



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESPECIALIZACIÓN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**“CONOCIMIENTOS, EXPERIENCIAS Y REPRESENTACIONES
SOCIOCULTURALES EN TORNO A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES
HIPERTENSOS MAYORES DE 35 AÑOS DE EDAD DE LA PARROQUIA SAN
FRANCISCO DEL CANTON COTACACHI DE MAYO A SEPTIEMBRE DEL
2021”**

Disertación previa a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

AUTORAS:

FREIRE OJEDA MELIDA MARITZA

PAREDES MONTESDEOCA LORENA PAULINA

DIRECTORA: Mtr. PATRICIA ORTIZ

IBARRA 2021

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la Virgencita de la Dolorosa por darme una nueva oportunidad al continuar con vida en esta pandemia COVID-19. A mis padres especialmente a mi madre Obdulia Ojeda quien con su apoyo me ayudo culminar el Posgrado.

Agradecimiento a mi directora de trabajo de tesis la Mtr. Patricia Ortiz, que con paciencia me guío durante todo este trabajo de investigación, autoridades de las instituciones tanto de la PUCE y del MSP de la ciudad de Cotacachi quienes me permitieron la realización del presente trabajo. Finalmente, a mi grupo de rotación los UTERS quienes me acompañaron todo este largo camino de POSGRADO.

Melida Freire

Agradecida con mi Dios por la vida, porque seguimos aquí presentes mi familia y yo sobreviviendo en esta pandemia que aún no termina, un agradecimiento a los docentes (PUCE) que tuve la oportunidad de conocer y me inculcaron todas sus enseñanzas en esta especialidad, a nuestra directora de tesis Magister Patricia Ortiz mil gracias por contar con su apoyo para la culminación de esta tesis.

Lorena Paredes

DEDICATORIA

La presente investigación le dedico a mis padres Armando y Obdulia que son el pilar fundamental en mi vida y que gracias a ellos logre cumplir mis metas.

Mélida Freire

Existe una frase “El que persevera alcanza” sin duda alguna es un gran dicho, todo este esfuerzo dedico con mucho amor a mi madre Inés que me ha enseñado con ejemplo que en la vida por más dificultades que exista no debemos rendirnos, a mi padre Mario que a pesar de la distancia he sentido su apoyo incondicional, a mi hermana Jhoana que siempre estuvo ahí con unas palabras de aliento cuando muchas veces me vi rendida, Augustito que me demostró su lealtad y cariño en este tiempo de ausencia.

Lorena Paredes

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	1
AGRADECIMIENTO.....	2
DEDICATORIA.....	4
ÍNDICE DE CONTENIDOS	6
ÍNDICE DE TABLAS.....	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS	10
RESUMEN	11
ABSTRACT.....	12
1. CAPITULO I.....	13
1. INTRODUCCION.....	13
2. CAPITULO II	17
2.1 MARCO TEÓRICO.....	17
2.1.1. Epidemiología	17
2.1.2. Enfermedades crónicas no trasmisibles	18
2.1.2.1. Factores de riesgo asociadas a la hipertensión arterial	18
2.1.2.2. Complicaciones de la hipertensión arterial	18
2.1.3. Teoría de las Representaciones Sociales	19
2.1.3.1. Representaciones sociales y la salud	21
2.1.3.2. Antropología médica y las representaciones socioculturales	21
2.1.3.3. Las representaciones sociales y la hipertensión arterial	22
3.1.1. Justificación:	23
3.1.2. Problema de Investigación:.....	23

3.1.3.	Objetivos:.....	23
3.1.3.1.	Objetivo General:.....	23
3.1.3.2.	Objetivos Específicos:.....	24
3.1.4.	Hipótesis	24
3.1.5.	Metodología	24
3.1.5.1.	Variables y Dimensiones	24
3.1.6.	Tipo de Estudio	26
3.1.7.	Universo y Selección de informantes claves de estudio:.....	26
3.1.8.	Criterios de inclusión:.....	26
3.1.9.	Criterios de exclusión:	26
3.1.10.	Selección de informantes claves	26
3.1.11.	Procedimiento de recolección de información.....	28
3.1.12.	Plan análisis de los datos	28
3.1.13.	Registro de información	28
3.1.14.	Lectura y organización de la información	28
3.1.15.	Clasificación de la información	29
3.1.16.	Análisis de contenidos	29
3.1.17.	Modelo de análisis de Representaciones Sociales	30
3.1.18.	Aspectos Bioéticos	30
4.	CAPITULO IV.....	32
4.1.	RESULTADOS	32
4.1.1.	Descripción Etnográfica de la Parroquia San Francisco	32
4.1.2.	Descripción de los resultados de las informantes claves.....	32
4.1.3.	Características generales de los informantes clave	35

5. CAPITULO V	73
5.1. DISCUSIÓN.....	73
LIMITANTES DEL ESTUDIO.....	74
6. CAPITULO VI.....	76
6.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
6.1.1. Conclusiones	76
6.1.2. Recomendaciones.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXOS	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Efectos producidos por la hipertensión arterial sistémica a nivel de órganos.....	19
Tabla 2: Variables y Dimensiones.....	24
Tabla 3: Tabla de selección de informantes.....	27
Tabla 4: Perfil del Entrevistado.....	35
Tabla 5: Cuadro Resumen de las Representaciones Sociales de los pacientes	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico: 1 Conocimiento sobre salud-enfermedad.....	33
Gráfico: 2:Experiencia servicios de salud	34
Gráfico: 3:Representaciones sociales	34
Gráfico 4: Relación con otras enfermedades	38
Gráfico: 5: Relación con otras enfermedades	40
Gráfico: 6: Causas de la enfermedad.....	42
Gráfico: 7: Síntomas de la enfermedad	43
Gráfico: 8: Sitio y persona que diagnostico la enfermedad	46
Gráfico: 9: Tipo de tratamiento.....	47
Gráfico: 10: Seguimiento de tratamiento recomendado	50
Gráfico: 11: Significado de estar o sentirse enfermo	52
Gráfico: 12: Enfermedades que le impiden realizar sus actividades.....	54
Gráfico: 13: La hipertensión le hace sentir que está enferma	56
Gráfico: 14: El tratamiento que usted lleva le funciona	58
Gráfico: 15: Regularidad del chequeo medico.....	60
Gráfico: 16: Factores socio-culturales, familiares, laborales, que influyen con el tratamiento	62
Gráfico: 17: Considera una cura para la hipertensión	63
Gráfico: 18: La hipertensión es una “enfermedad llevadera”	65
Gráfico: 19: Consolidado de las representaciones sociales de los pacientes con HTA.....	72

RESUMEN

La presente investigación indagó las representaciones socioculturales y experiencias sobre la hipertensión arterial que poseen los pacientes, es decir cómo comprenden y construyen el conocimiento la población indígena y mestiza a través de la enfermedad que padecen. De esta manera, el objetivo de este estudio fue describir los conocimientos, experiencias y representaciones socioculturales de los pacientes hipertensos mayores de 35 años en parroquia San Francisco, Cotacachi, para ello se realizó un estudio cualitativo tipo etnográfico, en el que se aplicó una entrevista semiestructurada a 24 pacientes con HTA escogidos por conveniencia y que cumplieron con los parámetros establecidos como el barrio de residencia, la etnia, el sexo y los grupos de edad. Las entrevistas fueron transcritas de forma textual en un documento de Word y posteriormente clasificadas y analizadas de acuerdo a las categorías y subcategorías previamente definidas. Entre los resultados más importantes del estudio se pueden mencionar que la población indígena como mestiza no tienen un concepto claro sobre la hipertensión arterial, así como sus causas y la relación que esta tenga con otras patologías, generalmente la asocian con los diferentes signos y síntomas que esta enfermedad presenta; además con los problemas y crisis familiares normativas y no normativa. Se destaca el discurso biomédico en los pacientes al referirse al tratamiento farmacológico; sin embargo, rescatan sus creencias al complementar este tratamiento con el uso de ciertas hierbas curativas y el tratamiento no farmacológico forma parte del manejo de los pacientes para el control de la enfermedad.

Palabras Claves: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, REPRESENTACIONES SOCIOCULTURALES, ADULTO MADURO, ETNOVISIÓN

ABSTRACT

This research investigated the sociocultural representations and experiences of high blood pressure that patients have, that is, how the indigenous and mestizo population understand and build knowledge through the disease they suffer. In this way, the objective of this study was to describe the knowledge, experiences and sociocultural representations of hypertensive patients older than 35 years in San Francisco parish, Cotacachi, for this a qualitative ethnographic study was carried out, in which an interview was applied Semi-structured study of 24 patients with HT, chosen for convenience and who met the established parameters such as neighborhood of residence, ethnicity, sex, and age groups. The interviews were transcribed verbatim into a Word document and later classified and analyzed according to the previously defined categories and subcategories. Among the most important results of the study, it can be mentioned that the indigenous population as mestizo do not have a clear concept about arterial hypertension, as well as its causes and the relationship it has with other pathologies, they generally associate it with the different signs and symptoms that this disease presents; also with normative and non-normative family problems and crises. The biomedical discourse in patients is highlighted when referring to pharmacological treatment; however, they rescue their beliefs by complementing this treatment with the use of certain healing herbs and non-pharmacological treatment is part of the management of patients to control the disease.

KEY WORDS: ARTERIAL HYPERTENSION, SOCIOCULTURAL REPRESENTATIONS, MATURE ADULT, ETHNOVISION

1. CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (1946) definió a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente a la ausencia de enfermedades o afecciones”. Por consiguiente, un derecho fundamental de todo ser humano es el disfrute máximo de la salud sin distinción alguna de sexo, raza, religión, cultura, pensamiento político o posición económica y social (Pruneda, 2006).

En contraste a esto Pruneda (2006) menciona que la OMS define la enfermedad como la “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. Es así que los conceptos de salud y enfermedad pueden variar la percepción de cada sociedad, grupo de edad, grupo étnico, cultural, religioso, o incluso la percepción individual de cada persona sobre su significado, es necesario conocer como las personas etiquetan, catalogan y clasifican las enfermedades.

Para Miller (2011) la salud es aquel problema de salud biológico objetiva y universal, mientras que la enfermedad es una percepción y experiencia modelada culturalmente de un problema de salud; concluyendo que no todas las costumbres, definiciones o conocimientos en cuanto a salud/enfermedad deben ser idénticas.

Tomando como referencia lo anterior, Whelton, Carey, Aronow, Casey, Collins, Dennison & otros (2017) denotan que la presión arterial elevada es una de las causas más importantes de morbimortalidad a nivel mundial y constituye el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, y es la segunda causa de mortalidad prevenible por todas las causas .

Igualmente, Benavides, Benavides , Villalobos, & Rojas (2013) sostienen que la prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) desde hace algunas décadas difiere sustancialmente entre las regiones del mundo ya sea por sus diferencias ambientales y socioculturales: como el nivel de escolaridad,

residencia, ocupación y estado civil, los mismos que han influido en el control y seguimiento de esta enfermedad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

Para León, Díaz & Páez Rovira (2003) “las creencias acerca de la enfermedad forman teorías que giran en torno a componentes que conforman un esquema tomando en cuenta la identidad (nombre y síntomas), consecuencias (físicas, sociales, afectivas, económicas), evolución (duración y curso), causas y curabilidad”. “Los valores culturales se han asociado a los procesos de creencias y conductas sociales relevantes para las representaciones y respuestas ante las enfermedades como ilusión de invulnerabilidad; percepción de control; sesgos de auto-protección; relación médico-paciente; percepción de enfermedad y muerte” (León, Díaz, & Paéz Rovira, 2003).

De hecho, “las representaciones socioculturales son parte de la vida y por ende de la enfermedad, y varían en función de los grupos o comunidades de acuerdo a la formación de los sujetos” (Coria, y otros, 2010) y a su posición en la estructura social (Jodelet, 1986). Varias investigaciones socio-antropológicas se han interesado en captar la experiencia subjetiva del paciente, y en comprender su visión de la enfermedad, enfatizando en los factores culturales y sociales que interviene en la interpretación de los padecimientos (Margulies, 2014).

Es así que para Langdon & Wiik (2010) “un buen paciente es aquel que posee cultura suficiente para comprender y seguir las indicaciones emitidas por el médico; a diferencia de un paciente sin cultura quien actúa por ignorancia y guiado por supersticiones”.

La HTA presenta una sucesión de modelos y esquemas sociales derivativos, de acuerdo al grupo poblacional estudiado. En una publicación antropológica elaborado Scoth (1959) se muestran las divergencias que pueden estar presentes en individuos diagnosticadas de hipertensión arterial que habitan en el área rural y urbana; este destaca que los sujetos que tenían hipertensión arterial de alto grado, fueron aquellos que migraron a las ciudades y les resultaba complejo la adaptación a la vida urbana.

En el estudio realizado por Mazzeo (2013) se describe la concepción de la hipertensión en la población haitiana, hace referencia a que el corazón formula el equilibrio de la sangre en las

extremidades por lo que la sangre alta, es sangre que sube y se acumula afectando la cabeza y el cerebro; otros estudios coinciden que la sangre alta es asociada con el calor y deben enfriarse y que los sentimientos negativos hacen que la sangre suba a la cabeza. Se ha evidenciado en diversos estudios que el salario y la escolaridad constituyen factores de riesgo para el desarrollo de la HTA (Taveira & Pierin, 2007), además que la migración laboral aumenta el estrés, así como otros factores psicosociales que se vinculan a un mayor riesgo de hipertensión (Mazzeo, 2013).

Así, se puede mencionar que las representaciones socioculturales no son solo producto de una persona aislada, son el resultado de creaciones individuales y al mismo tiempo colectivas. Para Banchs (2020) “este conocimiento se constituye a partir de experiencias, información, conocimientos y modelos de pensamiento transmitidos a través de la tradición, educación y la comunicación social, de este modo, es un conocimiento socialmente elaborado y compartido”.

García de Alba, Salcedo Leticia-Rocha, Vargas, García de Alba, & Salcedo Rocha, (2012) consideran que los grupos culturales comparten representaciones sociales en torno a las enfermedades habituales, resultando primordial ofrecer alternativas de atención de acuerdo a la cultura de cada población, constituyendo un puente de entendimiento entre lo biológico y lo social acerca de la salud enfermedad, mostrándolo como como proceso bicultural así, “vivir la enfermedad” es saber sobre la misma y las causas que la producen.

Con relación a la teoría de las representaciones sociales dada por Ofman, Iris, Girardi & Cófreces (2015) y Torres (1990), las concepciones que tienen los pacientes acerca de la HTA, deben ser considerados por el personal de la salud, quienes en ocasiones no consideran los factores psicosocial y cultural en el proceso salud-enfermedad. “Se considera de suma importancia integrar las diversas variables que interactúan en la hipertensión, realizando un abordaje integral, ya que se trata de un trastorno multifactorial que obedece a diversas causas de orden: biológico, ambiental y psicológico” (Grosse & Grosse, 2017).

De esta manera, las representaciones sociales de los pacientes y las creencias particulares respecto a la HTA pueden considerarse factores que influyen en la falla del control de la enfermedad (Ruiz & Soto, 2019). Es así que para González & Rodríguez Salvá (2018) la teoría de las representaciones

sociales es un instrumento de suma importancia para el estudio sobre enfermedades y salud, pues las representaciones que posee cada individuo en relación a la HTA establecerán la manera en que asuman su autocuidado.

Con estos antecedentes, el presente estudio se basa en la investigación realizada por la Red Latinoamericana Multidisciplinaria de Investigación en Enfermedades Crónicas no transmisibles sobre las “Representaciones Sociales sobre la Hipertensión Arterial en Personas Hipertensas y no Hipertensas de Cuatro Países en Latinoamérica: Cuba, Ecuador, Colombia y México”.

2. CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1. Epidemiología

El estudio realizado por Zhou, Carrillo-Larco, Danaei, Riley, Paciorek, entre otros (2021) y publicado en *The Lancet* menciona que:

“A nivel mundial la cantidad de adultos comprendido en las edades de 30 y 79 años con presión arterial elevada se ha incrementado de 650 millones a 1280 millones en estas tres últimas décadas, según el primer análisis mundial exhaustivo de las tendencias de la prevalencia, la detección, el tratamiento y el control de la hipertensión (...). Casi la mitad de estas personas no sabían que tenían hipertensión por lo que confirmamos que la hipertensión arterial sigue siendo una enfermedad silenciosa por ausencia de síntomas” (Zhou, y otros, 2021).

Al analizar este aumento importante de datos, los investigadores Zhou, Carrillo-Larco, Danaei, Riley, Paciorek, entre otros (2021) demostraron que hubo mínimos cambios en la tasa general de HTA a nivel mundial desde 1990 hasta 2019 sin embargo los índices se desplazaron de las naciones ricas a las de bajos recursos.

En relación a lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud (2021) podemos mencionar que:

“La hipertensión arterial a nivel nacional es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, las cuales representan la principal causa de muerte en el Ecuador. Se estima que al menos el 20 % de la población mayor de 19 años tiene hipertensión arterial en el país, según datos de la encuesta STEPS, 1 de cada 5 ecuatorianos de 18 a 69 años tiene hipertensión arterial, de ellos aproximadamente el 45 % desconoce que padece esta enfermedad” (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

2.1.2. Enfermedades crónicas no trasmisibles

“Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar crónica, los trastornos cardiovasculares y el cáncer, son las responsables de más del 50% de las muertes tempranas en muchos países” (Morlan, 2020).

