R Soc Trop Med Hyg*, **85**, 639.
- Guderian, R. H., Anselmi, M., Espinel, M., Mancero, T., Rivadeneira, G., Proano, R., Calvopina, H. M., Vieira, J. C. and Cooper, P. J. (1997) *Trop Med Int Health*, **2**, 982-8.
- INEC, (2001), VOL. 2001 Estadísticas Vitales
- Moviner de la Puente, J. R. (2007), Vol. 2008.
- Neighbour, R. (1998) Barcelona, pp. 332.
- Noble, S. A. (2007), Vol. 2008.
- OPS, (2007) La Salud en las Américas, Washington D.C.
- Sánchez Arena, E. (1999), Vol. 2008.
- SIISE (2002), Vol. 2002 Ministerios del Frente Social.
- Tognoni, G. (1997) *Manual de Epidemiología Comunitaria*, Artes Graficas Silva, Quito.

12. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

12.1. Entrevista *clínica*

Es el proceso de comunicación que se produce entre médico y paciente, dentro del desarrollo de su profesión. La comunicación es la interrelación que se produce entre al menos dos personas que intercambian mensajes y consiguen hacerse conscientes, recíprocamente, de sus sentimientos e ideas, por medio de expresiones verbales y no verbales. El objetivo de la entrevista clínica es la atención del paciente para solucionar un problema de salud. Para alcanzar este objetivo se debe crear una buena *relación médico-paciente* donde el médico debe aplicar sus conocimientos técnicos y su humanidad, y el paciente su confianza.

12.2. Relación médico paciente

La relación médico-paciente es aquella que se establece entre dos seres humanos: el médico que intentará ayudar al paciente en las vicisitudes de su enfermedad y el enfermo que entrega su humanidad al médico para ser asistido. Esta relación ha existido desde los albores de la historia, y es variable de acuerdo con los cambios mismos que ha experimentado a través de los tiempos la convivencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las llamadas "sociedades primitivas" hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales.

En el plano de la ética, la relación médico-paciente, en lo que al paciente atañe, viene ante todo configurada por el hecho de que el médico no debe ser para el enfermo otra cosa que médico. El médico a la vez debe resolver inicialmente, en el sentido de la ayuda, la tensión ambivalente que dos tendencias espontáneas y antagonistas, una hacia la ayuda y otra hacia el abandono, suscitan siempre en el alma de quien contempla el espectáculo de la enfermedad. Ser médico implica hallarse habitual y profesionalmente dispuesto a una resolución favorable de la tensión ayuda-abandono.

El fundamento de la relación médico-paciente, al decir de Laín Entralgo, es la vinculación que inicialmente se establece entre el médico y el enfermo, por el hecho de haberse encontrado como tales, entre sí; vinculación cuya índole propia depende, ante todo, de los móviles que en el enfermo y en el médico han determinado su mutuo encuentro.

El nivel de "participación mutua y recíproca del médico y del paciente", es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en las rehabilitaciones postoperatorias o postraumáticas, en las readaptaciones físicas o psíquicas y, en general, en todas las situaciones, muy frecuentes en el mundo médico actual, en que el paciente puede asumir una participación activa, e incluso la iniciativa, en el tratamiento. Así en pacientes diabéticos, enfermedades cardíacas, enfermedades de la vejez, etc., el médico valora las necesidades, instruye y supervisa al paciente que, a su vez, lleva a cabo el tratamiento por sí mismo, según lo programado, y con la posibilidad de sugerir otras alternativas o decidir la necesidad y prioridad de una nueva consulta. El prototipo de relación que se establece es el de una cooperación entre personas adultas: relación adulto-adulto.

12.3. Técnica PRECEDE

Es el acrónimo de Predisposing: predisponentes; Reinforcing: reforzadores; Enabling: facilitadores; Causes: causas; Educational: educacional; Diagnosis: diagnóstico y Evaluation: evaluación. Esta técnica permite realizar una investigación diagnóstica de aspectos prioritarios que permitirán que la conducta se lleve o no a cabo.

