



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO**

**FAMILIAR Y COMUNITARIO POSGRADO DE MÉDICINA FAMILIAR Y**

**COMUNITARIA**

**INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO-  
PACIENTE (RMP) EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 POR  
SARS-COV-2 EN CENTRO DE SALUD CRUCITA, CANTÓN PORTOVIEJO,  
PROVINCIA DE MANABÍ, 2021**

**AUTORAS:**

**REDROBÁN ZAMORA MARÍA INÉS**

**ESCOBAR HOLGUÍN WENDY ELIZABETH**

**DIRECTOR:**

**DR. ALEXIS WLADIMIR RIVAS TOLEDO**

**PORTOVIEJO, 2021**

## **DEDICATORIA**

Wendy:

*A Dios por su ayuda en todo momento*

*A mis padres por su apoyo cada día*

*Y a mi esposo y mis hijas por permanecer conmigo.*

María Inés:

*A Dios por iluminar este camino de aprendizaje*

*A mis hijos por ser mi fortaleza y razón de ser*

*Mi familia por su apoyo incondicional*

*A mi compañero de vida por su comprensión y amor incondicional.*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por su guía en cada paso que hemos logrado en lo académico.

A nuestras familias por su amor y compañía siempre.

A nuestro estimado Director de tesis, el Dr. Alexis Rivas por su ayuda en ésta investigación.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por la oportunidad que nos ha dado de aprendizaje en lo profesional.

Al Dr. Agustín Guerrero director del Centro de Salud Crucita por estar siempre presto en colaborarnos para realización de esta investigación.

A los pacientes y personal del Centro de Salud de Crucita parte fundamental de ésta investigación.

A todos ellos Gracias.

## Contenido

RESUMEN.....	9
ABSTRACT .....	11
Introducción.....	13
CAPITULO II.....	15
2. Marco Teórico .....	15
2.1. Interculturalidad.....	15
2.1.1. La importancia del aprendizaje de competencias interculturales en salud. ....	15
2.1.2. Interculturalidad en el Ecuador .....	17
2.1.3. Interculturalidad en la Provincia de Manabí.....	19
2.1.4. Perfil intercultural del Cantón Portoviejo.....	19
2.1.5. Interculturalidad: Parroquia Crucita .....	20
2.2. Salud y Enfermedad.....	20
2.3. Curso y ciclo de vida.....	20
2.3.1. Salud .....	21
2.3.2. Enfermedades.....	22
2.3.3. Secuelas-efectos .....	22
2.3.4. Muerte.....	23
2.4. Atención Sanitaria de Primer Nivel APS .....	23
2.4.1. APS General .....	23
2.4.2. Sistemas de Salud Basados en la APS .....	24
2.5. Relación Médico Paciente.....	25
2.5.1. RPM General.....	25
2.5.2. La comunicación el ámbito sanitario.....	26
2.5.3. Ideas para mejorar .....	26
2.5.4. Clasificación de la RMP.....	27
2.5.5. Telemedicina como alternativa de atención durante la Pandemia.....	27
2.6. Pandemia de Covid-19 por Sars-Cov-2.....	28
2.6.1. Antecedentes.....	28
2.6.2. SARS-COV-2.....	29
2.6.3. APS COVID-19 .....	30
2.6.4. RPM COVID-19 .....	31
2.6.5. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre COVID-19 en la población .....	33
2.5.6. Cuadro Clínico .....	34
2.5.7. Cuarentena y Confinamiento.....	35
2.6. Uso de Fármacos.....	35

2.7.	Medicina Tradicional .....	37
2.8.	Automedicación y COVID-19.....	38
2.9.	Emocionalidad y Pandemia COVID-19 .....	38
2.9.1.	Técnicas Psicoterapeutas .....	40
CAPITULO III .....		40
2.	Metodología.....	40
3.1	Justificación .....	40
3.2	Pregunta de Investigación .....	42
3.3	Objetivos.....	42
3.3.1	Objetivo General .....	42
3.3.2	Objetivos Específicos .....	42
3.4	Hipótesis Operativa.....	42
3.5	Unidad de Investigación.....	43
3.5.1	Perfil de la Unidad de Salud .....	43
3.6	Estrategia Metodológica.....	44
3.6.1	Tipo de Estudio .....	44
3.6.2	Selección de Informantes .....	45
3.6.3	Historia de vida y entrevista semiestructurada .....	46
3.6.4	Criterios de Inclusión .....	46
3.6.5	Criterios de Exclusión .....	46
3.6.6	Descripción Sociodemográfica.....	47
3.6.8	Aspectos Bioéticos .....	52
3.6.9	Recolección de datos.....	52
3.6.10	Plan de análisis de resultados. ....	52
3.6.11	Identificadores de los sujetos informantes.....	53
3.6.12	Historias de vida.....	56
3.6.13	Indicadores cualitativos.....	59
3.6.13.	Nube de Palabras.....	61
3.6.14.	Modelo de Gráfico de Giddens.....	61
3.6.15.	Limitaciones del estudio.....	61
CAPÍTULO IV .....		62
4.	Resultados.....	62
4.1.	Resultado de variables demográficas .....	62
4.2.	INTERCULTURALIDAD: SALUD: Creencias y costumbres. ....	67
4.4.	ATENCIÓN SANITARIA: Primer Nivel de atención y provisión de salud.....	75
4.5.	RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: Escucha activa, confianza, satisfacción .....	80

4.6. COVID: Impacto psicosocial, medidas preventivas. ....	84
4.7. COVID: Autoatención. ....	88
CAPÍTULO V.....	93
5. Conclusiones.....	93
6. Recomendaciones .....	98

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1</b> Medicamentos .....	36
<b>Tabla 2</b> Población de Crucita .....	44
<b>Tabla 3</b> Selección de Informantes: .....	47
<b>Tabla 4</b> Selección de informantes para historia de vida .....	47
<b>Tabla 5</b> Características Sociodemográficas .....	48
<b>Tabla 6</b> Operacionalización de variables cualitativas .....	49
<b>Tabla 7</b> Identificadores de los participantes .....	55
<b>Tabla 8</b> Identificadores de los participantes .....	58
<b>Tabla 9</b> Frases emblemáticas, interculturalidad: salud, creencias y costumbres. ....	70
<b>Tabla 10</b> Frases emblemáticas, uso de plantas. ....	74
<b>Tabla 11</b> Frases emblemáticas atención sanitaria .....	78
<b>Tabla 12</b> Frases emblemáticas relación médico paciente. ....	82
<b>Tabla 13</b> Frases emblemáticas COVID impacto psicosocial, medidas preventivas .....	86
<b>Tabla 14</b> Frases emblemáticas COVID, autoatención .....	91