Para Morla (2020) las ECNT configuran una pesada carga económica para el paciente, representando más del 60% del gasto en salud pública, afectando mayormente a los países subdesarrollados o en vías de hacerlo, debido a que hay pocos programas de prevención que resultan claves para enfrentar las enfermedades crónicas no transmisibles.

2.1.2.1. Factores de riesgo asociadas a la hipertensión arterial

“Entre otros contextos sociales, los niveles educativos bajos se asocian de forma independiente con un mayor riesgo de HTA, es por esto, que debe considerarse la evaluación del factor de riesgo psicosocial” (García López, 2021).

“Algunas condiciones individuales, familiares y ambientales pueden aumentar el riesgo de hipertensión arterial; éstas son: diabetes mellitus, dieta no saludable, inactividad física o sedentarismo, obesidad, ingesta alcohólica, tabaquismo, antecedentes familiares y genética, edad avanzada, etnia afrodescendiente”(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

Para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2019) la HTA es un factor de riesgo relacionado con factores como la edad, dislipidemia, tabaquismo, diabetes, entre otros, en ese sentido es imprescindible evaluar el riesgo cardiovascular en pacientes mayores de 40 años para identificar posibles cambios en el estilo de vida que puedan influir de forma negativa en el tratamiento de cada individuo con alto riesgo de enfermedad cardiovascular.

2.1.2.2. Complicaciones de la hipertensión arterial

El desarrollo de enfermedades cardiovasculares “inicia con el alza de la presión sanguínea en forma sostenida y sin control terapéutico, de los cuales el 50% muere de enfermedad coronaria o falla

cardíaca, 33% por enfermedad cerebrovascular y entre 10 a 15% por falla renal” (Ortigado Matamala, 2016).

Tabla 1: Efectos producidos por la hipertensión arterial sistémica a nivel de órganos

Efectos	Clase de efectos
Efectos sobre el corazón	Hipertrofia ventricular izquierda, angina de pecho o infarto miocárdico, por enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca
Efectos neurológicos	Retinopatía hipertensiva, sistema nervioso central (infarto cerebral, hemorragia cerebral, disfunción del SNC), encefalopatía hipertensiva.
Efectos renales	Arteriosclerosis arterial aferente y eferente, lesión glomerular
Efectos vasculares periféricos	Enfermedad vascular de miembros inferiores
Efectos sobre el endotelio	Enfermedad hipertensiva por disfunción endotelial.
Efectos sobre la función sexual	Disfunción eréctil.

Elaborado por: Investigadoras
Fuente: (Ortigado Matamala, 2016)

2.1.3. Teoría de las Representaciones Sociales

“La Teoría de las Representaciones Sociales ha alcanzado un notable nivel de desarrollo en el ámbito de las Ciencias Sociales, por su propuesta teórica e investigativa, se caracteriza por la transversalidad con otras disciplinas como la antropología, sociología y psicología cognitiva, posee una enorme aplicabilidad en su comprensión” (Urbina Cárdenas & Ovalles Rodríguez, 2018).

Para Serge Moscovici menciona que “la representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos reformulando las representaciones sociales como un conjunto de conceptos originados en la vida diaria” (Lynch, 2020).

Con el paso del tiempo se cambió la definición, al determinar que las representaciones sociales es una agrupación de definiciones, conocimientos creados en la vida cotidiana, de la trayectoria de la comunicación entre los individuos. (Lynch, 2020)

Lynch (2020) menciona que sus hipótesis son producto del concepto de las Representaciones Colectivas del sociólogo Emile Durkheim, fundador del conocimiento de representación, quien se refiere al concepto de representaciones colectivas como un fenómeno social a partir del cual se construyen representaciones individuales que están sujetas a influencias externas e internas. Para Durkheim, la ideación colectiva se impone con fuerza constrictiva por ejemplo la religión se consideran independientes y externos a las personas, quienes, en esta concepción, son un reflejo pasivo de la sociedad (Edwards & Harry, 2004).

Para García (2015) los sociólogos Peter Berger y Thomas Luckmann han aportado tres elementos básicos a la teoría de presentaciones sociales propuesta por Moscovici, primero el doble carácter del conocimiento en la vida cotidiana, el ser constructivo y creativo a la vez, es decir que el conocimiento no se limita a reproducir lo que nos antecede, sino al contrario, es producto inseparable de los objetos sociales que conocemos. En segundo, el origen social de dichos elementos; en tercer lugar, la repercusión del lenguaje y la comunicación, como mecanismos que crean, transmiten y dan sentido a la realidad.

Una contribución importante a la definición de representaciones sociales es la planteada por Jodelet (2020) quien señala que toda representación social tiene un objeto y un sujeto. A pesar de que se debe tomar en consideración el tipo de objeto, el esquema estará centrado exclusivamente en el sujeto. En este contexto, “los sujetos son concebidos como actores sociales activos y no como individuos aislados que se desarrollan en un contexto social de interacción y de inscripción; estos dos procesos varían según la naturaleza de los objetos y los contextos considerados” (Jodelet D. , 2020).

En síntesis, una representación social tiene carácter simbólico y es producida colectivamente, debido a que es elaborada por un sujeto social sobre un objeto real. De este se desprenden aportes

sobre la representación y su proceso de construcción que se organizan jerárquicamente e interrelacionan (González & Rodríguez Salvá, 2018).

2.1.3.1. Representaciones sociales y la salud

En la actualidad se ha perdido la fuerza del enfoque social en la salud que han construido diversas disciplinas y se observa una sobrevaloración del papel de las tecnologías, la pérdida del método clínico, la ausencia del paciente a los controles de salud, la parte económica y diagnóstico médico ajustado a lo biológico haciendo de lado la parte social (Fleitas Reina, 2016).

Las Ciencias Sociales a partir del siglo XX han tenido una contribución importante al concepto de la salud, y fue Henry Sigerist uno de los primeros en definirla:

“Un hombre sano es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, y se halla bien ajustado a su entorno físico y social; controla plenamente sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales y contribuye al bienestar de la sociedad según su capacidad. La salud no significa solo ausencia de enfermedad es la condición positiva hacia la vida y aceptar con optimismo la responsabilidad que la vida le asigna” (González et al., 2018).

Para el autor la salud representaba más allá de la de enfermedad, es así que años después la OMS definió a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente a la ausencia de enfermedades o afecciones”(Pruneda, 2006).

2.1.3.2. Antropología médica y las representaciones socioculturales

Salaverry (2017) considera que la Antropología Médica (AM) se ocupa de los procesos internos de las prácticas de salud vinculándolas con el uso socio cultural que fortalece el estudio al diario vivir entre las personas en las comunidades grupos y sociedades

Para Díaz, Aguilar & Linares (2015) esta rama de la salud comprende el trinomio de salud-enfermedad-atención, donde cada comunidad desarrolla una respuesta específica otorgando

variabilidad, debido a los distintos sistemas relacionados con la salud y al proceso salud-enfermedad en la sociedad, deriva así una relación entre sistemas ideológicos y los diversos modos de comprensión de bienestar humano, esta se enfoca en la comprensión de las prácticas de salud buscando conocer la relación entre el proceso salud-enfermedad-atención, la cultura y la sociedad.

Por su parte, Trujillo, Díaz Bernal, Martínez Boloña, & Mastrapa (2018) mencionan que “la antropología médica crítica considera las relaciones de poder y las determinaciones de las diferentes estructuras, desvelando las relaciones de dependencia, entre la salud y los aparatos médicos con las lógicas globales de los sistemas sociales y culturales”.

2.1.3.3. Las representaciones sociales y la hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad que despierta interés para el campo de investigación de las representaciones sociales debido a que esta patológica crónica constituye uno de los factores de riesgo más importante para las enfermedades cardiovasculares (Ofman, Iris , Girardi, & Cófreces , 2015)

Desde el punto de vista de Ofman, Iris , Girardi, & Cófreces (2015) las representaciones sociales y la hipertensión se integran a la vida cotidiana de quienes la padecen, reflejando situaciones personales que permiten el desarrollo individual de la enfermedad en cada paciente, dichos significados deben ser tomados en cuenta por los profesionales de la salud. Debido a que las creencias de las personas tienen repercusiones en el proceso de salud-enfermedad (Torres López, 1990).

Por esta razón en la actualidad el integrar las diversas variables que interactúan en la hipertensión es de suma importancia pues permite realizar un abordaje global y multifactorial que obedece a diversas causas de orden: biológico, ambiental y psicológico (Ofman, Iris , Girardi, & Cófreces , 2015).

3. CAPITULO III

3.1. METOLOGÍA

3.1.1. *Justificación:*

Al ser la presión arterial una causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, es importante conocer las experiencias, definiciones en cuanto a salud - enfermedad en las representaciones sociales y culturales que varían en los grupos étnicos. Por lo tanto, la teoría de las representaciones sociales se ha convertido en un instrumento importante para estudiar las enfermedades y la salud.

El comprender las representaciones sociales de la población sobre la hipertensión tanto mestiza como indígena puede ayudar a los médicos familiares y al personal de salud en general, a implementar y adoptar estrategias encaminadas a mejorar la atención a los pacientes con hipertensión, establecer relaciones médico-paciente adecuadas, que permitan alcanzar los objetivos de control de los pacientes.

3.1.2. *Problema de Investigación:*

¿Cuáles son los conocimientos, experiencias y representaciones socioculturales en torno a la enfermedad en pacientes hipertensos mayores de 35 años de edad de la parroquia San Francisco del Cantón Cotacachi de mayo a septiembre del 2021?

3.1.3. *Objetivos:*

3.1.3.1. *Objetivo General:*

Describir los conocimientos, experiencias y representaciones socioculturales en torno a la enfermedad en pacientes hipertensos mayores de 35 años de edad de la parroquia San Francisco del Cantón Cotacachi de mayo a septiembre del 2021.

3.1.3.2. *Objetivos Específicos:*

- Analizar las representaciones socioculturales del proceso salud enfermedad en los pacientes con hipertensión.
- Comparar los significados y creencias de la hipertensión en la población mestiza e indígena.
- Comprender los determinantes socioculturales que influyen en autocuidado y tratamiento de la hipertensión arterial.

3.1.4. *Hipótesis*

Las representaciones socioculturales afectan en el proceso de autocuidado, control, integralidad en el tratamiento de la enfermedad hipertensiva en los pacientes de la parroquia San Francisco del Cantón Cotacachi

3.1.5. *Metodología*

3.1.5.1. *Variables y Dimensiones*

Tabla 2: Variables y Dimensiones

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Perfil de los entrevistados Características demográficas y sociales de las personas entrevistadas.	- Edad - Sexo Etnia - Estado civil - Nivel de instrucción - Ocupación - Religión - Tiempo de diagnostico
Conocimientos sobre salud-enfermedad Capacidad que tiene el entrevistado de	- Conocimiento sobre el concepto de salud - Conocimiento sobre el concepto enfermedad

<p>pensar, comprender, construir conceptos básicos, sencillos en torno a lo qué es salud y enfermedad e hipertensión arterial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento sobre la hipertensión: enfermedad, causas o factores de riesgo, síntomas
<p>Experiencias de los pacientes hipertensos sobre los Servicios de Salud</p> <p>Experiencia se refiere a los acontecimientos vividos por los entrevistados a través del cual adquieren conocimientos en la calidad del servicio de salud, y las interrelaciones con el personal de salud, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atención recibida en el servicio de salud - Continuidad asistencial - Autocuidado - Motivación - Cumplimiento de recomendaciones
<p>Representaciones Socio-Culturales</p> <p>Es la reproducción de un pensamiento social y cultural de los entrevistados que parten de sus experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos, y modelos de pensamiento que han recibido y transmitido a través de la tradición o cultura, la educación y la comunicación social.</p>	<p>Que entienden por sentirse o estar enfermo</p> <p>Funcionamiento del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento - Tratamiento farmacológico - Regularidad de la consulta - Factores familiares, grupales y redes sociales curación y/o acostumbamiento practicas alternativas

Elaborado por: Investigadoras

3.1.6. Tipo de Estudio

Se trata de una investigación de tipo cualitativa interpretativa debido a que se busca analizar datos no numéricos a través de entrevistas con el fin de interpretar la realidad del problema en estudio. Además, es una investigación etnográfica pues se describe como la problemática afecta de diferente a cada grupo étnico.

3.1.7. Universo y Selección de informantes claves de estudio:

El universo estuvo constituido por los pacientes hipertensos mayores de 35 años de edad residentes de la parroquia San Francisco que acudieron al control al centro de salud anidada, con un total de 164 pacientes de los cuales se seleccionó 24 pacientes al azar.

3.1.8. Criterios de inclusión:

- Pacientes hipertensos que deseen participar en la investigación
- Pacientes hipertensos mayores de 35 años de edad
- Pacientes que accedan firmar el consentimiento informado

3.1.9. Criterios de exclusión:

- Pacientes hipertensos que pertenecen a otra parroquia
- Pacientes hipertensos con discapacidad física, visual y auditiva
- No hablar español

3.1.10. Selección de informantes claves

Se seleccionó 24 pacientes de etnia indígena y mestiza con diagnóstico de hipertensión arterial, de ambos sexos de diferente grupo de edad, pertenecientes a los diferentes barrios de la parroquia de San Francisco. Sin embargo, cumpliendo el principio de saturación de información se eliminó 12 pacientes lo que no permitió el cumplimiento de las 36 entrevistas propuestas en el protocolo al inicio de la investigación.

Tabla 3: Tabla de selección de informantes

Barrio	Etnia	Número de Informantes	Características
Húmedo	Mestiza	1 hombre 1 mujer 1 hombre 1 mujer	50 – 64 años 50 – 64 años Mayor a 65 años Mayor a 65 años
El Coco	Mestiza	1 hombre 1 mujer 2 mujer	35 – 49 años 50 – 64 años
La Pradera	Mestiza	1 mujer 2 hombre 1 mujer	50 – 64 años Mayor a 65 años Mayor a 65 años
El Ejido	Mestiza	1 hombre 1 mujer	50 – 64 años Mayor a 65 años
Caliente	Indígena	1 hombre 1 mujer 1 hombre 1 mujer	35 – 49 años 50 – 64 años Mayor a 65 años Mayor a 65 años
San Francisco	Indígena	1 hombre 1 mujer 1 hombre 1 mujer	35 – 49 años 50 – 64 años Mayor a 65 años Mayor a 65 años

Elaborado por: Investigadoras

3.1.11. Procedimiento de recolección de información

La información fue obtenida mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas individuales a pacientes hipertensos mayores de 35 años de edad, con una duración aproximada de 45 minutos. Las entrevistas se realizaron en la unidad de salud y en visitas domiciliarias todas las entrevistas fueron grabadas en formatos audio-digitales.

Esta entrevista fue diseñada con base en el instrumento de recolección del estudio “Representaciones sociales sobre la hipertensión en personas hipertensas y no hipertensas de cuatro países de en Latinoamérica: Cuba, Ecuador, Colombia y México” planteado por la Red Latinoamericana Multidisciplinaria de Investigación en Enfermedades Crónicas no Transmisible, la misma que fue modificada de acuerdo a los objetivos de la presente investigación.

3.1.12. Plan análisis de los datos

Las entrevistas realizadas a los pacientes fueron transcritas en un documento de Word Versión 2016; la identificación de categorías y subcategorías se realizó de forma manual por parte de las investigadoras-

Posteriormente se procedió a realizar una explicación analítica narrativa de las entrevistas identificando de forma visible y directa la información mencionada por los pacientes. Con el propósito de establecer un análisis adecuado se realizó diferentes etapas para el análisis de la información.

3.1.13. Registro de información

Se unió la información obtenida en la investigación de cada paciente seleccionado.

3.1.14. Lectura y organización de la información

Se realizó la lectura por varias ocasiones de cada entrevista transcrita con el propósito de

identificar las categorías según la importancia de nuestra investigación.

3.1.15. Clasificación de la información

Se procedió a analizar la información según las categorías y subcategorías establecidas previamente.

- Perfil de entrevistados
- Conocimientos sobre salud- enfermedad
- Experiencias de los pacientes hipertensos sobre los Servicios de Salud
- Representaciones Socio-Culturales

3.1.16. Análisis de contenidos

De acuerdo a la información recopilada se observó respuestas repetidas en las diferentes preguntas, temas primordiales que sobresalen en la investigación, permitiendo la agrupación en categorías y subcategorías para finalmente realizar una síntesis de los aspectos más importantes que sobresalen en el estudio

Para el análisis se empleó el modelo teórico - metodológico de Daniel Prieto (Prieto Castillo, 2019) que permitió la identificación de las principales formas del lenguaje en el discurso de los entrevistados, como son ideas núcleos, modos de predicación y grados de referencialidad, las mismas que fueron reconocidas con un color diferente. Dichos conceptos hacen relación a lo siguiente:

- **“Ideas Núcleo:** Se refiere a los temas y las ideas principales de las entrevistas; así como frases o palabras parecidas a las ideas núcleo que sobresalieron en el discurso.
- **Modo de Predica:** Constituye la forma del discurso y existe dos tipos de predicar, el discurso cuando se refiere al paciente entrevistado en primera persona se lo cataloga como de acción y cuando menciona terceras personas como de estado.
- **Grado de Referencialidad:** tiene relación con la experiencia y características de cada uno de los entrevistados y puede ser clasificada como alta, baja o discordante.” (Prieto Castillo, 2019)

De igual manera, Ortiz y Loor (2019) mencionan que la interpretación del mensaje es uno de los puntos fundamentales para la explicación, éste se apoya en lo que está predicando el sujeto y consta de diferentes partes como son:

- a) **“Unicentualidad significativa:** Se presenta cuando se investiga en el perceptor una explicación evidente de un tema establecido por medio de repeticiones.
- b) **Consignas de interpretación:** Es un cuentista que puede ser la misma persona u otra persona que mencione a él.
- c) **Apelación de experiencias decisivas:** Esto indica las experiencias que dejan huella de forma intensa en las diferentes conductas de un individuo.
- d) **Visión Polarizada de la realidad:** Indica los extremos de la realidad.” (ORTIZ CHIGUANO & LOOR MONAR, 2019).