12.4. Epidemiología Comunitaria

Se define básicamente como una disciplina técnica para documentar o hacer la historia de las relaciones entre poblaciones y enfermedades o, mejor dicho, entre poblaciones y el proceso salud enfermedad. Es una metodología o estilo de trabajo y de aplicación de la epidemiología para hacer procesos de educación-comunicación (diálogo) con y entre la comunidad, para aportar a su crecimiento y garantizar el derecho a la salud.

RELACIÓN DE ANEXOS

Anexo 1

Tabla 2 EVALUACIÓN OPERATIVA

Para la obtención de los datos que permitan realizar la EVALUACIÓN OPERATIVA se hace necesaria la operativización de variables a fin de definir los indicadores de proceso, las técnicas y sus fuentes de verificación.

No.	EJES TEMÁTICOS	VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR	FUENTES DE VERIFICACIÓN	ENFOQUE	TÉCNICA	INSTRUMENTO	OBSERVADO
1	Diagnóstico comportamental de los médicos	Entrevista clínica interactiva	La entrevista clínica es el proceso de comunicación que se produce entre médico y paciente, en la atención de este para dar solución y seguimiento a su problema de salud	<p>No. de pacientes en los que se realiza entrevista clínica grabada.</p> <p>No. de médicos que realizan entrevista clínica grabada.</p> <p>No. de entrevistas clínicas gravadas con consentimiento del paciente.</p> <p>No. de entrevistas clínicas grabadas analizadas.</p> <p>No. de matrices aplicadas a médicos con técnica PRECEDE.</p> <p>% de aplicación de técnica Cinco puntos de control</p> <p>Percepciones del paciente referente a los conocimientos de su enfermedad.</p>	<p>HCL</p> <p>Grabaciones de consulta</p> <p>Guía de diagnóstico PRECEDE</p> <p>Lista de chequeo técnica cinco puntos</p> <p>Paciente</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>Observación</p> <p>Rev. Documental</p> <p>Entrevista a profundidad</p>	<p>Guía de observación.</p> <p>Lista de chequeo</p> <p>Guía de entrevista semiestructurada</p>	<p>5</p> <p>1</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>1</p> <p>0%</p> <p>NA</p>

No.	EJES TEMÁTICOS	VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR	FUENTES DE VERIFICACIÓN	ENFOQUE	TÉCNICA	INSTRUMENTO	OBSERVADO
1	Diagnóstico comportamental de los médicos	Socialización de información	Es la puesta en común de la información levantada y su utilización.	<p>Nº. de reuniones de socialización de entrevistas clínicas.</p> <p>Reporte de diagnóstico de manejo de entrevista clínica por los médicos.</p> <p>Percepciones del médico sobre su manejo inicial de la entrevista clínica.</p> <p>Percepciones del paciente referente a los conocimientos de su enfermedad.</p>	<p>Informe de reunión.</p> <p>Informe diagnóstico de médicos sobre su manejo de la entrevista.</p> <p>Médicos</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>Observación</p> <p>Revisión documental</p> <p>Entrevista a profundidad</p>	<p>Guía de observación</p> <p>Lista de chequeo</p> <p>Guía de entrevista semi-estructurada</p>	<p>1</p> <p>1</p>

No.	EJES TEMÁTICOS	VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR	FUENTES DE VERIFICACIÓN	ENFOQUE	TÉCNICA	INSTRUMENTO	OBSERVADO
2	capacitación	Talleres	Es la actividad teórica – práctica a través de la cual se promueve la adquisición de conocimientos y destrezas para el mejoramiento de las acciones de salud.	<p>No. de talleres de capacitación</p> <p>No. de personas que asisten a talleres de acuerdo a su rol</p> <p>% de cumplimiento de ejes temáticos.</p>	<p>Informe de talleres,</p> <p>Lista de asistencia.</p> <p>Plan de capacitación</p>	Cuantitativa	<p>Observación</p> <p>Rev. documental</p>	<p>Guía de observación.</p> <p>Lista de chequeo</p>	<p>1</p> <p>2 MD</p>