## Índice de ilustraciones o figuras.

<b>Ilustración 1</b> Ubicación del Centro de Salud .....	43
<b>Ilustración 2</b> Indicadores cualitativos .....	
<b>Ilustración 1</b> Ubicación del Centro de Salud .....	43
<b>Ilustración 2</b> Indicadores cualitativos .....	60
<b>Ilustración 3:</b> Género.....	62
<b>Ilustración 4:</b> Edad .....	63
<b>Ilustración 5:</b> Estado civil.....	63
<b>Ilustración 6:</b> Etnia.....	64
<b>Ilustración 7:</b> Nivel de estudios .....	64
<b>Ilustración 8:</b> Movilidad humana .....	65
<b>Ilustración 9:</b> Estado de empleo .....	65
<b>Ilustración 10:</b> Pacientes que han padecido COVID-19 .....	66
<b>Ilustración 11:</b> Pacientes con familiares que han padecido COVID-19.....	66
<b>Ilustración 12</b> Salud.....	67
<b>Ilustración 13.</b> Salud: Creencias y costumbres. ....	71
<b>Ilustración 14 Salud:</b> Uso de plantas.....	72
<b>Ilustración 15</b> Salud: Uso de plantas. ....	75
<b>Ilustración 16</b> Atención sanitaria: Primer nivel de atención y provisión de salud.....	76
<b>Ilustración 17</b> Atención sanitaria. ....	79
<b>Ilustración 18</b> Relación Médico paciente.....	80
<b>Ilustración 19</b> Relación médico paciente .....	83
<b>Ilustración 20</b> COVID: Impacto social, medidas preventivas. ....	84
<b>Ilustración 21</b> COVID: Impacto social y medidas preventivas. ....	87
<b>Ilustración 22</b> COVID: Autoatención .....	88
<b>Ilustración 23</b> COVID: Impacto social y medidas preventivas. ....	92

<b>Ilustración 3:</b> Género.....	62
<b>Ilustración 4:</b> Edad.....	63
<b>Ilustración 5:</b> Estado civil.....	63
<b>Ilustración 6:</b> Etnia.....	64
<b>Ilustración 7:</b> Nivel de estudios.....	64
<b>Ilustración 8:</b> Movilidad humana.....	65
<b>Ilustración 9:</b> Estado de empleo.....	65
<b>Ilustración 10:</b> Pacientes que han padecido COVID-19.....	66
<b>Ilustración 11:</b> Pacientes con familiares que han padecido COVID-19.....	66
<b>Ilustración 12</b> Salud.....	67
<b>Ilustración 13.</b> Salud: Creencias y costumbres.....	71
<b>Ilustración 14 Salud:</b> Uso de plantas.....	72
<b>Ilustración 15</b> Salud: Uso de plantas.....	75
<b>Ilustración 16</b> Atención sanitaria: Primer nivel de atención y provisión de salud.....	76
<b>Ilustración 17</b> Atención sanitaria.....	79
<b>Ilustración 18</b> Relación Médico paciente.....	80
<b>Ilustración 19</b> Relación médico paciente.....	83
<b>Ilustración 20</b> COVID: Impacto social, medidas preventivas.....	84
<b>Ilustración 21</b> COVID: Impacto social y medidas preventivas.....	87
<b>Ilustración 22</b> COVID: Autoatención.....	88
<b>Ilustración 23</b> COVID: Impacto social y medidas preventivas.....	92

## RESUMEN

La presente investigación se desarrolló en la comunidad de la parroquia Crucita de la ciudad de Portoviejo, con la participación de un número determinado de usuarios que acuden al centro de Salud de estudio, a partir del desarrollo de entrevistas semiestructuradas a los participantes seleccionados.

**Objetivo:** Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la Relación Médico-Paciente (RPM) en relación a la pandemia de COVID-19 en el Centro de Salud Crucita, Cantón Portoviejo, 2020-2021.

**Método:** Para la metodología se desarrolló un estudio etnográfico de tipo cualitativo, a través de entrevistas semiestructuradas a un grupo de personas, haciendo uso de los criterios de exclusión e inclusión para selección de estos, además los participantes dieron su consentimiento informado para hacer uso de su información sin vulnerar su intimidad, integridad o derechos humanos, motivo por el cual fueron asignados con un código único para su reconocimiento. Esta información se registró mediante audios y posteriormente transcrita.

**Resultados:** el presente estudio nos demostró como la pandemia ha cambiado de muchas formas la atención sanitaria, relación médico paciente y varias circunstancias en torno a la atención médica, principalmente las relaciones interpersonales de todo tipo ya sean personales y profesionales, esta situación ha marcado un precedente en la atención médica y la aplicación de nuevas tecnologías y estrategias en torno a la salud, además se evidenció el papel tan que juega la interculturalidad en la sociedad, ya que esta constituye su identidad como tal y la forma de enfrentar la pandemia que tienen las personas.

**Conclusiones:** La pandemia ha tenido innumerables consecuencias en salud física y mental de las personas, además a pesar de los avances tecnológicos existen muchas creencias ancestrales en lo que a la salud respecta. El centro de salud Crucita he realizado diversos esfuerzos por

mantener la atención sanitaria durante la pandemia y atender de la mejor manera posible a la comunidad, tanto mediante charlas, carteles de medidas de prevención, y su servicio de triaje fuera de las instalaciones del Centro de Salud, sin embargo, esta situación y la relación médico-paciente se ha visto limitada por las restricciones actuales.

**Palabras Claves:** Pandemia, COVID-19, salud, enfermedad, interculturalidad, relación médico-paciente, embarazo, muerte, medicina tradicional, confinamiento, cuarentena, automedicación.

## ABSTRACT

This research was developed in the community of the Crucita parish of the city of Portoviejo, with the participation of a certain number of users who come to the study Health center, based on the development of semi-structured interviews with the selected participants.

**Objective:** Describe and analyze the construction of interculturality, health care and the Doctor-Patient Relationship (RPM) in relation to the COVID-19 pandemic at the Crucita Health Center, Cantón Portoviejo, 2020-2021.

**Method:** For the methodology, a qualitative ethnographic study was developed, through semi-structured interviews with a group of people, making use of the exclusion and inclusion criteria for their selection, in addition the participants gave their informed consent to make use of your information without violating your privacy, integrity or human rights, which is why they were assigned a unique code for recognition. This information was recorded through audios and later transcribed.