3.1.17. Modelo de análisis de Representaciones Sociales

Para el análisis de representaciones sociales se consideró como marco de referencia la propuesta que toma en cuenta tres tipos de representaciones sociales: en formación, crecimiento y consolidada (ORTIZ CHIGUANO & LOOR MONAR, 2019).

- **“Representación social en formación:** Se refiere cuando hay varias ideas de núcleo, un modo de predica en estado y un bajo grado de referencialidad.
- **Representación social en Crecimiento:** Se refiere cuando hay una idea núcleo, el modo de predica es de estado o acción y un alto de grado de referencialidad.
- **Representación social en Consolidada:** Se refiere a una idea de núcleo, modo de predica de acción y con un alto de grado de referencialidad.” (ORTIZ CHIGUANO & LOOR MONAR, 2019)

3.1.18. Aspectos Bioéticos

Las investigadoras garantizaron durante todo el proceso de investigación los principios bioéticos como la autonomía, confidencialidad y anonimato de los participantes.

Se contó con la aprobación del subcomité de bioética de la Facultad de Medicina y la aceptación

del Hospital, previa a la obtención de la información, los actores seleccionados firmaron el consentimiento informado (Anexo B) de forma voluntaria y recibieron la información detallada de la investigación. Se mantuvo la confidencialidad y el anonimato del informante, mediante la codificación establecida en las entrevistas.

4. CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Descripción Etnográfica de la Parroquia San Francisco

“La ciudad de Cotacachi, cabecera cantonal está ubicada sobre la hoya de Ibarra en las laderas orientales del volcán Cotacachi, en la parte oriental de los Andes, la ciudad está conformada por dos parroquias urbanas: El Sagrario y San Francisco” (Gobierno Autónomo Descentralizado de San Miguel de Ibarra, 2012).

La parroquia San Francisco se encuentra ubicada al sur de la calle 10 de agosto, la misma que divide a las dos parroquias; consta de seis barrios: San Francisco, Caliente, Coco, Pradera, Ejido y Húmedo (Gobierno Autónomo Descentralizado de San Miguel de Ibarra, 2012).

“La parroquia San Francisco fue fundada el 10 de diciembre del 2003, mediante acuerdo ministerial No.0513 y publicada en el registro oficial el 21 de septiembre del 2004” (Registro Oficial, 2004); cuenta con una población mayoritaria de mestizos y una minoría de indígenas y afrodescendientes. A pesar de no encontrar datos estadísticos de la distribución proporcional según etnia a nivel parroquial, según los datos reportados por el INEC (2010) a nivel urbano el cantón de Cotacachi cuenta con una población mestiza de 74.30%, indígena 18.58%, blanco 4,48%, afroecuatoriano 1,88%, montubio 0,14% y otros 0,63%.

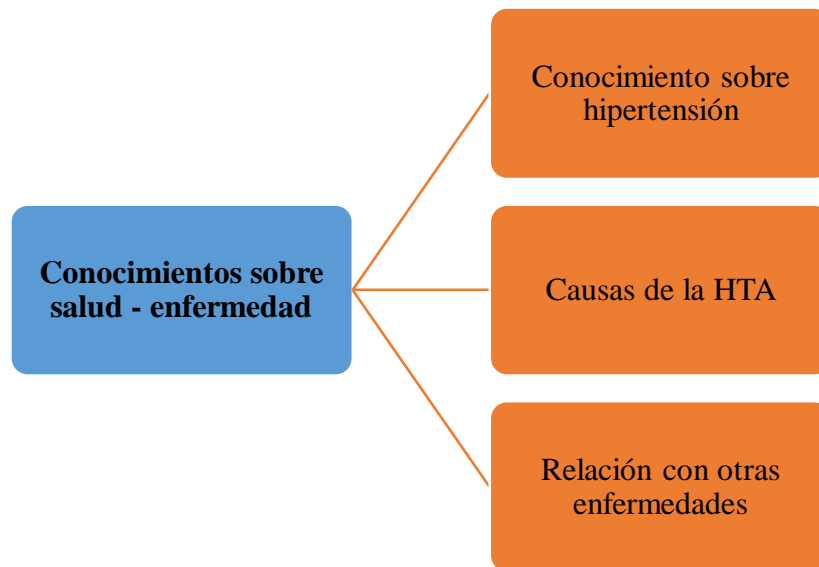
4.1.2. Descripción de los resultados de las informantes claves

La entrevista semiestructurada que estuvo conformada por 17 preguntas en las que se evidenciaron las representaciones sociales de la hipertensión de los 24 participantes. de los cuales, 13 fueron mujeres, 11 hombres, 8 de etnia indígena, y 16 etnia mestiza, 3 adulto medio, 7 adulto maduro, 5 anciano joven, 8 anciano mayor y 1 anciano avanzado que fueron atendidos en el centro

de salud anidada. La mayoría de los pacientes entrevistados fueron mujeres y adultos mayores debido a que son quienes acuden a las unidades en los horarios de la entrevista, y la población adulta joven y media se encuentra en sus lugares de trabajo.

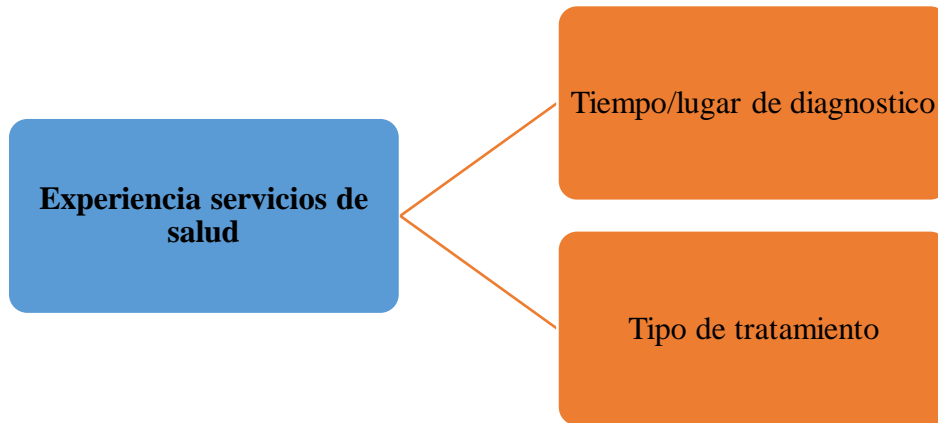
A continuación, se presenta una síntesis de las categorías y subcategorías abordadas en las entrevistas:

Gráfico: 1 Conocimiento sobre salud-enfermedad



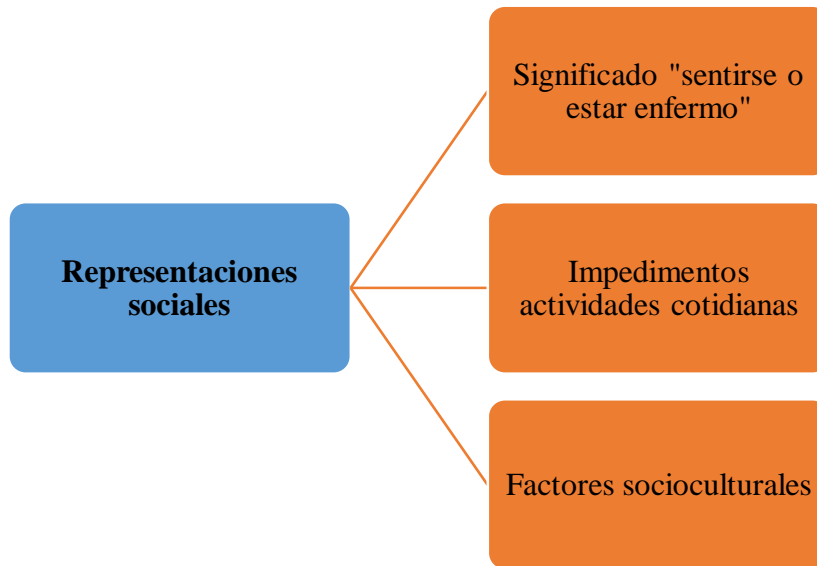
Elaborado por: Investigadoras

Gráfico: 2:Experiencia servicios de salud



Elaborado por: Investigadoras

Gráfico: 3:Representaciones sociales



Elaborado por: Investigadoras

4.1.3. Características generales de los informantes clave

Los pacientes entrevistados fueron residentes de los barrios caliente, coco, húmedo ejido pradera y san francisco con edades comprendidas entre los 39 a los 88 años, 13 son mujeres de las cuales son 9 mestizas y 4 indígenas y 11 son hombres siendo 7 mestizos y 4 indígenas. La mayoría fueron mujeres mestizas mayores de 70 años, casadas con instrucción primaria completa con ocupación de QQDD, católicas y con un tiempo de diagnóstico de la enfermedad entre 5 a 15 años aproximadamente; una minoría los hombres mayores de 70 años casados, instrucción primaria completa sin ocupación y religión católica y con un tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 2 a 11 años.

4.1.4. Perfil de Entrevistados

Tabla 4: Perfil del Entrevistado

Codificación	Edad	Sexo	Etnia	Estado civil	Nivel de instrucción	Ocupación	Religión	Tiempo de diagnóstico
PHSF001	85	Masculino	Indígena	casado	Primaria	Ninguno	Católico	2 años
PHSF002	64	Femenino	Indígena	casada	Primaria	QDD	Católico	8años
PHSF003	81	Femenino	Indígena	casada	Analfabeta	Ninguna	Católico	5años
PHSF004	47	Masculino	Indígena	casado	Técnico	Artesanero	Católico	2años
PHSF005	49	Masculino	Mestizo	casado	Primaria	Chofer	Católico	3años
PHSF006	60	Femenino	Mestizo	Viuda	Primaria	QQDD	Católico	10 años
PHSF007	72	Femenino	Mestizo	Viuda	Primaria incompleta	Ninguna	Católico	15 años
PHSF008	74	Femenino	Mestizo	Casado	Primaria	Ninguna	Católico	7 años

PHSF009	64	Femeni no	Mesti zo	viuda	Primaria	QQDD	Católi co	5años
PHSF001 0	72	Femeni no	Mesti zo	Separa da	Primaria	QQDD	Católi co	5años
PHSF001 1	50	Masculi no	Mesti zo	Casad o	Superior	Profesor	Católi co	4años
PHSF001 2	80	Masculi no	Mesti zo	Viudo	Primaria	Ninguna	Católi co	8años
PHSF001 3	50	Femeni no	Mesti zo	casada	Técnico en corte	Costurer a	Católi co	5años
PHSF001 4	80	Femeni no	Mesti zo	viuda	Primaria incompl eta	QQDD	Católi co	9años
PHSF001 5	81	Masculi no	Mesti zo	viudo	Primaria incompl eta	ninguna	Cristia no	6años
PHSF001 6	78	Masculi no	Mesti zo	Casad o	Primaria	ninguna	Católi co	3años
PHSF001 7	64	Femeni no	Mesti zo	Casad o	Primaria	ninguna	Católi co	5años
PHSF001 8	88	Femeni no	Mesti zo	soltera	Primaria incompl eta	ninguna	Católi co	1 5años
PHSF001 9	85	Masculi no	Mesti zo	Viudo	Primaria incompl eta	ninguna	Católi co	9 años
PHSF002 0	84	Masculi no	Mesti zo	Casad o	Primaria incompl eta	ninguna	Católi co	11 años
PHSF002 1	39	Masculi no	Indíge na	Casad o	superior	Contado r	Católi co	3 años
PHSF002 2	59	Femeni no	Indíge na	Casad o	Secunda ria incompl eta	QQDD	Católi co	2 años
PHSF002 3	69	Femeni na	Indíge na	Casad a	Primaria incompl eta	QQDD	Católi co	6 años
PHSF002 4	72	Masculi no	Indíge na	Casad o	Primaria incompl eta	Agricult or	Católi co	4 años

Elaborado por: Investigadoras

CATEGORÍA I: CONCEPTOS SOBRE SALUD ENFERMEDAD

1.1. Conocimientos de la enfermedad

Los entrevistados consideran a la hipertensión una enfermedad difícil de llevar, fea, para toda la vida, grave además de que conlleva una toma diaria de medicamentos; no hubo diferencias entre los conceptos que maneja la población indígena y mestiza.

En los siguientes testimonios se puede apreciar los aspectos más relevantes de esta subcategoría:

“Que es terrible, duro tenerla la enfermedad de la presión alta que nunca va perder solo cuando ya muera que siempre hay que estar donde el Dr. y tomando las pastillas, con este mal no se puede tener disgustos, penas nada porque ya me pongo mal, caliente y empieza a doler la cabeza”. (PHSF003)

“Que es una enfermedad fea, dura, peligrosa que a veces a meda mucho miedo complicarme como mis hermanitas que les dio la trombosis se quedaron paralizadas en la cama; que hay que estar tomando medicación a diario y con los doctores. (PHSF006)

“No se doctorcito con que enfermedades tendrá que ver, la verdad no se sabido de otras enfermedades” (PHSF024)

Gráfico 4: Relación con otras enfermedades



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, la idea núcleo de esta categoría es de acción y es considerado un padecimiento terrible, partiendo de las subcategorías mencionadas con anterioridad se manejó una ideología de todo lo expresado con una representación social consolidada.

1.2. *Relación con otras enfermedades*

El grupo de entrevistados relaciona a la hipertensión con las siguientes enfermedades: diabetes, insuficiencia renal, hipotiroidismo, además la población indígena considera que esta enfermedad está relacionada con el sobrepeso, la mala alimentación, un entrevistado considera que la enfermedad no está relacionada con ninguna otra enfermedad. En el caso de las personas mestizas, no tienen claro si la enfermedad está relacionada con otros, sin embargo, consideran que la mala alimentación, el peso o enfermedades como la diabetes influyen de cierto modo en la enfermedad.

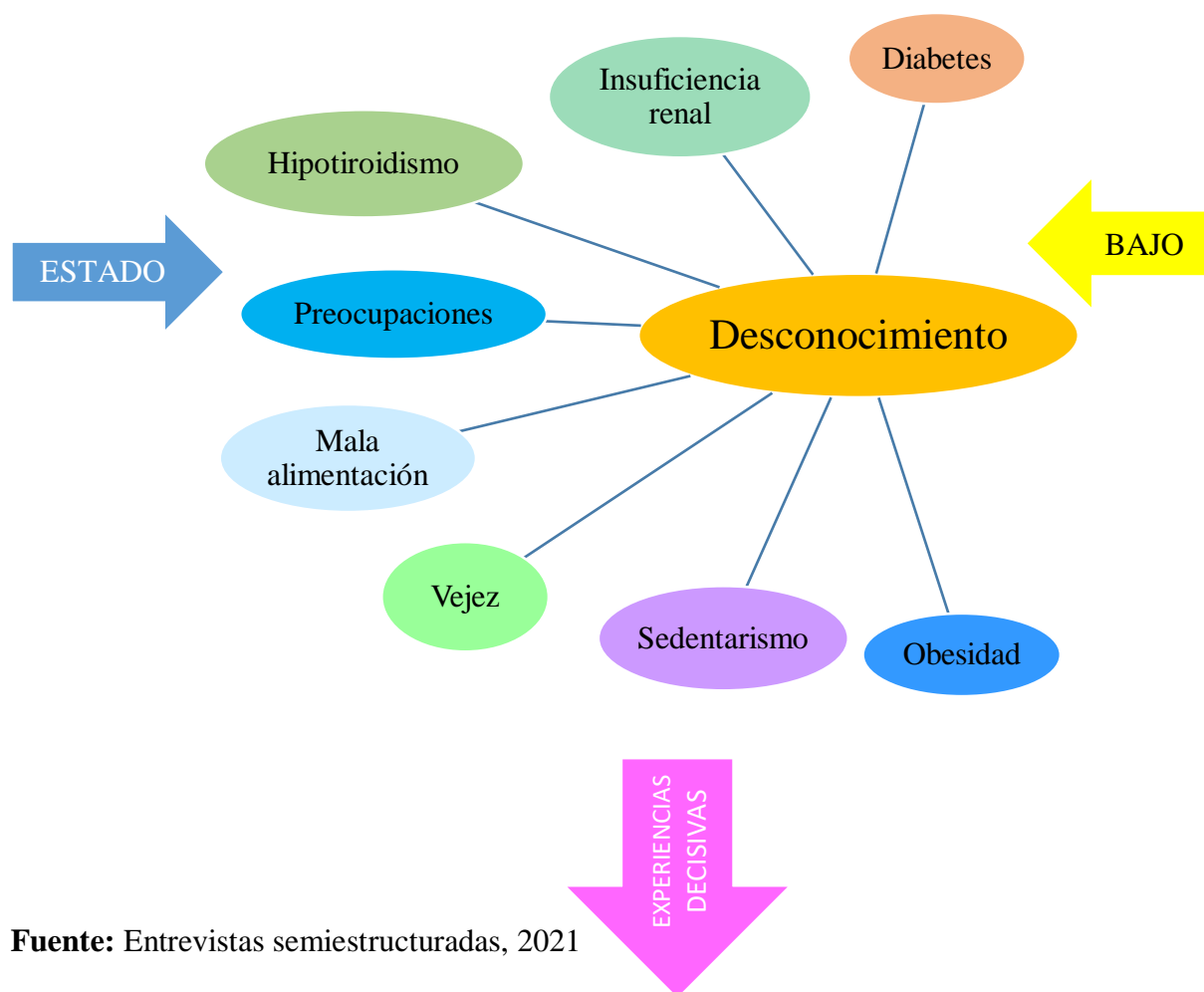
En los siguientes relatos se identifican los elementos más importantes relacionados con esta subcategoría:

“No se puede ser que por estoy muy gordo tal vez de ahí si no se la verdad doctora” (PHSF004)

“No de lo que yo he sabido es que puede dar a las personas que estamos gorditas, o también puede ser que tiene que ver con la diabetes así dicen, pero no estoy segura” (PHSF010)

“Chuta que le diré Doctora no estoy muy claro, pero puede ser por lo que paso sentado en el bus y eso ha hecho que suba de peso creo que, por ese lado, también por mi diabetes puede tener algún tipo de relación.” (PHSF005)

Gráfico: 5: Relación con otras enfermedades



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, la idea núcleo de esta categoría es de estado que corresponde al desconocimiento por parte de los entrevistados, de esta manera, partiendo de las subcategorías identificadas se manejó una ideología de experiencias decisivas con una representación social en crecimiento.