No.	EJES TEMÁTICOS	VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR	FUENTES DE VERIFICACIÓN	ENFOQUE	TÉCNICA	INSTRUMENTO	OBSERVADO
2	Capacitación	Manejo de pacientes	Es la aplicación en terreno de conocimientos técnicos adquiridos para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente, considerando su individualidad.	<p>No. de pacientes con clasificación de riesgo cardiovascular</p> <p>No. de pacientes con tratamiento individualizado acorde a su riesgo.</p> <p>Percepciones del paciente sobre manejo de su hipertensión.</p>	HCL Protocolo de manejo Paciente	<p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>Observación</p> <p>Revisión documental</p> <p>Entrevista a profundidad</p>	<p>Guía de observación</p> <p>Lista de chequeo</p> <p>Guía de entrevista semiestructurada</p>	<p>12</p> <p>8</p>

No.	EJES TEMÁTICOS	VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR	FUENTES DE VERIFICACIÓN	ENFOQUE	TÉCNICA	INSTRUMENTO	OBSERVADO
3	Sistema de información	HCL	Documento personal de registro de las actividades de salud realizadas en el individuo sano o enfermo	% de pacientes hipertensos atendidos en los que se reportan datos relevantes de la entrevista clínica y de su condición clínica.	HCL	Cuantitativa	Observación Rev. documental	Guía de observación. Lista de chequeo	2
		Ficha de paciente hipertenso	Herramienta individual de registro exclusivo del diagnóstico y seguimiento de de la hipertensión arterial.	% de pacientes con apertura y seguimiento de ficha epidemiológica del paciente hipertenso.	HCL/ficha epidemiológica del paciente hipertenso	Cuantitativa	Observación Revisión documental	Guía de observación Lista de chequeo	12

Elaborado por: Cintia Caicedo

Tabla 3 Evaluación Analítica

A fin de medir los resultados de la intervención se hace necesaria la elaboración de otro grupo de indicadores (indicadores de resultados).

No.	EJES TEMÁTICOS	VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR	FUENTES DE VERIFICACIÓN	ENFOQUE	TÉCNICA	INSTRUMENTO	OBSERVADO
1	Seguimiento	Adherencia al tratamiento	Es la capacidad que tiene el paciente de asumir el tratamiento e instrucciones con la regularidad prescrita (cumplimiento).	% de pacientes hipertensos en seguimiento regular acorde a su condición. % de pacientes que asumen el tratamiento farmacológico y / o no farmacológico.	HCL Ficha epidemiológica	cuantitativo	Revisión documental	Lista de chequeo	1
		Hipertensión controlada	Valores de presión inferiores a 140/90 mm. Hg de presión en el paciente hipertenso	% de pacientes hipertensos con valores de presión 140/90 mm. Hg	HCL Ficha epidemiológica	Cuantitativo	Revisión documental	Lista de chequeo	Hipertensión controlada

No.	EJES TEMÁTICOS	VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR	FUENTES DE VERIFICACIÓN	ENFOQUE	TÉCNICA	INSTRUMENTO	OBSERVADO
2	Características de la entrevista	Cumplimiento	Capacidad de poner en práctica conocimientos adquiridos para mejorar la relación médico-paciente.	<p>Calidad y cantidad de información obtenida en la consulta médica.</p> <p>Tiempo promedio asignado a la consulta médica del paciente hipertenso.</p> <p>Cantidad y tipo de información compartida con el paciente.</p> <p>Percepción del paciente sobre conocimientos sobre su enfermedad</p>	<p>HCL</p> <p>Consulta médica</p> <p>Paciente hipertenso</p>	Cuali - cuantitativa	<p>Revisión documental</p> <p>Entrevista a profundidad</p>	<p>Matriz de recolección de datos</p> <p>Guía de entrevista semiestructurada</p>	2