**Results:** the present study showed us how the pandemic has changed health care, the doctor-patient relationship and various circumstances around medical care in many ways, mainly interpersonal relationships of all kinds, whether personal and professional, this situation has marked a precedent in medical care and the application of new technologies and strategies around health, it was also evidenced the role that interculturality plays in society, since this constitutes their identity as such and the way to face the pandemic they have people.

**Conclusions:** The pandemic has had innumerable consequences on people's physical and mental health, in addition, despite technological advances, there are many ancient beliefs regarding health. The Crucita health center has made various efforts to maintain health care during the pandemic and serve the community in the best possible way, however this situation and the doctor-patient relationship have been limited by current restrictions.

**Key Words:** Pandemic, COVID-19, health, disease, interculturality, doctor-patient relationship, pregnancy, death, traditional medicine, confinement, quarantine, self-medication.

# CAPITULO I

## Introducción

El Ecuador es un país muy diverso en cuanto a su interculturalidad basada esencialmente en su diversidad humana situada en medio de un clima variado, espacios y ambientes geográficos que forman la base de las identidades de cada una de sus regiones. La salud es un derecho garantizado por el estado ecuatoriano y se encuentra enmarcado en sus normas como fundamental y obligatorio para todos sus ciudadanos.

Por otra parte, en el contexto de la globalización se encuentran presentes la diversidad cultural, migración, las acciones y estrategias en el ámbito de salud no pueden estar sujetas a la visión simplista y estática de la sociedad, en dicho sentido la interculturalidad se establece como un modelo que atiende de forma integral la diversidad cultural y la lucha contra las desigualdades (Villalbí et al., 2003).

En la actualidad el mundo entero vive una crisis sanitaria debido a la pandemia ocasionada por el nuevo Coronavirus SARS Cov-21, por lo cual es necesario desarrollar un análisis enfocado en establecer nuevas estrategias de atención médica y a la vez entablar una comparación de los procedimientos de atención primaria aplicados antes y durante la pandemia.

La presente investigación tiene como objetivo: Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la Relación Médico-Paciente (RPM) en relación a la pandemia de COVID-19 en el Centro de Salud Crucita, Cantón Portoviejo, 2021, con el fin principal de observar las experiencias, limitaciones, satisfacción, entre otros factores en torno a la atención médica. Para esto se planteó la pregunta de investigación: ¿Cómo se construye la interculturalidad, la atención sanitaria y la Relación Médico-Paciente (RMP) en relación a la pandemia de COVID-19 en el centro de Salud Crucita, cantón Portoviejo, 2021?

El inicio de la pandemia, su alta capacidad de contagio, el impacto en la salud de las personas vulnerables y la necesidad del distanciamiento social han obligado a la población a adoptar procesos de atención sanitaria con nuevos protocolos y mediante la utilización de herramientas tecnológicas con teleconsulta denominado telemedicina, lo cual ha modificado en gran escala la atención sanitaria tradicional y principalmente la relación Médico-Paciente (Rojas et al., 2020).

Cabe recalcar que el Ecuador se ha visto golpeado en muchos aspectos por la pandemia, siendo el área de la salud la más perjudicada principalmente por la gran demanda de atención médica, por otro parte solo una parte de la población cuenta con acceso a tecnologías para acceder a los nuevos métodos, evidenciando la desigualdad dentro de la sociedad y afectando gravemente a las personas de bajos recursos.

El interés académico se torna muy alto en este tipo de estudio desde una perspectiva antropológica médica motivada a profundizar en las experiencias de la población en la pandemia y la problemática social actual, en el contexto profesional como Médicos Familiares el interés brindará un contexto laboral, social y psicológico al estar en la primera línea de atención y en contacto directo con la población durante la emergencia.

La investigación en ámbitos de la salud se desarrolla mediante el trabajo de campo y haciendo uso de la observación, habiendo evolucionado esta actividad con el pasar del tiempo, creando así nuevas técnicas como la multi-usada en la cual el investigador desarrolla sus actividades en varios lugares (Miller, 2016).

El texto está estructurado por varios capítulos que incluyen la introducción, el marco teórico, metodología, resultados, conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

## CAPITULO II

### 2. Marco Teórico

#### 2.1. Interculturalidad

La interculturalidad en el área de la salud hace referencia al modo de convivencia de las personas e instituciones, con caracteres culturales y diversa posición, se relacionan y conviven de manera abierta, incluyente, horizontal y en cooperación en un contexto de tal forma que una población con toda su carga cultural no se imponga por debajo o sobre otra, a pesar de la existencia de factores que impiden que esto se de tales como la desigualdad, racismo, prejuicios, ausencia de servicios de salud (Bello & Cañar, 2019).

Durante el proceso de dimensión salud-enfermedad, existe una gran diversidad de ciencias, prácticas y organismos para promover la salud, curar, rehabilitar y prevenir las enfermedades. Esta diversificación se constituye en campos que el ser humano construye, transforma y reproduce a través de relaciones situadas en el ámbito social. A pesar de esto, en la vida diaria de los equipos de salud que brindan atención sanitaria es común entender las prácticas, conocimientos y productos culturales como una situación propia de cada comunidad y en ocasiones de manera negativa como factores que se deben cambiar o erradicar en su totalidad (Veliz-Rojas et al., 2019).

##### **2.1.1. La importancia del aprendizaje de competencias interculturales en salud.**

En la actualidad la sociedad Latinoamérica se encuentra influenciada por cuatro fenómenos que determinan la importancia de desplegar y enseñar competencias interculturales en el ámbito médico y de atención primaria de salud. Estos son: la migración, diversidad cultural, etnias diferentes y el modelo biomédico del sistema de salud occidental (Veliz-Rojas et al., 2019).

El primer fenómeno se relaciona con los movimientos poblacionales y de grupos de personas a lo que comúnmente denominamos migración, la presión sobre la salud ha pasado a ser de alcance global y plantea tensiones, dado que esta situación se superpone con la exclusión a la que se someten los grupos migrantes y la desigualdad entre grupos humanos. En general la migración es muy complejo y exigente, puede llegar a quebrantar el bienestar, derechos y salud de las personas, la condición migratoria tiene una relación directa con las desigualdades en la salud en el interior de una nación siendo los factores principales influyentes los procesos de migración, aculturación, condición social y laboral, calidad y acceso en atención de la salud, costumbres, creencias de salud, procesos sociales de exclusión e inclusión, estigma y discriminación (Murillo, 2015).