1.3. Causas de la enfermedad

Los entrevistados refieren como causas de la hipertensión a la vejez, diabetes, alcoholismo, mala alimentación y un factor hereditario, no se identificó diferencias entre el discurso de la población mestiza e indígena, sin embargo, dos entrevistados indígenas mencionaron además los factores psicológicos como la ira y la tristeza como causas de la enfermedad

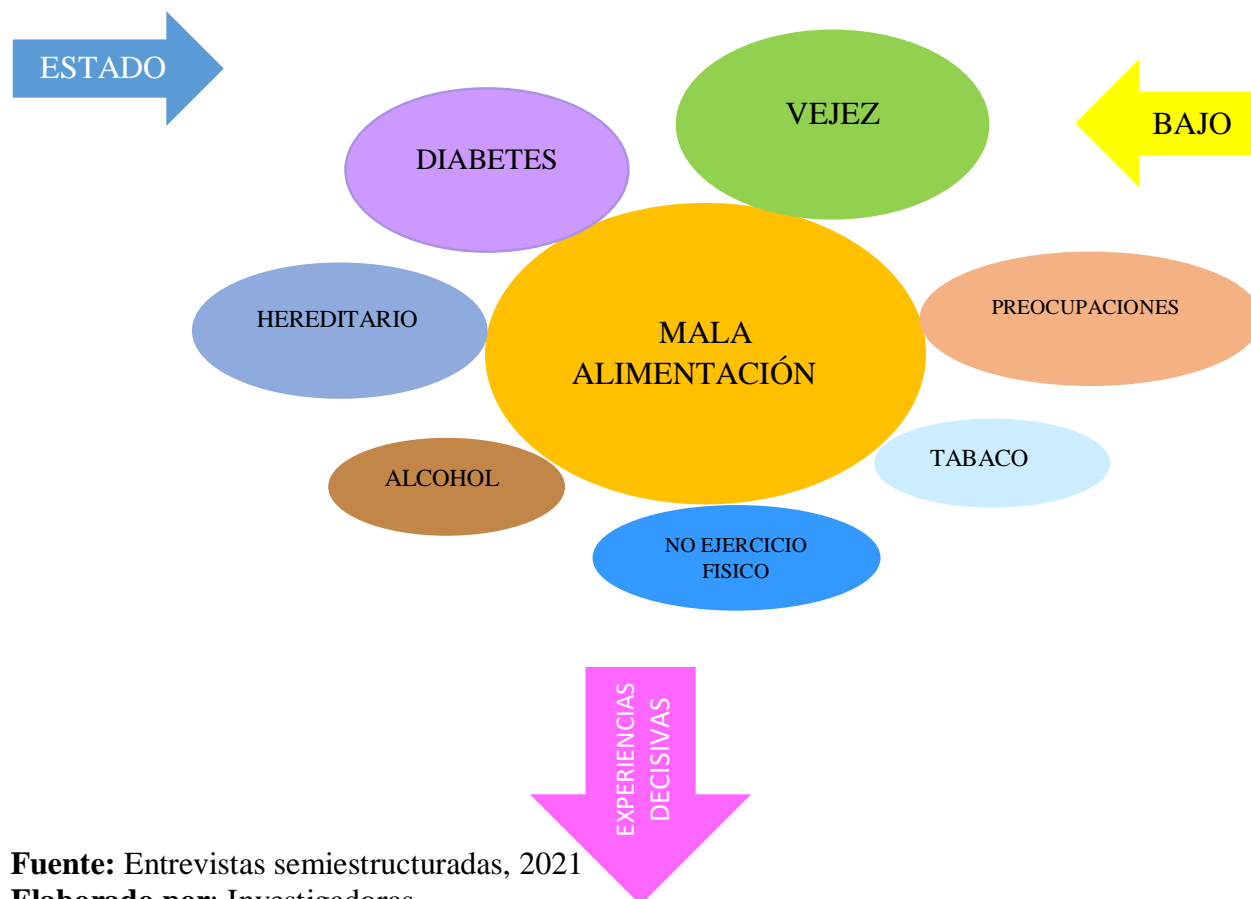
A continuación, se presentan algunos fragmentos que reflejan las ideas núcleo de estas subcategorías.

“Mmm no se Doctorcita, pero debe ser porque ya estamos viejos cada día más viejos, todo se decae, todo se acaba ya esta edad nuestro cuerpo ya no es como de un guambra de 20 años, a mi finada mamá también sufrió de esta enfermedad, pero a ella le dio la trombosis será que por eso medio a mi será de familia esta enfermedad.” (PHSF001)

“A mí me dio luego que apareció la diabetes por me gustaba comer mucha carne de chanco ya que antes yo vendía fritada los domingos en el mercado de ahí me apareció este mal también ha de ser por lo mayores estamos que el cuerpo ya empieza a fallar.” (PHSF008)

“Yo herede de mis papasitos ellos murieron con este mal creo por eso tengo yo de ahí será también por que de joven si me gustaba la copa y también me fumaba unos cigarrillos, pero ahora ya no.” (PHSF015)

Gráfico: 6: Causas de la enfermedad



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, la idea principal es de estado considerándose así a la mala alimentación, tomando en cuenta las subcategorías se manejó una ideología de experiencias decisivas con una representación social en formación.

1.4. Síntomas de la enfermedad

Los entrevistados mencionan como los síntomas más comunes de la hipertensión el dolor de cabeza, temperatura, sudoración, mareos, hinchazón y cambios de humor, no se observó diferencias entre la población indígena y mestiza

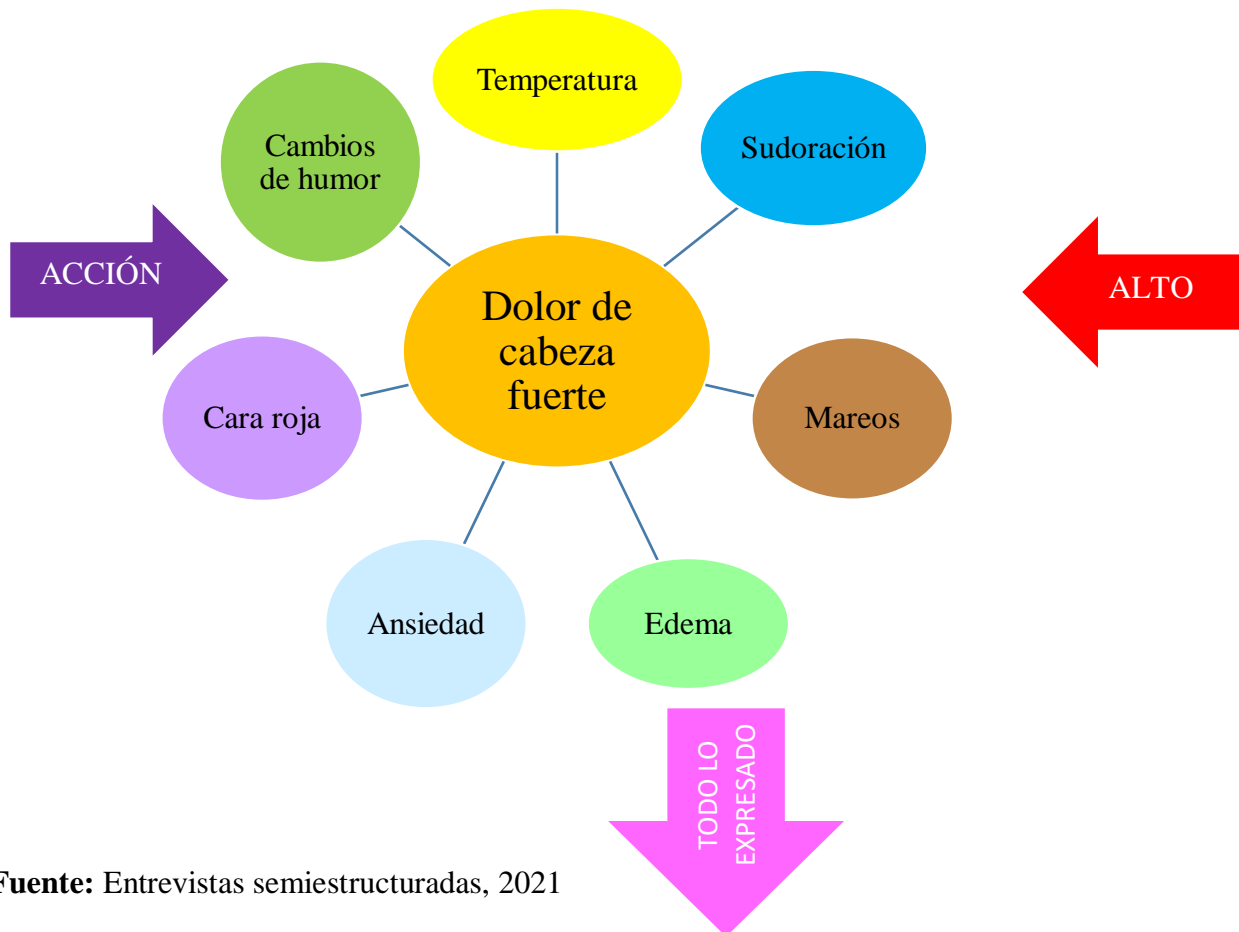
En los siguientes testimonios se puede apreciar los aspectos más relevantes de esta subcategoría:

“Yo me empecé a hincharme, algo me dolía la cabeza luego ya me daño el riñón por subía cifras muy altas la presión.” (PHSF021)

“Me pongo caliente y roja también me da muchas iras y coraje.” (PHSF013)

“Dolores fuertes de cabeza, me pongo caliente, rojo no puedo tener disgustos con la mujer hijos porque ya enseguida me duele la cabeza y hay entiendo que esta alta la presión.” (PHSF005)

Gráfico: 7: Síntomas de la enfermedad



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, la idea núcleo tiene modo de prédica de acción y es identificada como un fuerte dolor de cabeza, generando más subcategorías que desencadenaron en el manejo una ideología de experiencias decisivas con una representación social en consolidada.

CATEGORIA II: EXPERIENCIAS SERVICIOS DE SALUD

1.1. Tiempo de Diagnostico

El grupo de entrevistados no tiene una respuesta clara del tiempo de diagnóstico, generalmente se refieren a las circunstancias o situación que rodeó al diagnóstico como una crisis hipertensiva que les obligó a acudir al servicio de emergencia o a consulta externa por otro tipo de patología, la mayoría se refirió a un rango de entre 2 años a 11 años de diagnóstico.

A continuación, se presentan algunos relatos que muestran la información relacionada con esta subcategoría

“Hace 9 años cuando me dijeron que tenía el mal de pulmón también me dijeron que tengo la presión muy alta por el mucho tabaco.” (PHSF019)

“Hace 4 años cuando fui al Dr. para sacarme una muela hay me dijeron que no pueden sacarme por esta la presión muy subida que tengo que coger turno con medicina general y me baje la presión para poder sacar la muela.” (PHSF024)

“Hace 10 años cuando mi esposo falleció y pasaba solo llorando hay me quiso paralizar el cuerpo ahí me llevaron a emergencia del hospital ahí donde dijeron que tengo la presión alta y que me querido dar un derrame a la cabeza.” (PHSF014)

1.2. Sitio y persona que diagnostico la enfermedad

Los entrevistados refieren que el diagnóstico fue realizado en hospitales o centros de salud públicos por los doctores que laboran en estas instituciones. En el caso de la población indígena principalmente mencionan que el diagnóstico fue hecho en la sala de emergencias del Hospital Asdrúbal de la Torre o el centro de salud Anidado, en otros casos mencionan que acudieron a consulta externa a los mismos centros de salud, pero fueron tratados por un médico familiar.

Por su parte, la población mestiza adicionalmente a los centros que se mencionaron anteriormente, se refiere a la unidad de salud de IESS de Ibarra o en su hogar, dichos diagnósticos en su mayoría fueron por doctores familiares o de emergencia, resaltando que un entrevistado fue diagnosticado por una enfermera.

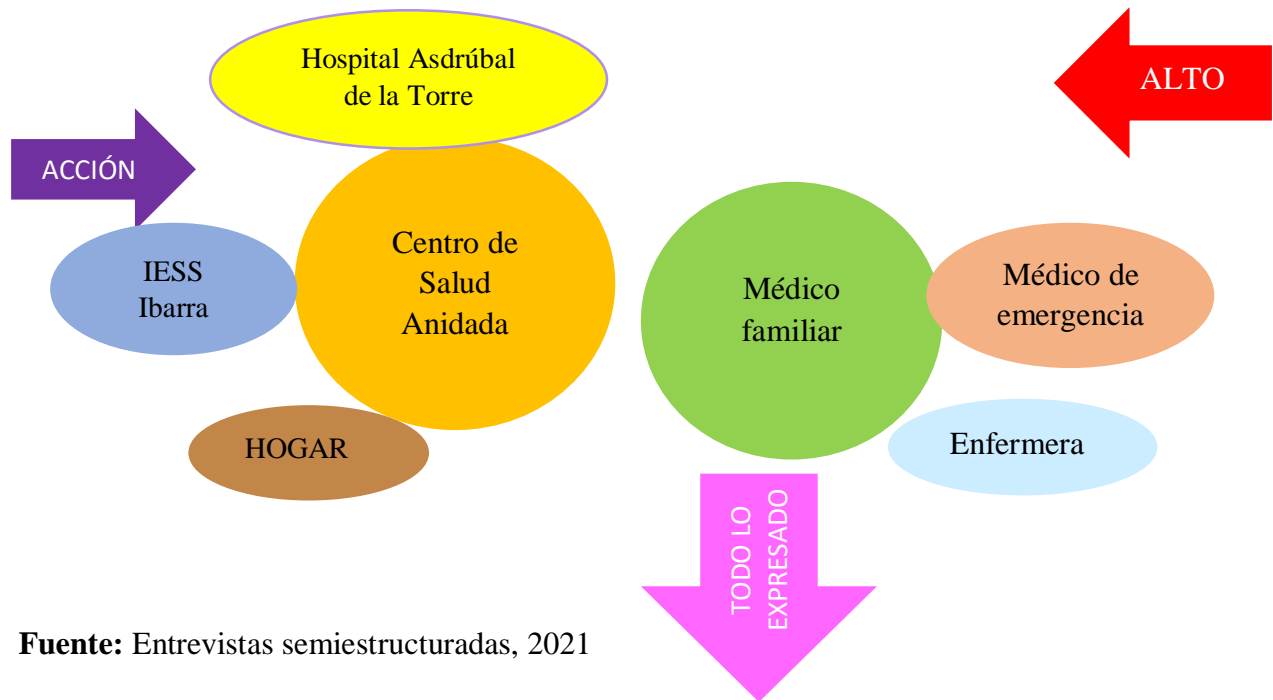
En los siguientes fragmentos de las entrevistas se pueden apreciar los elementos más relevantes de la subcategoría

“Aquí en Cotacachi en emergencia del Hospital Asdrúbal de la Torre cuando me dolía el cabeza bien duro hay tomaron presión y dijeron que está bien subido hay me quede hasta que me baje y hay mandaron pastillas y dijeron que vaya a la consulta externa para que den pastillas para toda la vida.” (PHSF001)

“En el centro de salud Anidada hay me dijeron que la presión está muy subida que por eso me dolía la cabeza.” (PHSF007)

“En el IESS de Ibarra cuando me iba a operar la próstata hay me mandaron con una doctora para que analice y dijo que tengo presión arterial y me dio el ARA dos que tome.” (PHSF015)

Gráfico: 8: Sitio y persona que diagnostico la enfermedad



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, esta categoría tiene dos ideas de núcleo que presentan modo de prédica de acción, la primera que se relaciona con el sitio de diagnóstico, la segunda se relaciona con la persona que le informó sobre el diagnóstico, es así que con la aparición de las diferentes subcategorías se manejó una ideología de todo lo expresado, con una representación social consolidada.