Elaborado por: Cintia caicedo

Anexo 2

Tabla 4 Guía de Diagnóstico comportamental PRECEDE

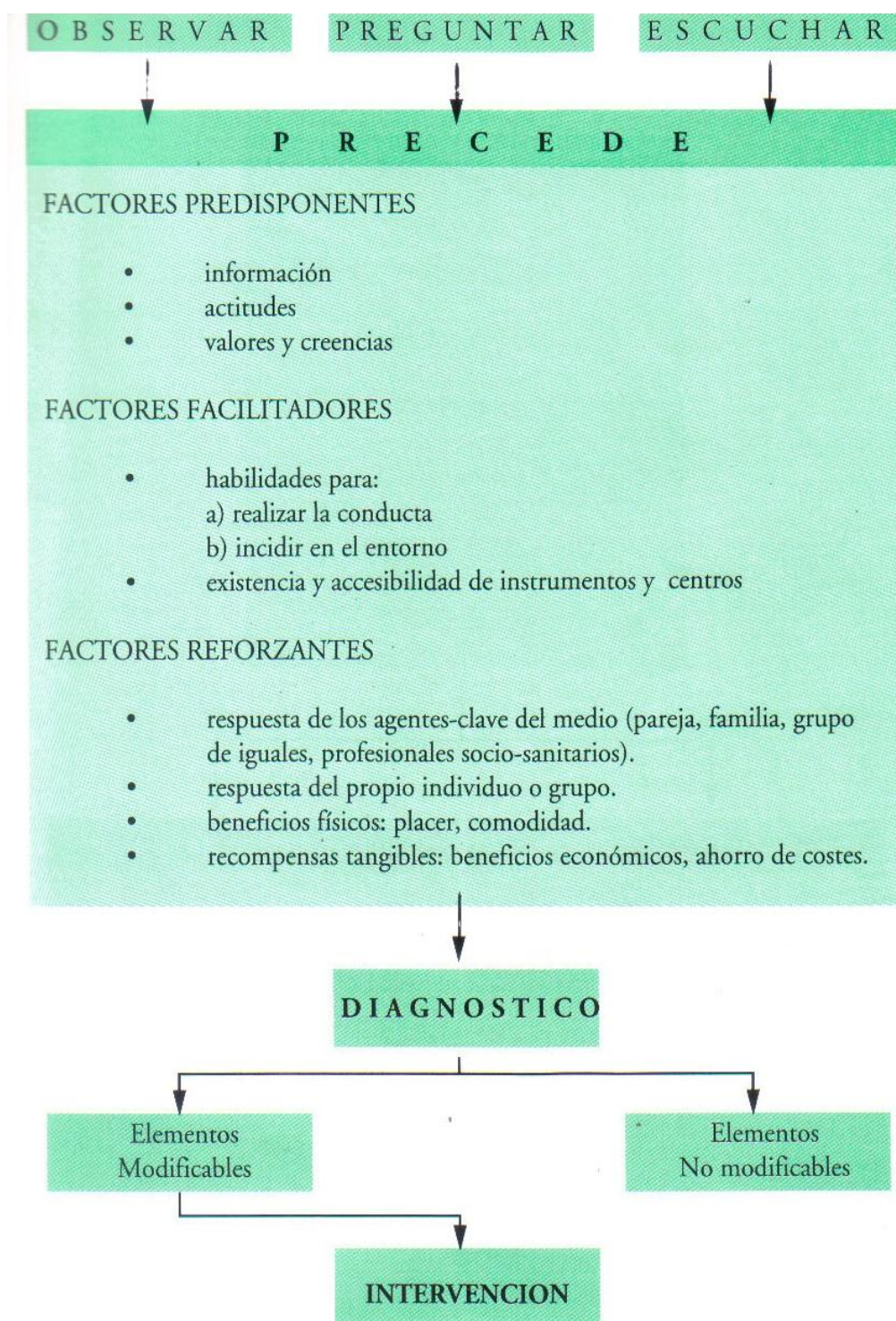
Conducta a analizar: Relación médico – paciente

Población diana: médicos del SCS de Zapallo Grande

<i>Factores predisponentes:</i> lo que los médicos saben, piensan, creen, opinan, etc. Respecto a la relación médico-paciente.	
Lista (+) a favor del mejoramiento de la relación médico – paciente	Lista (-) en contra del mejoramiento de la relación médico-paciente
<i>Factores facilitadores:</i> que juegan su papel antes de realizar la conducta	
Lista (+) a favor del mejoramiento de la relación médico – paciente	Lista (-) en contra del mejoramiento de la relación médico-paciente
<i>Factores Reforzantes:</i> que juegan su papel después de realizar la conducta	
Lista (+) a favor del mejoramiento de la relación médico – paciente	Lista (-) en contra del mejoramiento de la relación médico-paciente