El segundo fenómeno involucra concepciones de las diversas etnias sobre las que se basa el proceso de salud-enfermedad. Las etnias presentes en las comunidades visualizan de manera holística los procesos de salud, lo cual ha permitido desarrollar criterios de sanación, que en ocasiones no son identificadas por los sistemas sanitarios, acorde a lo expuesto la Organización Panamericana de salud (OPS) firmó un acuerdo en el año 1996 en el cual estableció la preparación de una agenda legislativa para las políticas de salud y leyes protectoras de las tradiciones de tipo indígena, al respecto varios países Latinoamericanos se plantearon la importancia de desarrollar políticas en salud pública con la finalidad de avanzar hacia una construcción de modelos de salud con enfoques interculturales y una mayor participación de los pueblos ancestrales indígenas (Vila Viñas, 2014).

El siguiente fenómeno, es la cultura diversa que se ubica en las comunidades donde el personal de salud ejerce los cuidados, esta diversidad comprende el conjunto de rasgos de carácter espiritual, material, intercultural y afectivo que caracteriza a una sociedad en concreto y abarca sus modos de vida, valores, tradiciones y creencias. En este sentido, resulta complicado entender las prácticas y creencias en salud de las personas encargadas de atender y por otro

lado la preocupación por el poco éxito en la adherencia de tratamientos. Cada persona tiene su percepción sobre la diversidad cultural, estas percepciones están presentes y tienen una influencia directa en la forma en que se relacionan las personas que son atendidas y el personal de salud (Janer, 2013).

Otro elemento a considerar es el modelo bioético planteado como la construcción social y cultural de los sistemas médicos, el punto de vista biomédico se ha establecido en el mundo como un modelo de salud que es capaz de solucionar la gran mayoría de los problemas relacionados con la salud de las poblaciones, esto independientemente del contexto social y cultural en los que se desarrollan las enfermedades. La construcción de cambios que se orientan al desarrollo y fortalecimiento de las competencias interculturales del equipo de salud, además la búsqueda de tácticas que integren los enfoques y cuidados en la salud, son los aspectos que permitirán el avance de un sistema sanitario flexible y permeable a la realidad de la sociedad y las personas (Kleinman & Benson, 2006).

### **2.1.2. Interculturalidad en el Ecuador**

La constitución ecuatoriana de 1998 ya definía al estado como plurinacional y multiétnico, con nuevas reformas y puntos de vista la constitución del 2008 declara al estado como plurinacional e intercultural mostrando una fórmula culturalista y estática frente al énfasis político y de interacción cultural. Ha sido en el área de salud y educación pública donde pese a las limitaciones puede hallarse experiencias interesantes en el sentido intercultural, por otra parte se han creado órganos especializados en salud y educación intercultural (Grijalba, 2008).

El MSP (Ministerio de salud pública) del estado Ecuatoriano bajo un contexto de globalización en economía, cultura, legitima a los involucrados en la medicina ancestral, esto fundamenta su arte de curar, conservar el equilibrio familiar y social, ofrecer protección, en la interculturalidad como definición de las relaciones interpersonales, estructural y grupal entre los diversos grupos

sociales de las diferentes culturas, en el que todos aceptan su forma de ser y logran auto identificarse culturalmente, a través de la complementariedad que constituye un pilar fundamental para el logro de costumbres tales como la vestimenta, alimentación, creencias, entre otros, que obstaculizan el desarrollo personal y el logro pluricultural en la atención médica (Almeida & Almeida, 2014).

Según un informe sobre desarrollo humano el estado Ecuatoriano se encuentra en proceso de industrialización y tiene un índice elevado de avance humano, con un ingreso económico medio alto. Este país se caracteriza por su gran diversidad lingüística y étnica, la constitución da fe la existencia de 13 lenguas reconocidas y 13 nacionalidades, de las cuales 8 residen en el oriente, 4 en la región litoral y una en la sierra. Una nacionalidad es lo que conocemos como un pueblo o conjunto de pueblos milenarios que constituyen el estado ecuatoriano, que tienen un identidad común y se autodefinen de tal forma, además viven en un territorio determinado, respetando sus tradiciones sociales, económicas, jurídicas, políticas y con ejercicio de su propia autoridad, por su parte los pueblos se definen como colectividades originarias que están conformadas por comunidades o centros con identidades culturales de los distinguen de otras zonas de la sociedad, regidos por sus propios sistemas de organización, de los cuales se registran 16 en el Ecuador (Bautista, E & Vangehuchten, Víctor, 2017), 2017).

La salud en el Ecuador refleja las dificultades en el diálogo intercultural que existe en la actualidad, lo cual se traduce en general en una insatisfacción de parte de la población y del personal de salud, este hecho se manifiesta en las opiniones y actitudes de rechazo hacia las instituciones públicas de salud y al mismo tiempo el trato con poblaciones ancestrales. Esta insatisfacción está determinada por varios factores que no son directamente médicos, pueden ser de contexto político, cultural e institucional. En este sentido radica la necesidad de ampliar las ciencias antropológicas y la sociología en las investigaciones médicas ecuatorianas (Almeida & Almeida, 2014).

### **2.1.3. Interculturalidad en la Provincia de Manabí.**

En la última década se han desarrollado estudios en varias zonas de la provincia de Manabí, que abarcan la interculturalidad, atención sanitaria y relación médico paciente, específicamente en la parroquia Eloy Alfaro del Cantón Manta, conocida como Cuba Libre donde se ubica una unidad médica urbana, la población se auto identifica como mestiza con un pequeño porcentaje de 0.20% de usuarios extranjeros, dentro de sus características socioculturales presenta un 99% el idioma español, un 70% de religión católica y un 1% de población diversa. Por su parte las diversas comunidades asignadas a este centro de salud son de nivel socioeconómico de nivel medio bajo y bajo, lo que se ve reflejado en las necesidades que sufren, a pesar de los esfuerzos las concentraciones no tienen el nivel que se espera debido a la gran demanda de atención médica que generan los usuarios (Bello & Cañar, 2019).

Por su parte el Hospital básico El Carmen, ubicado en otra zona de la provincia de Manabí cuenta con una población que se auto identifica como montubia en un 20% y un 80% mestiza, esta unidad clasificada como de segundo nivel de atención no cuenta con el suficiente espacio físico y el número de especialistas para cubrir toda la demanda de pacientes con las que cuenta, por lo cual es necesario referir a otros centros de salud más complejos, en este caso el más cercano el Hospital Dr. Gustavo Domínguez y el Hospital General Santo Domingo (Bonilla & Leon, 2019).