1.3. Tipo de tratamiento

El grupo de entrevistados menciona como el principal tratamiento los fármacos recetados por el personal de salud, todos los participantes se refiere al nombre genérico del medicamento, a la dosis y frecuencia., en algunos casos inclusive en algunos mencionan las familias de los medicamentos como el ARA II. , No se identificó diferencias entre la población mestiza o indígena, probablemente porque en todas las unidades se manejan los mismos fármacos del cuadro básico de medicamentos que rige a nivel nacional por el MSP. Ninguno de los entrevistados hace referencia al tratamiento no farmacológico.

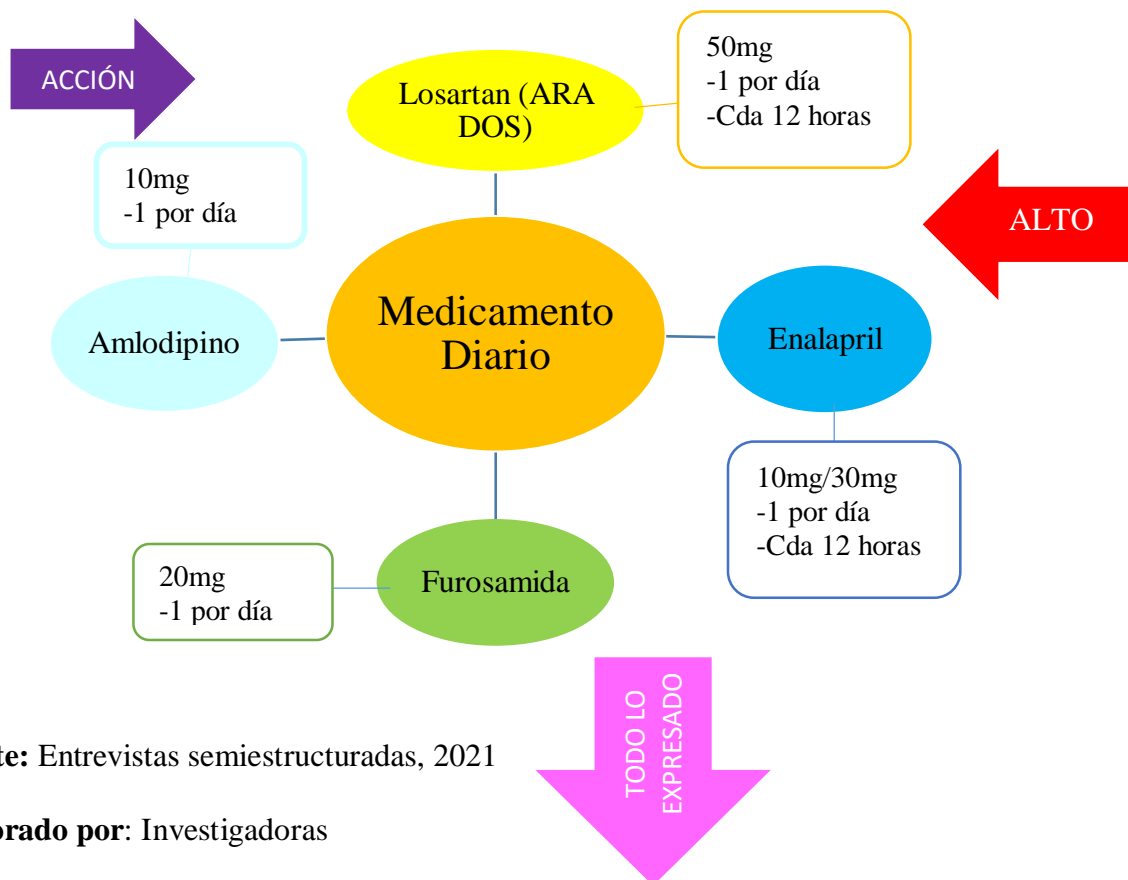
En los siguientes testimonios se reflejan los tratamientos

“Amlodipino 10mg una vez al día.” (PHSF020)

“Losartan 50mg al día en la mañana.” (PHSF011)

“Enalapril 20 mg en la noche.” (PHSF023)

Gráfico: 9: Tipo de tratamiento



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, la idea núcleo de esta categoría tiene como modo de prédica de acción y son los medicamentos diarios que consumen los entrevistados. Manejándose así una ideología de todo lo expresado, con una representación social consolidada gracias a las subcategorías encontradas.

1.4. Seguimiento de tratamiento recomendado

Los entrevistados mencionan que el tratamiento recomendado tiene un efecto positivo en el control de los síntomas de la enfermedad, además tratan de cumplirlo tal como es indicado. Se destaca la experiencia de los pacientes al inicio del diagnóstico sobre el no cumplimiento del tratamiento, como las reacciones adversas o el consumo de remedios naturales, la suspensión de los medicamentos por olvido.

Con relación a la población indígena, el seguimiento de tratamiento farmacológico es realizado de manera correcta casi en su totalidad por la mayoría de los entrevistados, aunque al inicio del tratamiento los pacientes señalan que fueron descuidados; , uno de ellos manifestó que dejó el tratamiento e inicio con medicamentos naturales., Una pequeña parte de la población mestiza refiere que tuvo resistencia al inicio del tratamiento pero al recaer en los síntomas retomaron la toma de la medicación, el resto de los entrevistados indican que toman su tratamiento de forma correcta.

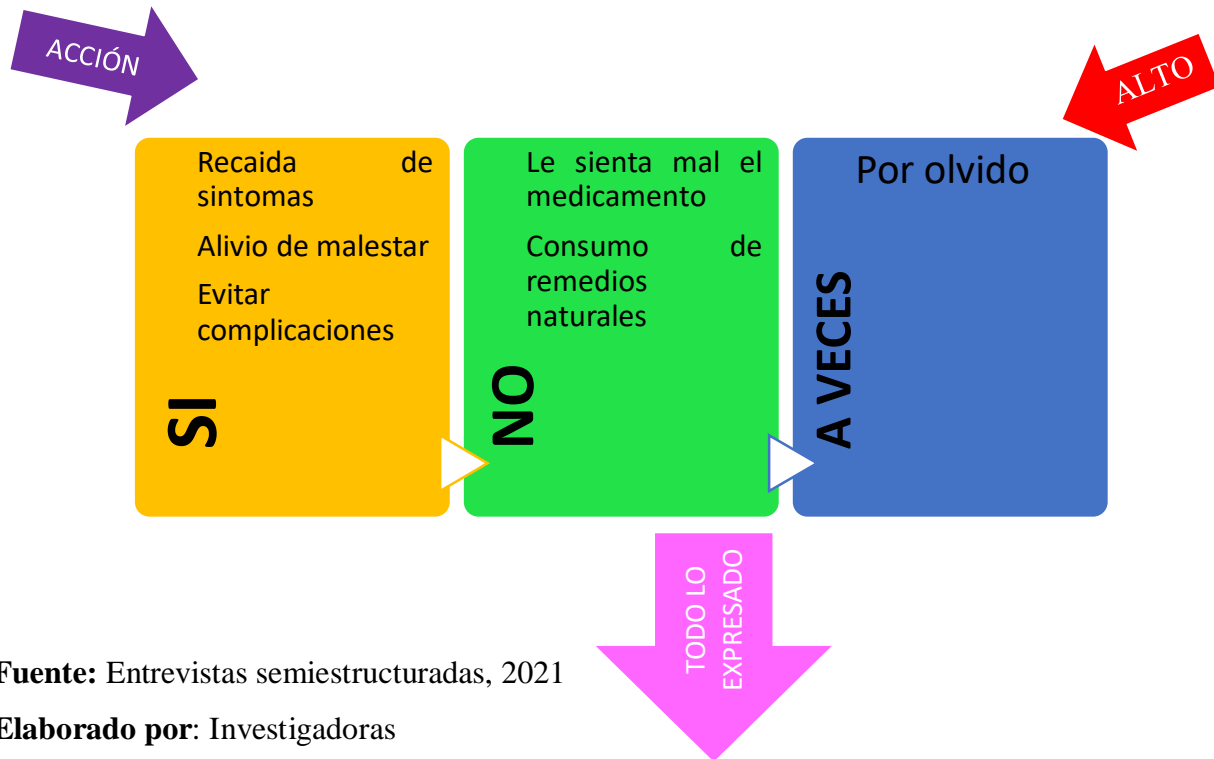
En los siguientes fragmentos de las entrevistas se pueden apreciar los elementos más relevantes de esta subcategoría

“Al inicio deje de tomar días, y luego otra vez continuaba, porque me daba iras estar tomado tanta pastilla, pero luego me dolía cabeza me daba mareos y hay si dije voy tomar todos los días y así sigo; a veces también tomaba unas pastillas del naturista que decían que eran buenas baja la presión, pero no tenía mejoría así que deje eso” (PHSF006)

“Si he tomado todos los días si no me vayan quitar el carnet de calificación si cumplo todo lo que manda la doctora”. (PHSF016)

“No doctora no tomo seguidos días tomo y días no porque estoy tomando medicina natural y eso me hace mejor, las pastillas mejor me pone más caliente y más rojo” (PHSF024)

Gráfico: 10: Seguimiento de tratamiento recomendado



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, la idea núcleo de esta categoría tiene modo de prédica de acción y es el cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito por los diferentes especialistas de la salud, de tal manera que con las diferentes subcategorías encontradas se manejó una ideología de todo lo expresado, con una representación social consolidada.

BLOQUE III: REPRESENTACIONES SOCIO-CULTURALES

2.1. Significado de estar o sentirse enfermo

Los entrevistados mencionan que el significado de estar o sentirse enfermo se relaciona con el sentirse mal, debilitado, decaído, cansado, sin fuerzas y les impide realizar las actividades cotidianas o tener una vida “normal”, además se asocia a la permanencia de tomar medicamentos y a la atención médica. La mayoría de los entrevistados indígenas utilizan la palabra inútil o minusválido, mientras que la población mestiza lo asocian más con el decaimiento y cansancio.

En los siguientes relatos se identifican los elementos más importantes relacionados con esta subcategoría:

“Estar débil sin fuerzas inútil que ya no puede hacer las cosas de casa ni trabajar y me siento decaída a veces no quiero ni levantarme.” (PHSF002)

“Estar decaída, sin fuerzas, estar tomando las pastillas todos los días, y estar cuidando de todo de comida, de no tener iras ni disgustos porque todo afecta esta enfermedad.” (PHSF010)

“Estar inútil estar cansado, decaído ya no poder hacer las cosas estar tomando las pastillas a diario y así.” (PHSF018)

Gráfico: 11: Significado de estar o sentirse enfermo



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021
Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, la idea núcleo de esta categoría tiene un modo de predica de acción y tiene un significado negativo debido a que el sentirse enfermo es debilitarse. Por esta categoría y más las subcategorías desarrolladas se empleó una ideología de todo lo expresado, con una representación social consolidada.

2.2. Enfermedades que le impiden realizar sus actividades

El grupo de entrevistados menciona que la hipertensión es una enfermedad que le dificulta el movimiento como la trombosis, artritis, hipertensión, insuficiencia renal, derrame cerebral. La población indígena además lo relaciona, con la diabetes y con síntomas comunes de la hipertensión.

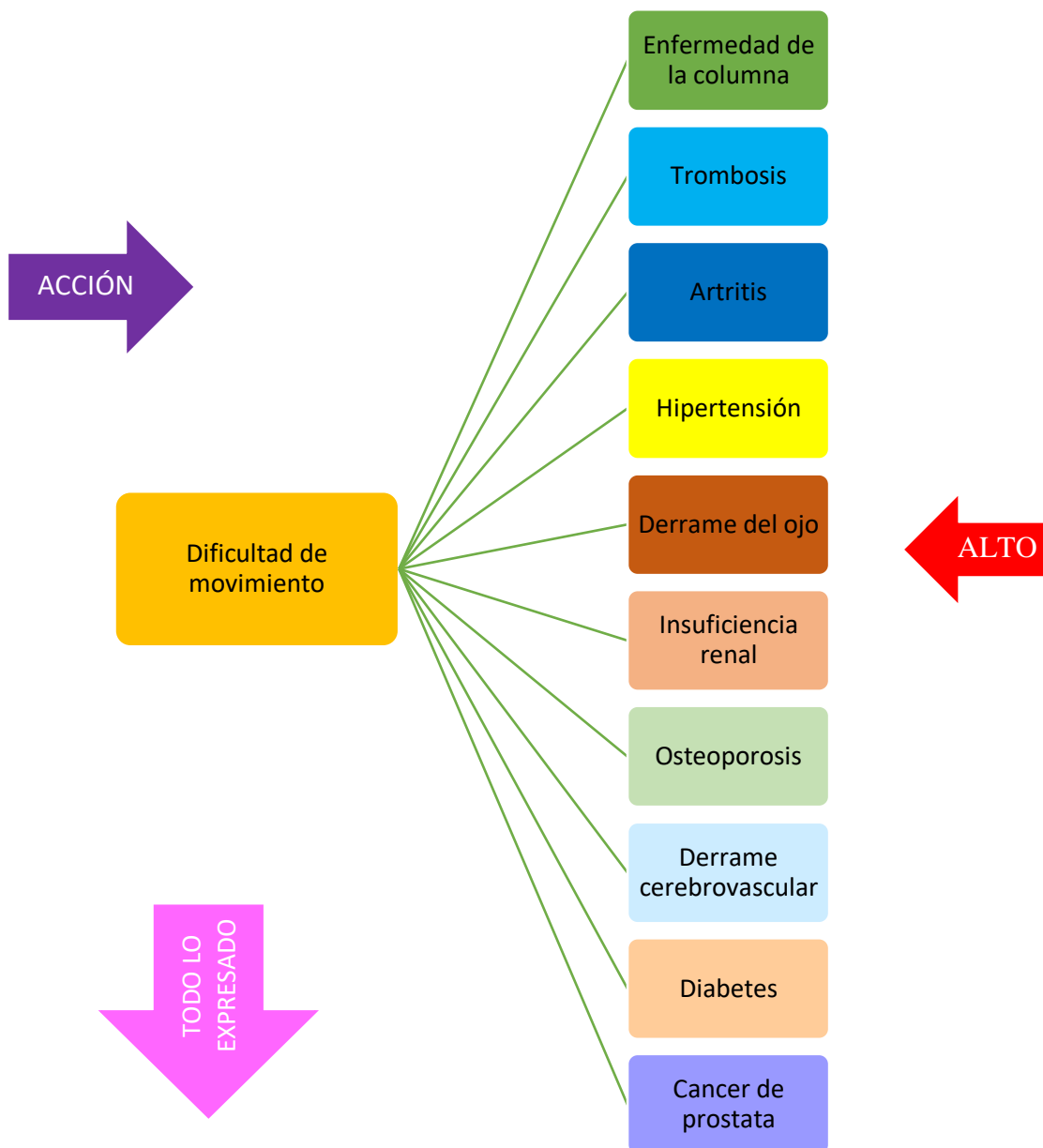
En los siguientes testimonios se pueden apreciar los elementos más relevantes de esta subcategoría:

“Cuando no puede caminar, o me de alguna enfermedad del hueso tal vez y esta enfermedad mismo cuando me duele la cabeza.” (PHSF018)

“Esta enfermedad de la próstata no me deje hacer algunas cosas porque paso puesto la sonda, también me duele las rodillas, y esta enfermedad también cuando me sube la presión me llevan a emergencia” (PHSF015)

“La trombosis cuando quedan postrados en la cama o no pueden mover una pierna o un brazo, eso pienso, con la misma subida de la presión alta, la diabetes” (PHSF002)

Gráfico: 12: Enfermedades que le impiden realizar sus actividades



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, la idea núcleo tiene un modo de prédica de acción y menciona que las posibles enfermedades que le impedirían realizar sus actividades se agrupan en hecho de dificultar el

movimiento de las que se desglosa diferentes subcategorías que permitió el empleo de una ideología de todo lo expresado, con una representación social consolidada.

2.3. La hipertensión le hace sentir que está enferma

Los entrevistados señalan que la hipertensión les hace sentir muy enfermos, además mencionan los síntomas que les provoca la enfermedad como mareos, sudoración, temperatura, dolor de cabeza y limitaciones para realizar sus actividades cotidianas. No se observó diferencias entre la población mestiza e indígena.