Elaborado por: Cintia Caicedo

Tabla 5 Modelo PRECEDE



Fuente: Bimbela, JL
 Elaborado por: Bimbela, JL

Anexo 3

Tabla 6 FORTALEZAS Y DEBILIDADES COMUNICACIONALES DE LOS MÉDICOS⁸

<p>MÉDICO 1 considera que maneja un número alto de pacientes diarios y que contribuye a abrir un abismo entre el médico y el paciente, los cambios de ánimo, influyen en su conducta con el paciente. Le gustaría adquirir destrezas comunicacionales. Por otro lado está consciente que los pacientes hipertensos no están siendo seguidos adecuadamente y que él tiene mucha responsabilidad en esto.</p>	
FORTALEZAS COMUNICACIONALES	DEBILIDADES COMUNICACIONALES
<p><i>Introduce confianza a través de preguntas sobre el entorno</i></p> <p><i>Llama al paciente por su nombre</i></p> <p>Se da tiempo para escuchar – silencio funcional.</p>	<p><i>Realiza preguntas induciendo a la respuesta.</i></p> <p>No negocia con el paciente tratamiento</p> <p>No orienta la consulta</p> <p>El es el centro de la atención (aunque no tan marcada) empatía incipiente.</p> <p>Da información limitada al paciente.</p> <p>No realiza preguntas sobre aspectos socio-económicos del paciente.</p> <p>La historia clínica no es considerada una herramienta de comunicación (no fuente de datos para la consulta- entrevista)</p>
<p>1.1 MÉDICO 2. Desea participar en la investigación por el bien de los pacientes. (No se logró trabajar mayormente con él)</p>	
<p>Disminuye las barreras físicas con el paciente.</p>	<p>Juzga y Tutea al paciente</p> <p>Impaciente, no orienta la consulta</p> <p>Habla muy rápido</p> <p>No negocia tratamiento, da información limitada al paciente.</p> <p>El médico es el centro de la atención</p> <p>La historia clínica no es considerada una herramienta de comunicación (no fuente de datos para la consulta- entrevista)</p>

Fuente: investigación

Elaborado por: Cintia Caicedo

⁸ Resultado de las grabaciones - observación de la consulta y entrevista con los médicos.

Tabla 7 Ficha del Paciente Hipertenso



Ministerio de Salud Pública
 Área de Salud Borbón
 Ficha de Seguimiento a Hipertensos

TAM _____ Localidad _____ Nombre _____

Sexo M F Fecha de nacimiento [][]/[][]/[][][][] Fecha apertura ficha [][][][]/[][][][]/[][][][]

Caso conocido para el área Si No Paciente sabía Si No Edad del diagnóstico _____ años

Presión arterial (mm Hg) 1° Toma [][][]/[][][] 2° Toma [][][]/[][][]

Nivel de presión arterial * < 140/90 140-159/90-99 160-179/100-109 ≥ 180/110

Factores de riesgo asociados a hipertensión

- Ninguno Si No

- Varón de edad > 55 años Si No - Mujer de edad > 65 años Si No

- Tabaquismo (> 10 unidades/día) Si No

- Diabetes mellitus Si No

- Antecedente de TIA Si No - Antecedente de ACV Si No

- Antecedente de infarto de miocardio Si No - Angina de pecho Si No

- Insuficiencia cardíaca Si No - Arteriopatía periférica obstructiva Si No

- Insuficiencia renal (creatinina > 2mg %) Si No

Riesgo cardiovascular global (Ver tabla de Riesgo Cardiovascular)

Normal Bajo Moderado Alto Muy alto

El paciente está haciendo en la última semana:

- Dieta hiposódica Si No

- Terapia vegetal Si No

- Terapia farmacológica No Si Cuál/es fármacos? _____ Dosis: _____

Efectos secundarios No Si Cuáles _____

Dieta Si No Vegetal Si No Farmacológica Si No

Cuál /es fármacos y dosis _____

Si terapia modificada anotar porqué. _____

* Si los valores sistólica y diastólica caen en dos categorías diferentes de presión tomar en cuenta el valor más elevado

CÉCOMET.