### **2.1.4. Perfil intercultural del Cantón Portoviejo**

El modelo de gestión modifica el enfoque habitual, tomando en consideración las necesidades y valores propios de la población y los intereses de tipo institucional, el desafío en la actualidad es garantizar la atención médica continua e integral de las personas, un estudio desarrollado en el cantón Portoviejo, Sector Picoazá observa la inestabilidad que afecta el bienestar social en relación a la salud, exclusión social, marginación y acompañado de la discriminación, en este contexto se evidencia la falta de orientación e información, prevención y promoción en la salud,

para lo cual se debe considerar la implementación de capacitaciones y charlas de salud para reducir la tasa de morbilidad (Alejandro et al., 2019).

### **2.1.5. Interculturalidad: Parroquia Crucita**

La parroquia rural crucita perteneciente al cantón Portoviejo se encuentra en tercer lugar en lo que respecta al analfabetismo de acuerdo a cifras del CENSO del año 2010, con una tasa de 10,32%. Por otra parte, otro factor característico en torno a la atención primaria y secundaria de acuerdo a cifras oficiales arroja datos acerca de los partos realizados durante el año 2010, 82% de los partos fueron asistidos por el personal de salud, 2% por una obstetra y 16% por una partera o comadrona, este 16% alega razones culturales para haber tomado esta decisión. Además, la tasa de migración es alta en relación a otras parroquias la gran mayoría por la falta de empleos (GAD CRUCITA, 2012). Estos son algunos de los muchos factores que caracterizan interculturalmente a esta población.

### **2.2. Salud y Enfermedad.**

La salud es objeto de estudio desde una perspectiva antropológica debido a la influencia que esta recibe de las tradiciones, culturas y demás condiciones sociales en las que se desarrolla la sociedad (Miller, 2016).

Desde el punto de vista antropológico se hace referencia a las enfermedades como los problemas de salud biológicos que son universales y objetivos como las bacterias, infecciones, huesos rotos, entre otros (Miller, 2016).

### **2.3. Curso y ciclo de vida**

La organización Mundial de la Salud refiere al ciclo de vida como las etapas que atraviesa el ser humano, que van desde la concepción, pasando por varias etapas tales como la niñez, adolescencia hasta llegar a la adultez y la vejes. La OPS le da un enfoque a este modelo

considerando que la salud de las personas, la comunidad, el entorno y otros factores están interconectados a lo largo de la vida (Bonilla & Leon, 2019).

Por otra parte, la OPS considera a la salud como un proceso que requiere ir más allá de las intervenciones existentes para combatir enfermedades específicas, además constituye un recurso esencial para el mantenimiento y producción de las capacidades de los involucrados, siendo vista como una dimensión fundamental para el desarrollo del ser humano y no como un simple fin en sí mismo (OPS, 2017).

El curso de vida detalla las situaciones y circunstancias por las que una persona atraviesa y a las cuales se encuentra expuesto a lo largo de su vida en sus diferentes etapas. Esta situación se asocia con factores de tipo cultural, económico, social y comunitario e incluso cataloga como una interconexión con generaciones futuras y asocia una etapa de vida con otra (Bello & Cañar, 2019).

El mundo entero en la actualidad se ha visto afectado en el curso y ciclo de vida debido a la pandemia de SARS-Cov2-COVID-19, por lo cual todas las personas se han adaptado al nuevo estilo de vida y métodos en prácticas médicas.

### **2.3.1. Salud**

Conceptualmente la salud es un proceso basado en la construcción social y biológica, a pesar de esto es difícil definirla debido a su carácter diverso y multidimensional, uno de los primeros conceptos se le atribuye tras el surgimiento de la microbiología, en la cual la pérdida de la salud era unicausal, fundamentándose en la ciencia biológicas (Vargas Umaña et al., 2003). Un concepto que nos ofrece la OMS en el año 1948 define a la salud como un estado de bienestar físico, social, mental y no solamente las afecciones o enfermedades (Ministerio de Salud Pública, 2012), dicho concepto aun es adaptado en la actualidad ya que es el que mejor define la salud.

Además, es importante tomar en cuenta el concepto de salud mental que según autores no aparece hasta 1946 en la literatura relacionada con la salud, cabe recalcar que la OMS destaca que mental se refiere a las dimensiones de un estado y no una disciplina específica. En relación a este concepto es impropio hablar de salud mental, física, social, si se quisiera especificar sería más apropiado el uso del término bienestar y no salud (Bertolote, 2008).

En el primer congreso Internacional de Salud Mental organizado por la British National Association for Mental Hygiene en el año 1948, inicialmente se desarrolló una conferencia de Higiene mental y se finalizó con una serie de recomendaciones en torno a la salud mental, además se expuso un concepto importante que define a este tipo de salud como una condición que permite el desarrollo intelectual, emocional y físico óptimos de los individuos, en la medida en que sea compatible con los demás individuos (Bertolote, 2008).

### **2.3.2. Enfermedades**

Una de las variables que conforman el concepto de salud es la enfermedad, definida por la OMS como “Desviación o alteración del estado fisiológico de la persona en una o varias partes del cuerpo humano, lo cual se da por causas generales conocidas, que se manifiestan por síntomas o signos característicos y que tiene una evolución más o menos previsible”, partiendo de esta definición se extraen dos elementos que se relacionan entre sí que pueden estar presentes en el proceso de enfermedad, por un lado el signo o indicio que se considera medible o valorable y por otro lado el síntoma que se entiende como la manifestación reveladora de la enfermedad (Herrero, 2016).

### **2.3.3. Secuelas-efectos**

Otra variable relacionada con la salud es la afección, considerada un sinónimo de enfermedad se define como una impresión que hace algo en otro objeto, causando una alteración en el mismo, relacionándolo a las ciencias de la salud se equipara a este término como la secuela,

trastorno o lesión que queda tras la recuperación de una enfermedad o traumatismo consecuencia de la misma (Herrero, 2016).

Algunos incidentes graves pueden provocar trastornos psicológicos y físicos, que una vez sanados pueden dejar algún tipo de huella, estas son denominadas secuelas lo cual sucede muy comúnmente en las enfermedades, una vez superado el proceso de curación pueden permanecer ciertos problemas. Estas secuelas pueden ser visibles y evidentes, mientras que en algunas clases son anímicas e invisibles.

#### **2.3.4. Muerte**

Desde el punto de vista de la medicina se define a la muerte como la pérdida de la capacidad y el contenido de la conciencia que proveen los atributos de ser un ser humano y que integran el funcionamiento de su cuerpo en un todo (Dibarbora, 2008).