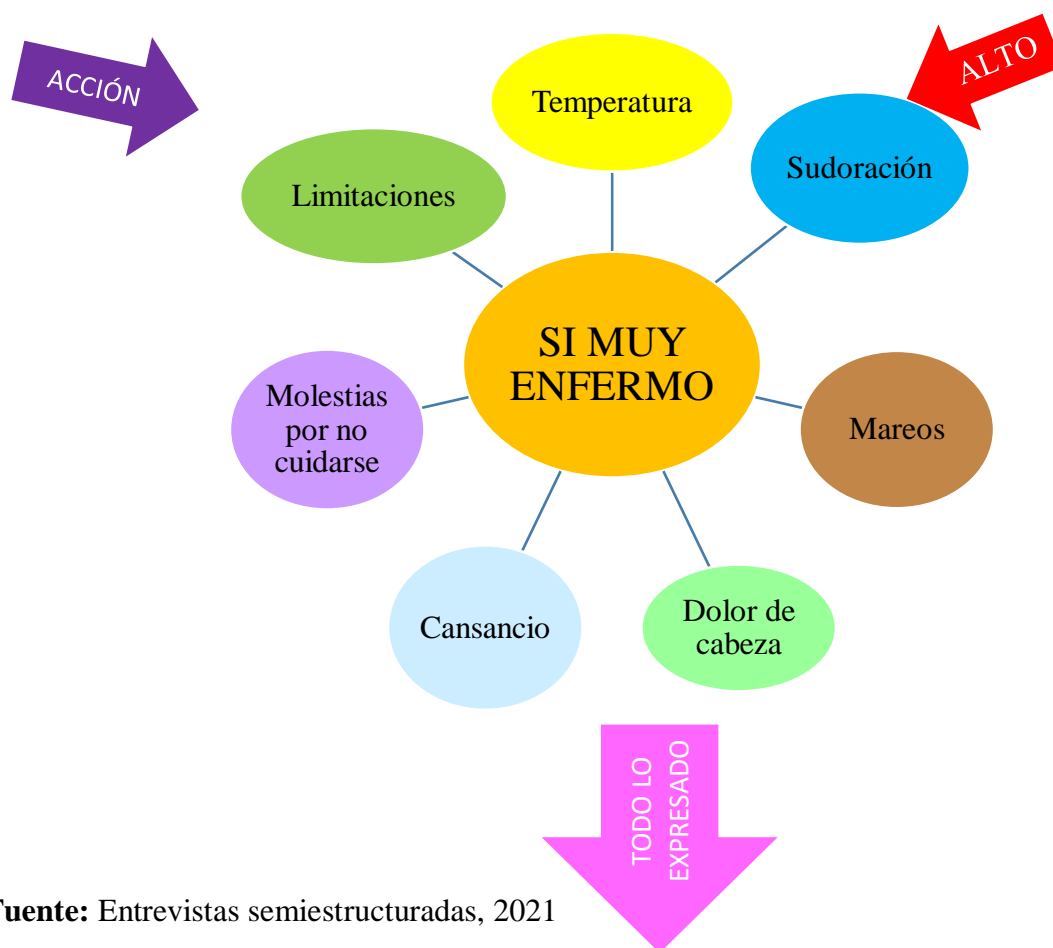
A continuación, se presentan algunos fragmentos que reflejan los elementos más relevantes de la subcategoría:

“Si bien enfermo porque hay tomar las pastillas todos los días, cuando no tomo las pastillas me duele la cabeza fuerte me pongo caliente.” (PHSF012)

“Claro por eso me dio el derrame en el ojo porque esa enfermedad ha sido bien grave.” (PHSF020)

“Claro cuando me pongo caliente o roja o también me sabe dolor la cabeza hay me siento enferma y me toca tomar la medicina” (PHSF013)

Gráfico: 13: La hipertensión le hace sentir que está enferma



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, esta categoría se basa en una idea núcleo de modo de prédica de acción donde la hipertensión es una enfermedad que les hace sentir muy enfermos, derivando en algunas categorías que permitieron el manejo una ideología de todo lo expresado, con una representación social consolidada.

2.4. El tratamiento que usted lleva le funciona

El grupo de entrevistados menciona que el tratamiento prescrito por el personal tiene un resultado positivo sobre su salud. En el caso de la población indígena señala, además, que es complementado con remedios naturales, a diferencia de la población mestiza que señala que el tratamiento farmacológico si funciona pero que requiere, además, un cambio en el estilo de vida,

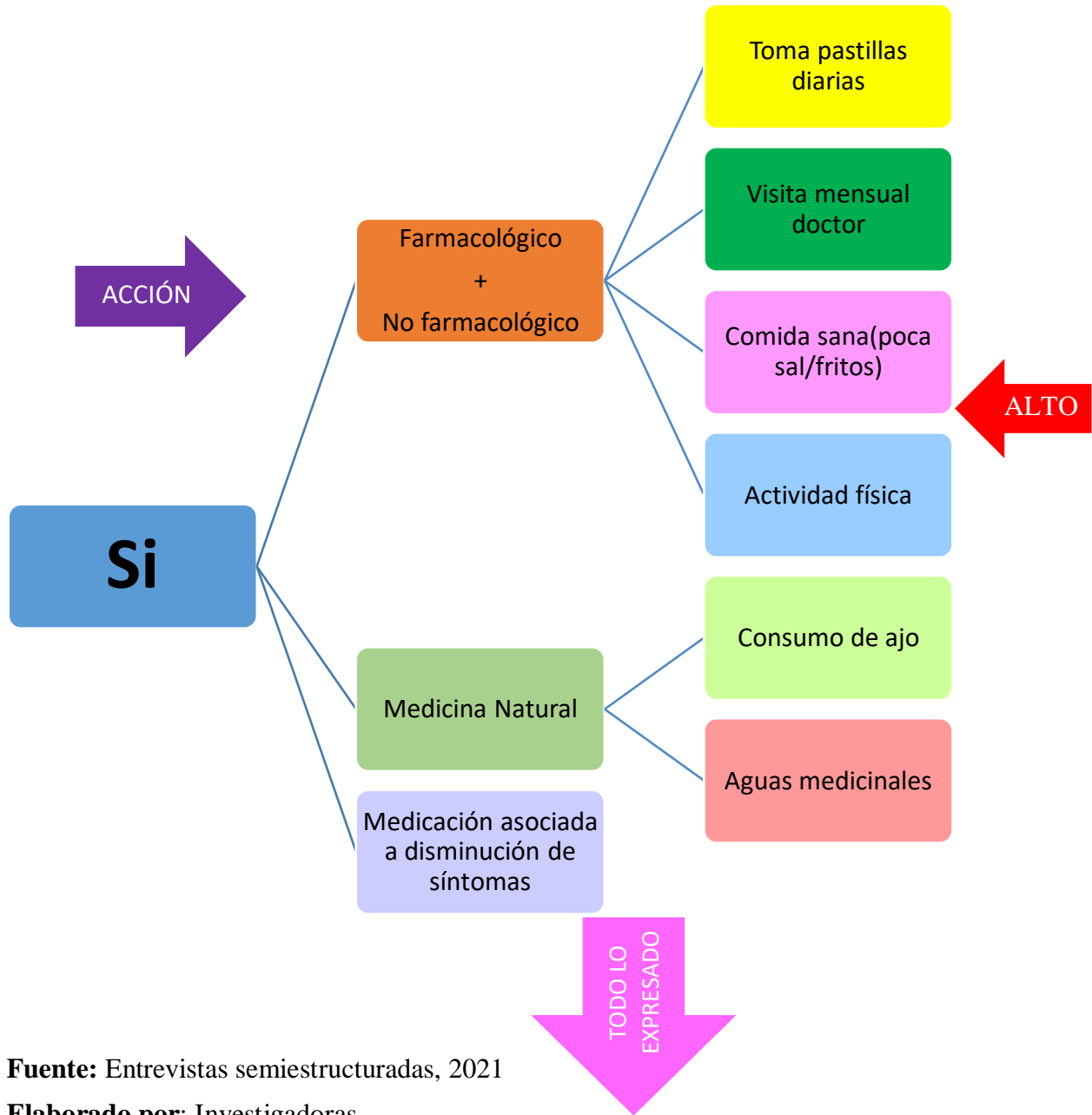
A continuación, se presentan algunos fragmentos que reflejan los elementos más relevantes de la subcategoría:

“Si hace bien el tratamiento las pastillas que me dan el Losartan 50mg una tableta en la mañana voy cada 30 días a ver al Dr., siempre tomo la medicina con agua de orégano eso también creo me alivia ya no se come con mucha sal ni fritos para ver si alivia.” (PHSF001)

“Si creo que está funcionando porque ya no me dado otro derrame igual la doctora Pérez me visita cada mes por mi discapacidad, mis hijos me cuidan bastante en la comida me hacen ejercicios aquí en la casa, igual y sabe cómo como nosotros los antiguos también tomo mis aguas para que me ayuden o no tener otro derrame.” (PHSF009)

“Si tomo las pastillas cuando tengo por qué veces no tengo ni para la comida doctorcita, me voy controles cada 2 meses al centro de salud pero ni me dan pastillas ni nada lo mismo que nada , la comidita a lo que se tiene se come no hay comprar frutas ni solo verdura ni solo carne blanca, caminar si salgo pero con esto de del covid me da miedo contagiarme, si tomo mi ajo diario eso dicen ayuda al corazón también me tomo mis aguas medicinales” (PHSF022)

Gráfico: 14: El tratamiento que usted lleva le funciona



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, la idea núcleo tiene un modo de prédica de acción y está relacionada con el hecho de que el tratamiento recomendado tiene un impacto positivo en el cuidado de su enfermedad al

funcionar. Con las subcategorías encontradas se manejó una ideología de todo lo expresado, con una representación social consolidada.

2.5. Regularidad del chequeo medico

Los entrevistados menciona que la regularidad de su chequeo depende del tiempo de cita que programe el personal de salud. NO se identificaron diferencias entre los grupos étnicos debido a que el tiempo entre consultas médicas es asignado según los requerimientos de la entrega de la medicación.

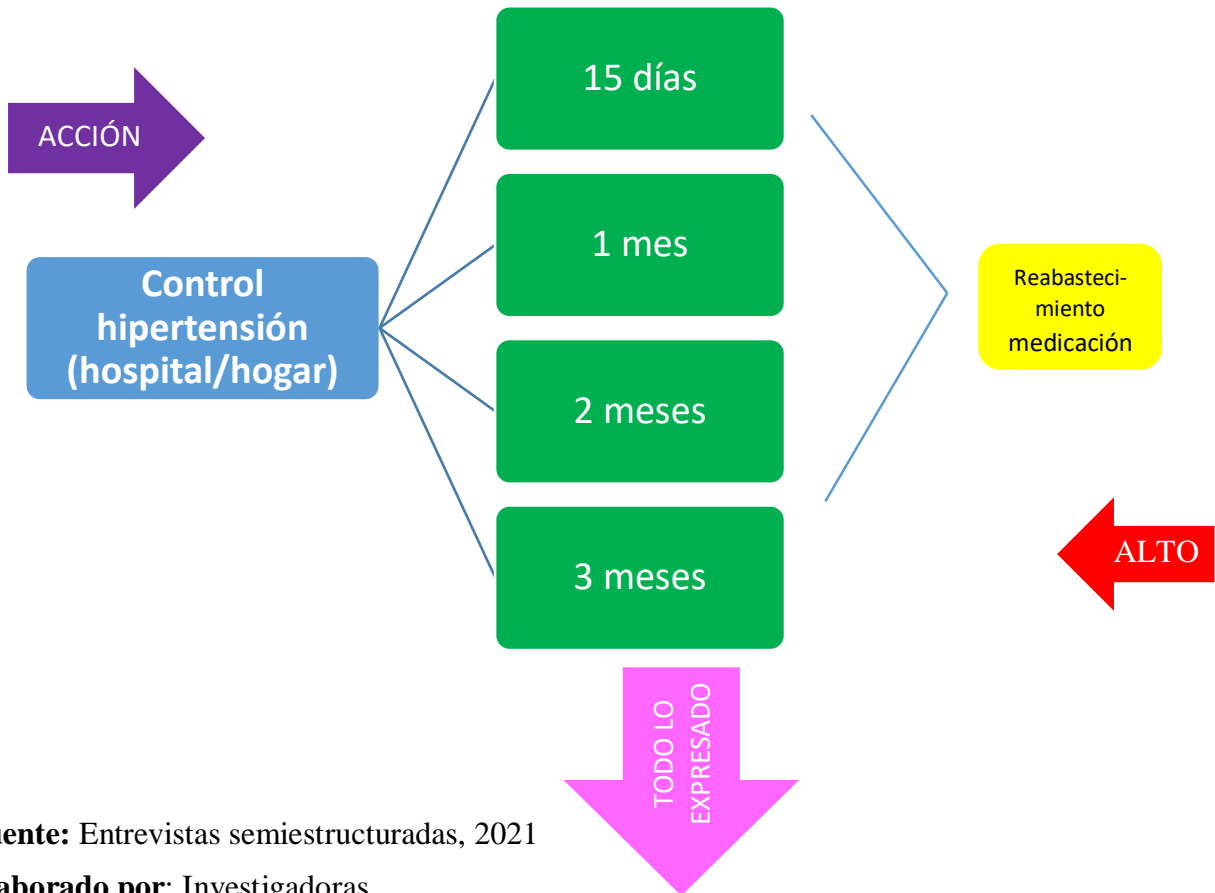
En los siguientes testimonios se pueden apreciar los elementos más relevantes de esta subcategoría

“Cada 30 días voy al Dr. si no voy viene visitar aquí en mi casa.” (PHSF003)

“Cada 3 meses voy retirar la medicina en el seguro, pero los controles cada mes voy aquí centro de salud.” (PHSF015)

“Cada 2 meses cada 3 meses” (PHSF022)

Gráfico: 15: Regularidad del chequeo medico



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, la idea núcleo tiene un modo de prédica de acción y se relacionada con el tiempo en que el personal de salud programe los chequeos médicos, manejando una ideología de todo lo expresado, con una representación social consolidada.

2.6. Factores socio-culturales, familiares, laborales, que influyen con el tratamiento

Los entrevistados identifican a los factores que influyen en el tratamiento en negativos como la falta de dinero para comprar los medicamentos, la falta de disponibilidad de fármacos en las unidades del MSP, los horarios de trabajo difíciles, además la soledad y los problemas familiares. Como factores positivos se menciona el apoyo familiar recibido, sin embargo, en algunos casos este puede constituirse en una barrera para la falta de cumplimiento del tratamiento.

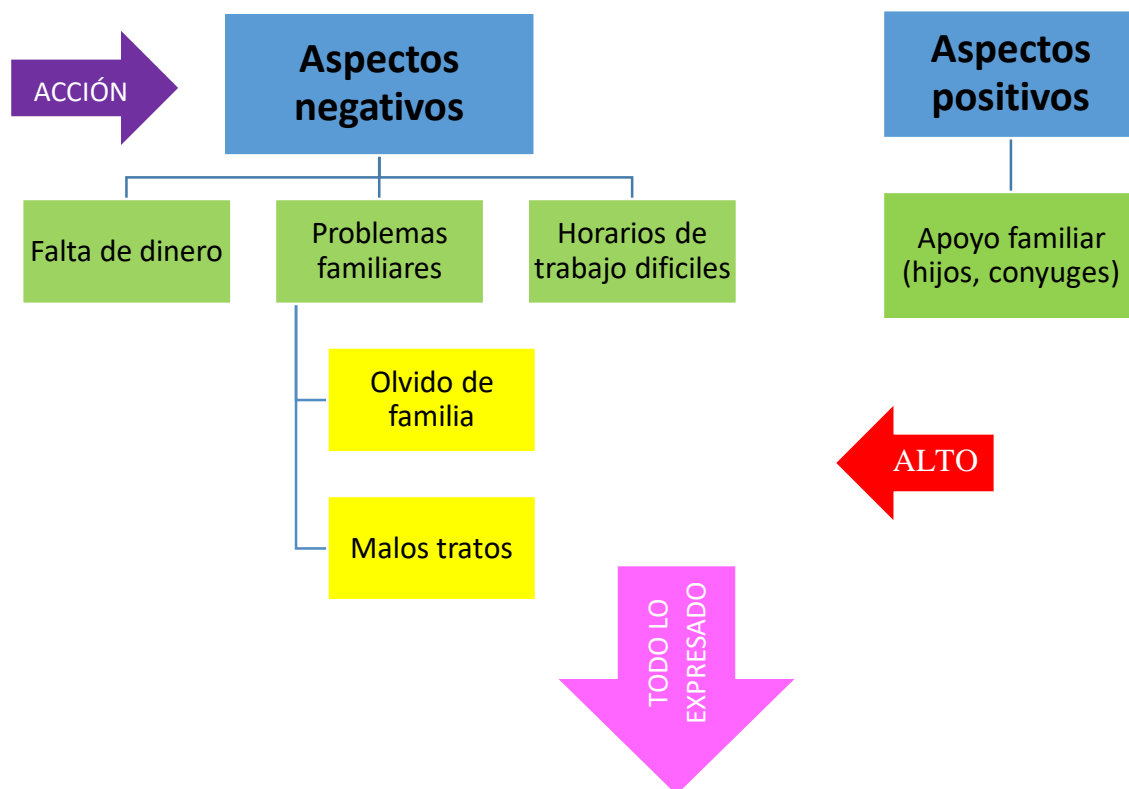
En los siguientes testimonios se pueden apreciar los elementos más relevantes de esta subcategoría:

“Es que a veces me olvido de tomar las pastillas, eso es el problema o cuando tomo trago algunos días, y ahora ya no hay pastillas en el hospital y no hay plata para comprar.” (PHSF004)

“Por la pena de mi esposo que falleció por eso no tomaba, porque me olvidaba, a veces tampoco hay plata para comprar, pero cuando cobro el bonito hay compro las pastillas para todo el mes y esta edad ya no hay trabajo.” (PHSF014)

“A veces me olvido de tomar la medicación, a veces me canso de tomarla, pero ya hago conciencia yo mismo y continuo el tratamiento, mi esposa me apoya bastante con la comida incluso, me acompaña a caminar.” (PHSF011)

Gráfico: 16: Factores socio-culturales, familiares, laborales, que influyen con el tratamiento



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, la idea núcleo tiene modo de prédica de acción y se basa en aspectos positivos y negativos que están afectando el tratamiento de los pacientes. Con las subcategorías encontradas se optó por el manejo una ideología de experiencias decisivas, con una representación social consolidada.

2.7. Considera una cura para la hipertensión

La mayoría de los entrevistados manifestaron que la hipertensión es una enfermedad sin cura, sin embargo, tres pacientes de etnia indígena y mestiza refirieron que en el futuro pueda haber una cura o que es curable.