Fecha 1° control <input type="text"/>	Presión arterial (mm Hg)
No hizo <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Se fue <input type="checkbox"/>	1° Toma <input type="text"/>
Falleció <input type="checkbox"/> Causa _____ Mes y año <input type="text"/>	2° Toma <input type="text"/>
Factor/es de riesgo nuevo/s <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si Cuál/es _____	Mes y año <input type="text"/>
Riesgo cardiovascular global actual <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muy alto	
El paciente está haciendo en la última semana:	
- Dieta hiposódica <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
- Terapia vegetal <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
- Terapia farmacológica <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si Cuál/es fármacos? _____ Dosis: _____	
Efectos secundarios <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si Cuáles _____	
Terapia prescrita al final del control: Dieta <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Vegetal <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Farmacológica <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cuál/es fármacos y dosis _____	
Si terapia modificada anotar porqué _____	

Fecha 2° control <input type="text"/>	Presión arterial (mm Hg)
No hizo <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Se fue <input type="checkbox"/>	1° Toma <input type="text"/>
Falleció <input type="checkbox"/> Causa _____ Mes y año <input type="text"/>	2° Toma <input type="text"/>
Factor/es de riesgo nuevo/s <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si Cuál/es _____	Mes y año <input type="text"/>
Riesgo cardiovascular global actual <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muy alto	
El paciente está haciendo en la última semana:	
- Dieta hiposódica <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	
- Terapia vegetal <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	
- Terapia farmacológica <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si Cuál/es fármacos? _____ Dosis: _____	
Efectos secundarios <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si Cuáles _____	
Terapia prescrita al final del control: Dieta <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No Vegetal <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No Farmacológica <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	
Cuál/es fármacos y dosis _____	
Si terapia modificada anotar porqué _____	

Fuente: CECOMET
 Elaborado por: Juan Moreira

ANEXO 5

Ilustración 4 Guía Análisis del Discurso

1. Contenido

- 1.1. ¿Sobre qué se habla en el discurso?
- 1.2. ¿Cuál es su tema central?
- 1.3. ¿Qué conceptos claves, qué conceptos fundamentales, caracterizan el texto?
- 1.4. ¿Cómo está estructurado el contenido del discurso?
- 1.5. ¿Qué tesis centrales se formulan?
- 1.6. ¿Con qué argumentos se fundamentan esas tesis?
- 1.7. ¿Es el argumento expuesto, plausible, lógico y se corresponde a los hechos?

2. Orador

- 2.1. ¿Quién es y desde qué función habla el orador?
- 2.2. ¿Qué intenciones persigue él con su discurso?
- 2.3. ¿Cuáles posiciones ideológicas básicas dirigen su discurso?
- 2.4. ¿Intenta el orador manipular a su auditorio?
- 2.5. ¿Qué es lo que informa -intencional o no intencionalmente- sobre sí mismo y sobre sus convicciones?
- 2.7. ¿Cuáles signos -conscientes o inconscientes- no verbales y paralingüísticos se pueden reconocer en el orador (en su tono o en sus gestos)?

3. Oyentes

- 3.1. ¿Cuáles son los oyentes de ese discurso? Pertenecen a un grupo homogéneo o no?
- 3.2. ¿Qué tipos de relaciones emocionales y sociales existen entre el orador y su público?
- 3.3. ¿Qué convicciones ideológicas fundamentales siguen los oyentes?,
- 3.4. ¿Cómo reaccionan los oyentes a lo largo y al final del discurso?
- 3.5. ¿Existe la posibilidad de interrumpir al orador para hacerle preguntas?

4. Contexto

- 4.1. ¿Dónde y cuándo es pronunciado el discurso?
- 4.3. ¿Se trata de un discurso espontáneo o de un discurso preparado?

5. Análisis lingüístico retórico

- 5.1. ¿En cuál tipo de discurso puede ser ubicado?
- 5.3. ¿Qué particularidades lingüísticas caracterizan al discurso?
- 5.7. ¿Qué signos para-lingüísticos (susurrar, chillar) apoyan la enunciación del discurso?