### **2.4. Atención Sanitaria de Primer Nivel APS**

#### **2.4.1. APS General**

Existe una política de salud que es aceptada por la gran mayoría de los países del mundo establecida por la OMS en el año 1977 denominada “Salud para todos en el año 2000”. El Alma Ata se estableció para llevar a cabo esta política con nuevas estrategias distintas a las utilizadas hasta ese entonces. Esta estrategia es definida como atención primaria en salud o con sus siglas APS, lo cual no debe ser confundido con los servicios de salud básicos (Kroeger Axel & Luna Ronaldo, 1992).

La atención primaria tiene un papel fundamental para el funcionamiento correcto del sistema de salud, ya que al ofrecer una atención más eficiente y equitativa se cubren en mayor cantidad las necesidades de la población, la evaluación es un instrumento importante para la mejora constante de la calidad en la atención y posibilitar la toma de decisiones (Villalbí et al., 2003).

En el caso de Ecuador el proceso que va dirigido al alcance de una mejora en la cobertura de atención sanitaria y salud ha sido lento, durante un tiempo prolongado se viene discutiendo sobre la necesidad de definir el papel del Estado en relación a la salud, además la necesidad de una reorganización del marco legal específico y la implementación de proyectos en varias zonas. Entre los años 1997-1998 el MSP (Ministerio de Salud Pública) le propuso a la asamblea la articulación de las instituciones en pro del fortalecimiento del Sistema de salud lo cual fue aceptado e incluido en varios artículos de la carta magna (Gafas González et al., 2019).

La atención primaria tiene un papel fundamental para el funcionamiento correcto del sistema de salud, ya que al ofrecer una atención más eficiente y equitativa se cubren en mayor cantidad las necesidades de la población, la evaluación es un instrumento importante para la mejora constante de la calidad en la atención y posibilitar la toma de decisiones (Villalbí et al., 2003), para la estrategia de atención primaria en salud es necesario tomar en cuenta varios elementos que comprenden en forma integrada los grupos de interés, estos son:

- a. Programas dirigidos a los grupos de población especiales tales como: niños, madres, trabajadores, ancianos, incapacitados.
- b. Programas para salud general: entre ellos la salud bucal, nutrición, nutrición, saneamiento ambiental, prevención de accidentes y la salud mental.
- c. Programas de prevención, control y protección de enfermedades, entre otros (Villalbí et al., 2003).

#### **2.4.2. Sistemas de Salud Basados en la APS**

Cada país debe desarrollar su estrategia para la aplicación de la APS, de acuerdo a sus circunstancias políticas, recursos económicos, capacidad administrativa y su desarrollo Nacional de salud. Un sistema de salud que se basa en la APS debe tener un enfoque amplio basado en lecciones aprendidas y en la identificación de valores esenciales que establezcan

prioridades y una evaluación de los cambios sociales que respondan o no a las necesidades de la población en general,

El tránsito evolutivo por el cual ha pasado la salud pública de nuestro país ha permitido que en el actual periodo de gobierno se implementen políticas gubernamentales como parte de las sanitarias en un modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural, lo cual se concibe como el conjunto de estrategias, políticas, herramientas y lineamientos que cuando son contemplados responden a las necesidades de salud de las personas. La familia y la salud se sustenta en la Constitución, el plan Nacional del Buen Vivir y la agenda del sector social(Gafas González et al., 2019).

## **2.5. Relación Médico Paciente.**

### **2.5.1. RPM General**

Las relaciones de carácter interpersonal pueden ser de diversas clases por ejemplo de tipo ligero y otras cuantas de mayor complejidad, como las que se dan entre los médicos y sus pacientes, en la cual el médico en su condición de profesional estará dispuesto a brindar una ayuda sensible y humana, siendo este el principal pilar sobre el cual descansa el nivel de gozo de la atención médica (Silva, 2006). Esta relación existe desde hace muchos años y ha ido variando de acuerdo a los cambios que se ha experimentado el hombre desde su etapa primitiva hasta los tiempos actuales.

Existen varias condiciones en la relación médico paciente que se reflejan en tres parámetros:

1. Ponerse en el lugar del otro.
2. Sentir como ella o el.
3. Disponerse a brindar ayuda cuando el otro enfrenta dificultades.

De acuerdo a estos criterios podemos definir la relación médico-paciente como: una relación interpersonal con interacciones éticas, sociológicas y fisiológicas de tipo profesional que sirve de base en la gestión de la salud (Silva, 2006).

### **2.5.2. La comunicación en el ámbito sanitario.**

La comunicación por su parte conforma un pilar indispensable para el buen desarrollo de la práctica médica, es imprescindible desde la relación médico-paciente y es fundamental dentro del equipo de trabajo, además es necesario conocer el perfil del paciente que con el tiempo se hace más exigente y demandante por lo cual es esencial para el profesional saber identificar el modelo de atención para el paciente con el cual está tratando y disponer de las destrezas para la comunicación entre ambos para que se lleve a cabo una estrategia terapéutica adecuada (Santamar et al., 2014).

El lograr un verdadero contacto es un proceso sutil en el cual las personas involucradas se entienden y se abren el uno con el otro, este proceso posiblemente tiene un curso progresivo para lo cual influyen varios factores como el grado de estar libre por parte del personal de salud, la percepción-posición del médico con respecto a su paciente. Este contacto es generalmente más íntimo durante un examen clínico en su gran mayoría gracias a la denominada “desnudes” del paciente (Debrouwer, 2008).

Otro punto importante es la empatía que se define como la actitud que se centra en comprender y detectar las experiencias humanas de la otra persona, esta expresa la solidaridad emocional y por otra parte se la define como la capacidad de ponerse en el lugar de otro, sin embargo, no significa estar de acuerdo en todo el punto de vista de la otra persona, o en lo que siente sino más bien aceptar y respetar su situación (Debrouwer, 2008).

### **2.5.3. Ideas para mejorar**

Por otra parte (Debrouwer, 2008) en su estudio desarrollado en el Ecuador recomienda:

- Escuchar que no es lo mismo que oír.
- Ponerse en la piel del paciente para que se le haga más fácil expresar sus sentimientos de malestar o alegría.
- Permitir la participación del paciente en su proceso, la decisión de que es lo que desea.
- Admitir una negociación cuando el paciente no se sienta bien con respecto a su opinión como profesional.