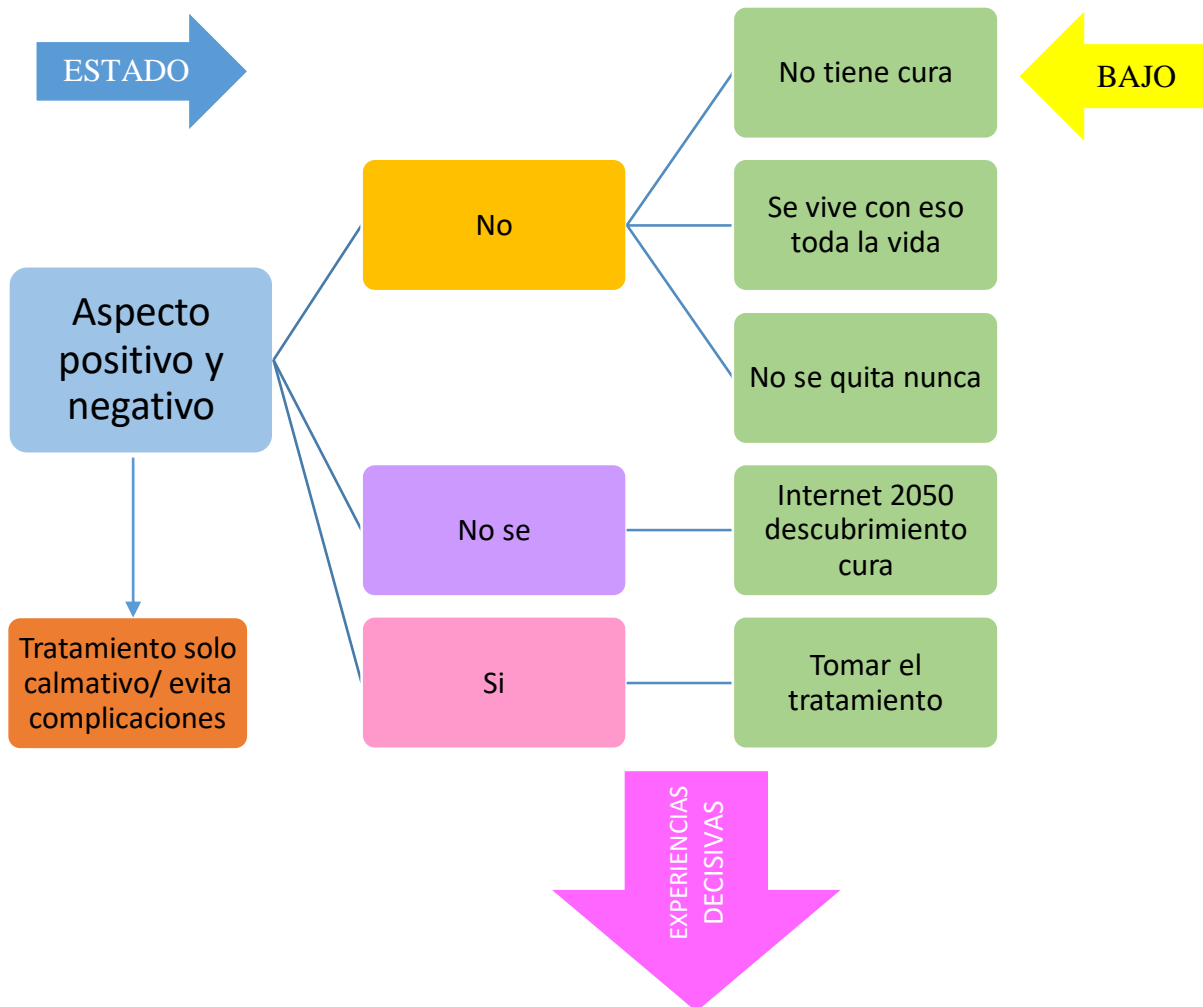
En los siguientes testimonios se pueden apreciar los elementos más relevantes de esta subcategoría:

“No se va quitar esta enfermedad.” (PHSF017)

“No sé yo leí en internet que para el 2050 iba a ver cura, pero no sé si será verdad porque yo si quisiera curarme” (PHSF011)

“Si pueda que se pierda.” (PHSF024)

Gráfico: 17: Considera una cura para la hipertensión



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, se ha identificado como idea núcleo de modo de prédica de estado, manifestando que no hay cura a la enfermedad. Con las subcategorías detalladas se implementó una ideología de experiencias decisivas, con una representación social en formación.

2.8. La hipertensión es una “enfermedad llevadera”

La mayoría de los entrevistados manifestaron que la hipertensión es una enfermedad difícil de llevar, pues demanda de un control estricto en varios aspectos de su vida. Es así que, para los entrevistados indígenas, la mayoría considera que es una enfermedad complicada, tres de ellos considera llevadera debido al consumo de medicamento natural y al apoyo familiar.

Con relación al grupo mestizo, casi en totalidad considera que es una enfermedad difícil de llevar, dos entrevistados consideraron fácil por el apoyo recibido por parte del personal de salud y de su familia.

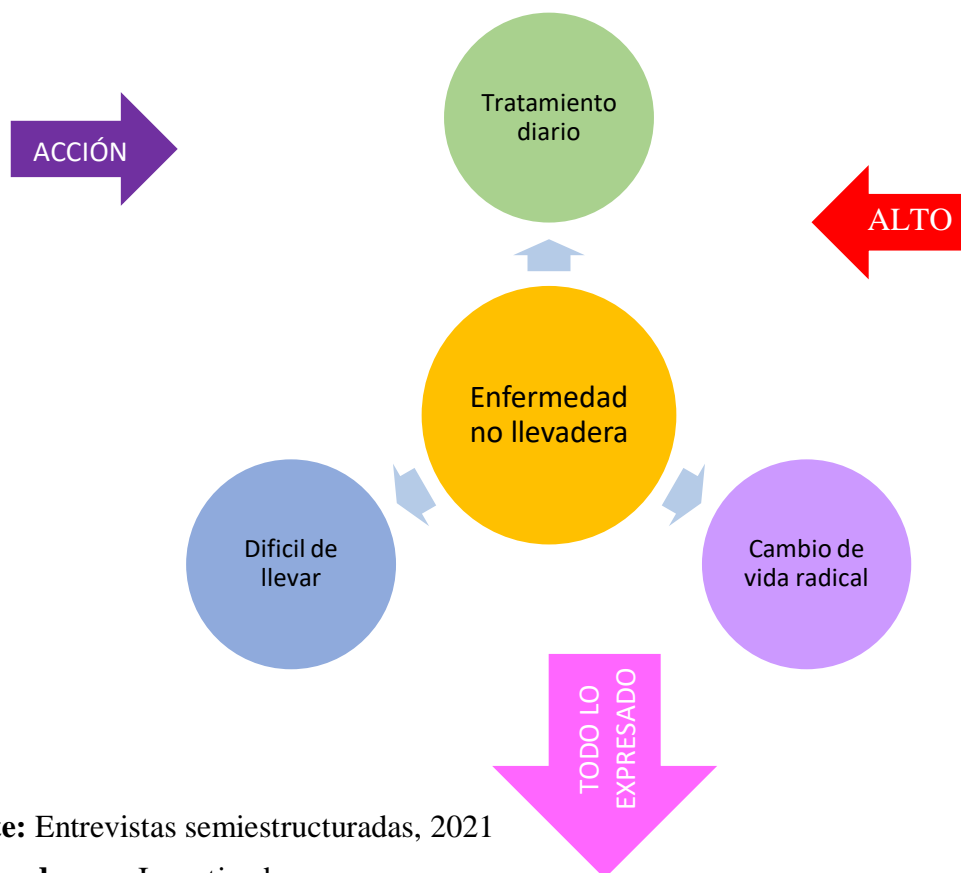
En los siguientes testimonios se pueden apreciar los elementos más relevantes de esta subcategoría:

“No es fácil tener esta enfermedad, es bien duro y más que todo es que ya estamos viejos acabados, pero que más toca seguir tomando pastillas que son como calmativos que alivian por ratos y para no recaer y vivir un día más.” (PHSF002)

“Esta enfermedad es bien dura y peor a esta edad donde uno vive solo no hay quien me ayude con las pastillas para mí no es fácil a veces se me termina la medicación y no hay quien me ayude ir ver en el centro de salud.” (PHSF012)

“Mi enfermedad es bien dura y trabajosa tengo que tomar y tomar pastillas y saca sangre cuidarme bastante con este COVID, pero con el apoyo de mis hijas si estoy saliendo adelante.” (PHSF024)

Gráfico: 18: La hipertensión es una “enfermedad llevadera”



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

En síntesis, la idea central tiene un modo de prédica de estado y se basa en que no se logra sobrellevar la hipertensión arterial generando varias subcategorías que llevo al uso de una ideología de todo lo expresado, con una representación social en consolidación.

Tabla 5: Cuadro Resumen de las Representaciones Sociales de los pacientes

Preguntas de entrevistas de los pacientes	Categorías	Idea de núcleo	Modo de predica	Ideología	Grado de referencia	Tipo de representación
1	¿Con sus propias palabras, cuénteme qué es lo que sabe usted sobre la hipertensión?	Padecimiento terrible	Acción	Todo lo expresado	Alto	Consolidada
2	¿En su opinión la hipertensión está relacionada con otras enfermedades? Como cuales	Desconocimiento	Estado	Experiencias decisivas	Bajo	Crecimiento
3	¿Cuáles cree usted que sean las causas de la hipertensión arterial en las personas?	Mala alimentación	Estado	Experiencias decisivas	Bajo	Formación

4	¿Qué le pasa a una persona que es hipertensa?	Dolor de cabeza fuerte	Acción	Todo lo expresado	Alto	Consolidada
6	¿En dónde se lo diagnosticaron y quién le informó de esto?	Establecimiento de Salud	Acción	Todo lo expresado	Alto	Consolidada
7	¿Qué tipo de tratamiento le indicaron para su hipertensión?	Fármacos	Acción	Todo lo expresado	Alto	Consolidada
8	¿Siguió el tratamiento recomendado que le indicaron?	Si seguí el tratamiento para evitar que me regresen los síntomas	Acción	Todo lo expresado	Alto	Consolidada
9	¿Qué entiende usted por “estar o sentirse enfermo”?	Sentirse mal, cansado, visitando todo el momento a	Acción	Todo lo expresado	Alto	Consolidada

		los doctores y tomando pastillas diarias				
10	En su opinión, ¿qué tipo de enfermedades le impedirían o le impiden realizar sus actividades cotidianas?	Cuando no puede caminar, o me de alguna enfermedad del hueso tal vez y esta enfermedad mismo cuando me duele la cabeza	Acción	Todo lo expresado	Alto	Consolidada
11	Con todo esto que me comentó, ¿piensa que la hipertensión le hace sentir que está enfermo?	Si bien enfermo porque hay tomar las pastillas todos los días, cuando no tomo las pastillas me duele la cabeza fuerte me pongo caliente	Acción	Todo lo expresado	Alto	Consolidada
12	Desde su punto de vista, ¿cree que el	Si hace bien el tratamiento las	Acción	Todo lo expresado	Alto	Consolidada

	tratamiento que usted lleva le está funcionando. Explorar su seguimiento farmacológico, cambio de estilo de vida y medicinas alternativas.	pastillas que me dan el Losartan 50 mg una tableta en la mañana voy cada 30 días a ver al Dr., siempre tomo la medicina con agua de orégano eso también creo me alivia ya no se come con mucha sal ni fritos para ver si alivia.				
13	Explorar regularidad de su consulta médica para su chequeo de hipertensión.	Cada mes	Acción	Todo lo expresado	Alto	Consolidada
14	Explorar factores socio-culturales,	Por la pena de mi esposo que falleció	Acción	Todo lo expresado	Alto	Consolidada

	familiares, laborales, etc. que la persona identifique como aspectos de su vida que le dificultan o facilitan continuar con su tratamiento.	por eso no tomaba, porque me olvidaba, a veces tampoco hay plata para comprar, pero cuando cobro el bonito hay compro las pastillas para todo el mes y esta edad ya no hay trabajo				
15	En su opinión, ¿cree usted que algún día ya no tendrá hipertensión?	No se va quitar esta enfermedad	Estado	Experiencias decisivas	Bajo	Formación
16	Explorar si la hipertensión tiene cura.	No tiene cura solo hay calmativos	Acción	Todo lo expresado	Alto	Consolidada

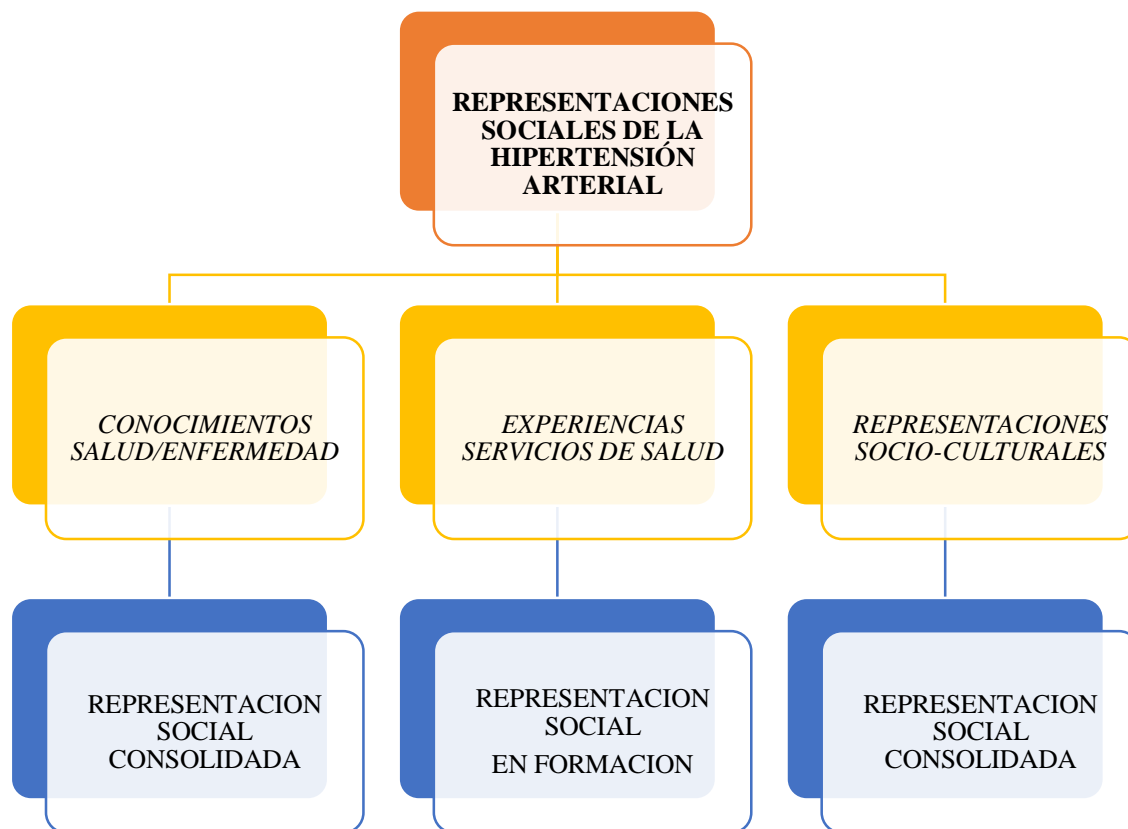
17	Explorar las referencias de la hipertensión como “enfermedad llevadera”.	Esta enfermedad es bien dura y peor a esta edad donde uno vive solo no hay quien me ayude con las pastillas para mí no es fácil a veces se me termina la medicación y no hay quien me ayude ir ver en el centro de salud	Acción	Todo lo expresado	Alto	Consolidada
----	--	--	--------	-------------------	------	-------------

Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

CONSOLIDADO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Gráfico: 19: Consolidado de las representaciones sociales de los pacientes con HTA



Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2021

Elaborado por: Investigadoras

Análisis: Las representaciones sociales relacionadas con los pacientes que padecen hipertensión arterial de la parroquia de San Francisco, mantienen una ideología social consolidada en lo que respecta a los conocimientos sobre su salud y la enfermedad cultural al igual que con sus representaciones socio-culturales, mientras que para las experiencias de servicios de salud es una representación social en formación ya que no existen conocimientos establecidos en la población de su enfermedad.

5. CAPITULO V

5.1. DISCUSIÓN

Al realizar el análisis de la información obtenida en las entrevistas realizadas se pudo evidenciar la similitud en el discurso de los participantes de etnia mestiza o indígena, en torno a las representaciones sociales previstas en las categorías y subcategorías.

En relación a las causas de hipertensión arterial, el grupo de etnia indígena asociaron a la tristeza e ira a diferencia de la población mestiza quienes lo relacionan con vejez, diabetes, alcoholismo, mala alimentación y un factor hereditario; similar a lo reportado por Coria, y otros (2010) donde menciona que “las representaciones socioculturales son parte de la vida y por ende de la enfermedad, y varían en función de los grupos o comunidades de acuerdo a la formación de los sujetos”. De lo expuesto anteriormente se puede señalar que los grupos socioculturales comparten la representación social en torno a las causas de HTA de acuerdo a las creencias y formación específicas de cada grupo.

En este contexto, los resultados de la investigación concuerdan con los estudios realizados por García de Alba, Salcedo Leticia-Rocha, Vargas García de Alba, & Salcedo Rocha, (2012) al establecer la relación de la enfermedad con la esfera biológica y social; mostrando que tanto indígenas como mestizo relacionan la hipertensión con los diferentes aspectos de la vida fundamentados en los significados socioculturales que poseen cada grupo social; además se observó que éstos también influyen de manera positiva o negativa en el tratamiento de los pacientes.

Los dos grupos étnicos mostraron igualmente, que tanto las causas, como los factores de riesgo

para la hipertensión están asociados con las creencias, conocimientos, estado de ánimo y crisis normativas y no normativas, estas representaciones socioculturales concuerdan con otras investigaciones realizadas sobre las creencias individuales de la salud y enfermedad, los cuales destacan que en la enfermedad influyen aspectos emocionales, psicológicos y sociales del pacientes y la familia y no solo los aspectos biológicos (Banchs (2020); García de Alba-García (2012); García de Alba Javier Eduardo et al. (2012); Ofman et al. (2015) ;Torres López (1990); Grosse & Grosse (2017); González et al (2018)).

Por otra parte, los pacientes indígenas y mestizos asocian las cifras altas de presión arterial con síntomas como el rubor de cara o sentir caliente la cabeza, significados que coincide con el estudio de Mazzeo (2013) quien describe la concepción de la hipertensión en la población haitiana, señalando que el corazón formula el equilibrio de la sangre en las extremidades por lo que la sangre alta, es sangre que sube y se acumula afectando la cabeza y el cerebro.

Finalmente, las representaciones socioculturales sobre el buen funcionamiento del tratamiento, los dos grupos étnicos manejan el discurso biomédico basados en el tratamiento farmacológico, adicionalmente consideran la medicina alternativa y redes de apoyo; similar a los factores observados en el estudio de León, Díaz & Páez Rovira (2003) quienes refieren que el tratamiento y seguimiento del paciente hipertenso lo hace de forma integral y además del tratamiento a base de medicación natural.

LIMITANTES DEL ESTUDIO

- La parroquia San Francisco no cuenta con una división política actualizada, motivo por el cual tampoco se tiene estadísticas de la población en relación a los barrios del cantón.

- El grupo población de adultos medios hombres fue de difícil acceso para el cumplimiento de las entrevistas debido a que manejan horarios de trabajo lo que dificulta que se encuentre en sus domicilios para el levantamiento de la información.
- La gran cantidad de respuestas similares dentro de las encuestas realizadas obligo a la aplicación del principio de saturación debido a que el número total de encuestas propuestas ya no aportada nuevos datos a la investigación.
- Otro factor que influyó fue la disponibilidad de tiempo de los pacientes motivo por el cual se tuvo hacer cambios en los informantes, dichos cambios efectuados modificaron la estructura de la misma.

6. CAPITULO VI

6.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.1. Conclusiones

- La mayoría de la población tanto indígena como mestiza no tienen un concepto claro sobre la hipertensión arterial, así como sus causas y la relación que esta tenga con otras patologías; la asocian con los diferentes signos y síntomas que presenta la enfermedad, además de los problemas y crisis familiares normativas y no normativas.
- Respecto a conocimientos sobre salud y enfermedad se concluyó que tanto la población indígena y mestiza tienen diferentes significados sobre la enfermedad, generalmente lo relacionan con incapacidad para realizar sus actividades cotidianas, o términos como debilidad, inútil y decaído.
- En relación a las experiencias en servicios en salud, el tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial se concluyó que en los dos grupos étnicos no pueden brindar un periodo exacto de su diagnóstico, ya que la mayoría de la población fue diagnosticada al dirigirse a una sala de emergencia por presentar molestias, o por control de otra patología. Por otra parte, el logro de un buen control de la hipertensión se basa en el tratamiento farmacológico y no farmacológico incluyendo todas las redes de apoyo siempre y cuando se respete todas las ideologías que van influir de forma positiva en control y seguimiento del paciente hipertenso.
- Con respecto a los factores socioculturales se concluyó que tanto la población indígena y mestizos señalan que influyen los problemas emocionales, falta de factor económico, falta de medicación por parte del MSP y la pandemia.

6.1.2. Recomendaciones

- El personal de salud debe familiarizarse con las representaciones socio-culturales del paciente hipertenso tanto indígena como mestizo para facilitar los acuerdos en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, en seguimiento y el rol de las redes de apoyo de los pacientes.
- Implementar un programa organizado y estructurado de capacitación a los pacientes y familiares que mejore el conocimiento de la enfermedad, así como las habilidades para manejar y afrontar la enfermedad.
- Incluir las diferentes costumbres y creencias de los pacientes hipertensos tanto mestizos como indígenas.
- Incorporar a la familia, comunidad en el tratamiento y autocuidado del paciente hipertenso como apoyo psicológico, además de buscar apoyo económico por parte del gobierno para así lograr el cumplimiento de las metas del tratamiento de forma correcta.

BIBLIOGRAFÍA

- Arias Capote, J. C., Molerio Pérez, O., & Pérez Inerárity, M. (2020). Validación de la Guía general para diagnosticar barreras que afectan la adherencia terapéutica en hipertensos. *Medicentro Electrónica*, 24(2), 267–286.
- Banchs, M. (2020). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Litora* 3, 42.
- Benavides, R., Benavides, A., Villalobos, M., & Rojas, J. (2013). Prevalencia de la hipertensión. 10-21.
- Coria, M., Gaete, D., Aravena, J., Rojas, V., González, Y., Miranda, H., & Excelencia, C. (2010). Social Representations of Poverty in University Students. *Estudiantes Universitarios Chilenos*, 16(2), 161-170.
- Díaz Bernal, Z., Aguilar Guerra, T., & Linares Martín, X. (Octubre-Diciembre de 2015). La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4).
- Edwards, A., & Harry, D. (2004). Using Sociocultural and Activity Theory in Educational Research. *Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127.
- Fleitas Reina. (2016). Investigación socioantropológica en salud. Enfoque de género. . *La Habana: Centro de estudios demográficos.*, 71-73.
- García, M. (2015). Contrucción de la realidad, comunicación y vida cotidiana. Una aproximación a la obra de Thomas Luckman. *Intercom: Revista Brasileira de Ciencias Da Comunicacao*, 19-38.
- García de Alba, J. E., Salcedo Leticia-Rocha, A., Vargas, A., García de Alba, J., & Salcedo Rocha, D. (2012). La antropología cognitiva aplicada al estudio de las causas de la hipertensión arterial. *In Cir.*

- García López, V. (2021). "CALIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN A USUARIOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL, PERIODO 2021. Ibarra.
- Gobierno Autónomo Descentralizado de San Miguel de Ibarra. (2012). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Ibarra*. Ibarra.
- González, L., & Rodríguez Salvá, A. (2018). Estudios de representaciones sociales sobre hipertensión arterial en Cuba. *Revista Finlay*, 299-309.
- Grosse, A., & Grosse, P. (2017). Factores Sociales y Ambientales e Hipertensión Arterial. En S. A. Arterial, *Libro de Hipertensión de SAHA*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *CENSO POBLACIONAL CANTON IBARRA*.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. *Psicología social II*, 469-494.
- Jodelet, D. (2020). Las respresentaciones sociales: Un recurso para indagar la complejidad psicosocial: El caso de la vejez. *RED Sociales*, 50-61.
- Langdon, E., & Wiik, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de las salud. *Revista Latino-Am.*
- León, M., Díaz, B., & Paéz Rovira, D. (2003). Representaciones de la enfermedad: Estudios psicosociales y antropológicos. *Boletín de Psicología*, 77, 39-70.
- Lynch, G. (2020). La investigacion de las representaciones sociales: Enfoques teoricos e implicaciones metodologicas. *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 102-118.
- Margulies, S. (2014). La atención del VIH-SIDA. *Un estudio de antropología de la Medicina*.
- Mazzeo, J. (2013). Hypertension among Haitians Living in the Bahamas. *The Internacional Journal of Bahamian Studies*, 15.
- Miller, B. (2011). *Antropología cultural* (Quinta ed.). Pearson Education S.A.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). Guía de Práctica Clínica de Hipertension Arterial 2019. 1-70.
- Morlan, E. (2020). Editorial. *Ciencias y Salud*, 3-4.
- Ofman, S., Iris , C., Girardi, P., & Cófreces , P. (2015). Estudio de las representaciones sociales de la hipertensión arteial según género. *Liberabit Revista de Psicología*, 21(1), 59-70.
- Organización Mundial de la Salud . (1946). *Official Records of the World Health Organization*. Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. *Ginebra: 2004*.
- Organización Panamericana de la Salud . (2021). *Hipertensión*.
- Ortigado Matamala, A. (2016). Hipertensión arterial sistémica. *Pediatría Integral* .
- ORTIZ CHIGUANO, L., & LOOR MONAR, P. (2019). *FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL ÁREA COGNITIVA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS TIPO 2, ATENDIDOS EN LA CIUDAD DE LA CONCORDIA, EN EL ÁREA DECONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD*. Quito: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
- Prieto Castillo, D. (Agosto- Noviembre de 2019). Investigación y obra pedagógica en el campo de la comunicación. *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación*(141), 33 - 48.
- Pruneda, A. (2006). Medicina. *Organización Mundial de la Salud*, 30(617), 175-178.
- Registro Oficial. (2004). *ORDENANZA QUE FIJA LOS LIMITES DE SAN MIGUEL DE IBARRA Y SECCIONES PARROQUIALES*. Ibarra: 4.
- Ruiz , M., & Soto, M. (2019). *RAZONES POR LAS QUE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO SE ADHIEREN AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y AL CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS COMO PARTE DE SU*

MANEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE “CONOCOTO” DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL PRIMER SEME.

- Salaverry, O. (2017). Antropología de la salud: una mirada actual. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34.
- Scotch, N. A. (1959). A study of hypertension and its relation to various factors among rural and urban Zulus is reported. In the light of statistically significant relationships found between hypertension and age, sex. *Sociocultural Factors in the Epidemiology*.
- Taveira, L. F., & Pierin, A. M. G. (2007). O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(5), 929–935. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500008>
- Torres López, M. (1990). una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista de la Universidad de Guadalajara*, 1-16.
- Trujillo, N., Díaz Bernal, Z., Martínez Boloña, Y., & Mastrapa, Y. (2018). La enfermería salubrista para el alcance de las metas de salud de las sociedades Salubrity-Based Nursing for Meeting the Health-Related Goals in the Societies. *Revista Cubana de Enfermería*, 749-760.
- Urbina Cárdenas, J. E., & Ovalles Rodríguez, G. A. (2018). Teoría de las representaciones sociales. Una aproximación al estado del arte en América Latina. *Psicogente*, 21(40), 4–12. <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3088>
- Whelton, P., Carey, R., Aronow, W., Casey, D., Collins, K., Dennison Himmelfarb, C., . . . Willimas, K. (2017). Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Pr. *Journal of the American College of Cardiology*, 19(71).
- Zhou, B., Carrillo-Larco, R., Danaei, G., Riley, L., Paciorek, C., Stevens, G., . . . Ezzati, M. (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from

1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet*.

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUMENTO: GUÍA SEMI-ESTRUCTURADA DE ENTREVISTA 00	
FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Edad Sexo Etnia Estado civil Nivel de instrucción Ocupación Religión Tiempo de diagnostico	
ITEM	CONOCIMIENTO SALUD/ENFERMEDAD
	<p>Con sus propias palabras, cuénteme qué es lo que sabe usted sobre la hipertensión.</p> <p>Explorar qué sabía la persona antes y después de su diagnóstico. Quién, cuándo, dónde. En su opinión</p> <p>¿está la hipertensión relacionada con otras enfermedades? Sí. ¿Con cuáles? No. Explorar razones.</p> <p>¿Cuáles cree usted que sean las causas de la hipertensión arterial en las personas?</p> <p>¿Qué le pasa a una persona que es hipertensa?</p> <p>+Explorar sintomatología desde la perspectiva discursiva del entrevistado/a de forma más concreta.</p>

ITEM	EXPERIENCIAS SERVICIOS DE SALUD
	<p>¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron hipertensión? (percepción de la temporalidad del diagnóstico)</p> <p>¿En dónde se lo diagnosticaron y quién le informó de esto?</p> <p>¿Qué tipo de tratamiento le indicaron para su hipertensión?</p> <p>¿Siguió el tratamiento recomendado que le indicaron?</p>
ITEM	REPRESENTACIONES SOCIO-CULTURALES
	<p>¿Qué entiende usted por “estar o sentirse enfermo”? (¿enfermedad = estado sincrónico o/y proceso diacrónico?)</p> <p>En su opinión, ¿qué tipo de enfermedades le impedirían o le impiden realizar sus actividades cotidianas?</p> <p>Con todo esto que me comentó, ¿piensa que la hipertensión le hace sentir que está enfermo?</p> <p>Desde su punto de vista, ¿cree que el tratamiento que usted lleva le está funcionando?</p> <p>+Explorar su seguimiento farmacológico, cambio de estilo de vida y medicinas alternativas.</p> <p>+Explorar regularidad de su consulta médica para su chequeo de hipertensión.</p> <p>+Explorar factores socio-culturales, familiares, laborales, etc. que la persona identifique como aspectos de su vida que le dificultan o facilitan continuar con su tratamiento.</p> <p>En su opinión, ¿cree usted que algún día ya no tendrá hipertensión?</p>

	+ Explorar si la hipertensión tiene una cura. + Explorar las referencias de la hipertensión como “enfermedad llevadera”.
--	--

ANEXO B

FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACION: Conocimientos, experiencias y representaciones socioculturales en torno a la enfermedad en pacientes hipertensos mayores de 35 años de edad de la parroquia San Francisco del Cantón Cotacachi de mayo a septiembre del 2021.

Investigadores principales:

- Md. Mélida Maritza Freire Ojeda, MD (Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria)
- Md. Lorena Paulina Paredes Montesdeoca, MD (Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria)

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información, proporciona información sobre el estudio.
- Formulario de Consentimiento, para firmar si está de acuerdo en participar.

Se le dará una copia del documento completo de Consentimiento Informado)

PARTE I: Información:

Introducción

La presente investigación es conducida por Mélida Maritza Freire Ojeda y Lorena Paulina Paredes Montesdeoca, estudiantes de posgrado de medicina familiar y comunitaria de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El objetivo de este estudio es describir, los Conocimientos, experiencias y representaciones socioculturales en torno a la enfermedad en pacientes hipertensos mayores de 35 años de edad de la parroquia San Francisco del Cantón Cotacachi de mayo a septiembre del 2021”, Si usted accede a participar en este estudio, intervendrá en una entrevista.

Propósito

Esta investigación pretende describir los conocimientos, experiencias y representaciones socioculturales en torno a la enfermedad en pacientes hipertensos mayores de 35 años de edad de la parroquia San Francisco del Cantón Cotacachi de mayo a septiembre del 2021

Procedimientos y Protocolo.

Se realizará una entrevista a los pacientes hipertensos mayores de 35 años que residen en la parroquia San Francisco del Cantón Cotacachi que acuden al centro de salud Anidada.

Esta entrevista consta de cuatro partes:

- 1.- Información general
- 2.- Concepción de salud - enfermedad y de hipertensión arterial
- 3.-. Experiencias con los servicios de salud
- 4.-. Costumbres y prácticas culturales (representaciones socio culturales) sobre hipertensión arterial

Selección de participantes

Son pacientes mayores de 35 años de edad con hipertensión arterial de la parroquia San Francisco del Cantón Cotacachi que acuden al control al centro de salud Anidada.

Participación Voluntaria

Su participación es totalmente voluntaria, usted decide si desea participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de opinión y dejar de participar aun cuando inicialmente haya aceptado

Duración

Participará una sola vez, con una entrevista que durará alrededor de 45 minutos,

Riesgos

No existe riesgos para su salud o para la atención que usted recibe en la unidad de salud.

Molestias

La molestia principal será el tiempo que se le solicitará para la entrevista.

Beneficios

Los beneficiados serán toda la población hipertensa mayor a 35 años de edad.

Incentivos

No habrá incentivos.

Confidencialidad.

Se mantendrá absoluta confidencialidad de la información, la identidad será protegida mediante codificación, no se podrá identificar al participante por sus respuestas.

Derecho a negarse o retirarse

Se le reitera que la participación es voluntaria, en cualquier momento puede retirarse cuando considere necesario, Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el proyecto. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a cualquiera de las siguientes personas: Mérida Maritza Freire Ojeda y Lorena Paulina Paredes Montesdeoca (Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria)E-mail: maryfreireo@hotmail.com lore0127@hotmail.com
Teléfono: 0979077498/0992797948 **Dirección:** Ibarra, Parroquia San Francisco avenida Fray Vacas Galindo entre Luis Gonzalo Gómez Jurado y Luis Vargas Torres.

PARTE II:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación de Conocimientos, experiencias y representaciones socioculturales en torno a la enfermedad en pacientes hipertensos mayores de 35 años de edad de la parroquia San Francisco del Cantón Cotacachi de mayo a septiembre del 2021. Entiendo que (se Aplicarán entrevistas) He sido informado de los posibles riesgos o molestias. (Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará gastos de viaje). Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mis derechos.

Nombre del Participante

CI:

Firma del Participante

Huella digital

Fecha..... Día/mes/año

ANEXO C

Meses	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre							
	2021				2021				2021				2021				2021				2021				2021				2021				2021											
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades																																												
Elaboración del protocolo de investigación																																												
Presentación y aprobación por el comité																																												