#### **2.5.4. Clasificación de la RMP**

**Relación activo-pasiva:** Es aquella que se establece con enfermos que se encuentran en estado de coma o en una situación que no les permite desarrollar una relación participativa por ejemplo un paciente con edema pulmonar agudo (Debrouwer, 2008).

**Relación guiada, cooperativa:** Esta relación es la que se establece con los pacientes en condiciones de cooperar en su tratamiento y diagnóstico, como ocurre en los casos de neumonía e hipertensión arterial (Debrouwer, 2008).

**Relación de participación mutua:** Esta contempla el cumplimiento del tratamiento y el control en discusión de situaciones y actitudes que se relacionan con la causa y la evolución de las enfermedades (Debrouwer, 2008).

#### **2.5.5. Telemedicina como alternativa de atención durante la Pandemia**

La telemedicina es definida como el suministro de servicios de salud a distancia en los componentes de prevención, diagnóstico, rehabilitación y tratamiento por parte de los profesionales de salud mediante la utilización de tecnologías de la comunicación e información lo cual permite el intercambio de datos con el objeto de facilitar el acceso y prestación de servicios a la población (Rojas et al., 2020).

Este tipo de medicina tiene un importante potencial que podría beneficiar al paciente, pero al mismo tiempo se plantea desafíos éticos, ya que se podrían crear riesgos en torno a la continuidad de la atención y su calidad. Si bien han surgido tecnologías y modelos de atención nuevos las responsabilidades del personal de salud no cambian, por lo cual la telemedicina ha tomado un papel importante en el contexto de la pandemia actual esto debido a que las unidades de salud pueden tornarse como fuentes de contagio en especial cuando hay escasos de implementos de protección (Quispe-juli, 2020).

En países desarrollados como China, Estados Unidos, Canadá y Reino Unido los servicios de telemedicina se han desplegado en gran medida llegando a cubrir una gran cobertura de atención médica, por su parte América Latina, aunque de una forma limitada también está desarrollando iniciativas en relación a las leyes de cada país la cual admite el uso de telemedicina durante la pandemia por COVID-19(Quispe-juli, 2020).

## **2.6. Pandemia de Covid-19 por Sars-Cov-2**

### **2.6.1. Antecedentes.**

En el mes de diciembre del año 2019 en Wuhan China se identificaron casos de neumonía originados por un nuevo virus, este nuevo coronavirus tiene diferentes denominaciones según la OMS 2019-nCoV y SARS-CoV-2 de acuerdo al Comité Internacional de Taxonomía de Virus, siendo el 7 de enero del 2020 anunciado oficialmente por las autoridades chinas como el causal de las nuevas infecciones(Palacios Cruz et al., 2020).

Los coronavirus son virus que se encuentran envueltos de ARN de sentido positivo que pertenecen a la familia Coronaviridae y se esparce entre los mamíferos incluido el ser humano, originando afectaciones que pueden ir desde una simple gripe hasta la muerte, hasta el mes de febrero del año 2020 según la OMS se confirmaron 46.997 casos a nivel mundial lo que lo convierte en una emergencia de salud pública internacional(Palacios Cruz et al., 2020).

El 11 de marzo la OMS declaró el brote de COVID-19 como una pandemia, los datos provenientes de China indican que los adultos mayores, de forma particular los que tienen enfermedades subyacentes graves son los que tienen mayor riesgo de enfermedad grave asociada al COVID-19 y muerte en mayor proporción que las personas jóvenes (Center for Disease Control and Prevention, 2020).

La pandemia ha desencadenado una serie o conjunto de propuestas tecnológicas en el ámbito de salud que va desde la detección y seguimiento hasta la asignación de recursos, las barreras tecnológicas para adaptarse a la atención médica virtual son superadas con facilidad ya que al día de hoy hay plataformas principalmente virtuales para la atención de la salud a costos accesibles, incluso en ambientes de recursos económicos bajos un móvil y una conexión a internet son herramientas suficientes para el desarrollo de una consulta y resolver las dudas de los pacientes, situando la atención virtual como una herramienta efectiva para el servicio de salud (Pallarés et al., 2020)

En el Ecuador el primer caso reportado se dio el 29 de febrero de 2020 tras la llegada de España de una ciudadana, notificándose el 13 de marzo el descenso de la denominada paciente 0, a partir de lo cual los casos en el Ecuador se fueron incrementando. Siendo la provincia de Guayas la más afectada con una tasa de mortalidad de 1.35 fallecidos por cada 100.000 habitantes según estudios de la Universidad de las Américas del Ecuador (Haro & Calderón, 2020).

### **2.6.2. SARS-COV-2**

El SARS CoV-2 es el séptimo virus descrito de la familia del b-Coronavirus y subgénero Sarbecovirus con capacidad de infectar a los seres humanos, desde año 1960 se han descrito 4 coronavirus humanos: HCoVHKU1, HCoV-229E, HCoV-NL63 Y HCoV-OC43, estos tienen capacidad para transmitirse entre personas y se caracterizan por presentar cuadros leves de

afecciones respiratorias, pueden además presentar mutaciones mediante zoonosis con cambios en los sitios de acción e invasión para invadir las células de los seres humanos (Madrigal-Rojas et al., 2020).

El virus SARS-CoV se describió en el año 2003 como una epidemia insuperable en China, en la cual causó 700 muertos con porcentajes de 20-30% de pacientes que necesitaron ventilación mecánica y con una letalidad del 10% en pacientes con factores de riesgo y morbilidades, por otra parte el MERS-CoV detectado por primera vez en el año 2012 con un cuadro clínico parecido pero con una letalidad mayor de 36% hasta la actualidad no se ha acabado y persisten algunos casos ocasionales; en ambos casos son zoonosis transmitidas entre seres humanos, la primera a través de murciélagos y la segunda en dromedarios (Calvo et al., 2020).

### **2.6.3. APS COVID-19**

Un modelo de atención que se adapte a una crisis como la que atraviesa el mundo entero en la actualidad por la grave amenaza que supone la pandemia para la salud pública por el SARS-CoV-2 no es para nada un sistema del cual podemos prescindir, es el sistema de atención primaria quien juega un papel irrelevante en relación al protagonismo del presupuesto siendo la invisibilidad su peor amenaza. Los centros de salud se han transformado plenamente en espacios comunitarios para el cribado y abordaje de los casos de COVID-19, apuntando a los métodos de asistencia a distancia, actualmente los profesionales de la salud brindan seguimiento telefónico a pacientes que se encuentran en sus domicilios bajo medidas de aislamiento a la espera de mejoras y siguiendo las recomendaciones establecidas para su caso (Brito, 2020).

### **Recomendaciones Generales**

En función a las características y necesidad de cada centro de salud se recomienda la implementación de estrategias para disminuir el volumen de pacientes que acuden a los centros

sanitarios y aumentar el espacio físico entre ellos (Ministerio de Sanidad Gobierno de España, 2020a). Para lo cual se debe potenciar las consultas telefónicas e incrementar el tiempo de consultas presenciales con el fin de disminuir la posibilidad de acumulación de pacientes.

Además, se recomienda la colocación de señales visuales como carteles o folletos en lugares de los centros de atención primaria de forma estratégica para brindar a la población instrucciones sobre las medidas de prevención y protección. Por otra parte, se indicará a los usuarios el uso de la mascarilla obligatorio para acudir a los centros de salud, disponer además de dispensadores con alcohol al alcance de toda la población, disponer de contenedores de residuos y adaptar las salas de espera de tal forma que las personas se sitúen a una distancia no menor a los 2 metros (Ministerio de Sanidad Gobierno de España, 2020a).

### **Estrategia de Vigilancia**

La atención primaria es el muro de contención por lo cual hay que obrar rápido, al estar frente a un problema de salud pública de primer orden como no se ha vivido en las últimas décadas, esta emergencia es de carácter comunitaria, social y económica a nivel mundial por lo cual se retoma el lema de la OMS del 2008 “La atención primaria: más necesaria que nunca” (OMS, 2008).

La detección precoz de los casos que son compatibles con el COVID-19 es un punto clave en el control de la transmisión, esto inicia por el reforzamiento en los equipos profesionales de la atención primaria para garantizar la capacidad de diagnóstico y manejo de la enfermedad desde este nivel, para lo cual se debe asegurar la disponibilidad de material y equipos de protección personal (Ministerio de Sanidad Gobierno de España, 2020b).

#### **2.6.4. RPM COVID-19**

La pandemia iniciada por el COVID-19 producida por el virus denominado SARS-CoV-2 ha incitado a nivel mundial una emergencia de salud pública, con trágicas consecuencias y rápida

evolución, la lucha contra esta enfermedad cuyas características aún se encuentran en estudio obliga a cambiar las técnicas de atención lo que incluye la transformación de algunas consultas presenciales en virtuales (Martínez-García et al., 2020).

La emergencia por esta enfermedad ocasionó una brecha en la comunicación de la reservada atención paciente-médico debido a las medidas de protección y aislamiento que se requieren para evitar la infección del personal y la comunidad en general, en este hecho radica la implementación de nuevas tecnologías como una medida para monitorear a los pacientes a una distancia reservada y la revisión física en situaciones de emergencia (Silva S. , 2020).

Un gran porcentaje de la población se encuentra en confinamiento y la actividad presencial para el control y seguimiento de pacientes se ha visto relegada debido a la gran cuantía de pacientes que demandan atención por posible COVID-19, de esta manera se han cancelado en su gran mayoría las consultas con el fin de limitar los desplazamientos de pacientes y evitar que entren en contagio, esto sumado al miedo que tiene la población de acudir a hospitales y centros de salud (Pallarés et al., 2020). Situación que ha limitado la relación médico-paciente al ponerse en marcha el uso de teléfonos de información y atención inmediata para evitar el desplazamiento de los pacientes.

Como todos los cambios las nuevas disposiciones para el manejo de salud generan incertidumbre y recelo al principio, muchos profesionales de la salud lo valoran con cautela, pero esta situación en ciertos aspectos ha favorecido al aumento de las consultas telemáticas fraguando una transformación como nunca antes se había visto y que se ha tenido que adaptar tanto a los pacientes como al personal médico. Por otra parte, a pesar del corto plazo es posible visualizar los resultados en la omisión de algunas visitas tanto proyectadas como las urgencias en el periodo de la pandemia, con efectos colaterales de impacto negativo en la salud de las

personas, la relación médico paciente siempre dependerá de la voluntad de los gestores de salud y el personal médico (Pallarés Carratalá et al., 2020).

### **2.6.5 Conocimientos, actitudes y prácticas sobre COVID-19 en la población**

Según los informes epidemiológicos generados en China la media de edad de los pacientes que han contraído la infección por COVID-19 se ubica entre los 47 y 59 años de edad, con una predominación del género masculino, se reportaron casos aislados en menores de 18 años, entre las comorbilidades se han reportado la hipertensión, enfermedades del corazón, diabetes, tabaquismo, enfisema pulmonar y obesidad, a partir de lo cual se determina el cuadro clínico más crítico bajo el padecimiento de estas condiciones, así como los adultos mayores, mujeres embarazadas, personas inmunocomprometidas y asmáticos (R. Mojica-Crespo & M.M. Morales-Crespo, 2020).

En general el COVID-19 se transmite principalmente por la exposición de un individuo que se encuentra sano a cuerpos contaminados u otros individuos afectados que se pueden encontrar asintomáticos, sintomáticos o pre sintomáticos, su periodo de incubaciones de 5 días pudiendo extenderse hasta 14 días a este periodo de tiempo se lo conoce como pre sintomático, en cuanto a la transmisión asintomática se refiere a la ocurrida cuando una persona en estado sano se contagia por alguien con resultados analíticamente positivo pero sin ninguna manifestación del virus (R. Mojica-Crespo & M.M. Morales-Crespo, 2020).

Las micro partículas infecciosas también conocidas como fluidos corporales pueden contaminar partes del cuerpo como los ojos a través del epitelio ocasionando que la infección llegue a las vías respiratorias, esta ruta se informó en Wuhan (China), otra de las etapas que se ha detectado en muestras de hisopados anales es la posible transmisión por la ruta oral-fecal o por fluidos corporales(Salas et al., 2020).

### 2.5.6. Cuadro Clínico

El Covid-19 tiene un amplio espectro en lo que respecta su síndrome clínico que varía sus síntomas desde los más sutiles hasta una severa neumonía, enfermedad sistémica inflamatoria, entre otras afecciones, sin embargo, la OMS la clasifica en algunas categorías (Madrigal-Rojas et al., 2020):

- Leve
- Neumonía
- Neumonía Severa
- Shock Séptico
- Síndrome de estrés respiratorio agudo

La fiebre es el síntoma que se presenta con mayor frecuencia, cuando esta se encuentra sobre los 39 grados se asocia a un cuadro más grave y paradójicamente a la disminución del riesgo de muerte, la tos varía su frecuencia entre el 45% y 82% y en menor proporción puede ser productiva, siendo la disnea la que se asocia con el mayor riesgo de esta enfermedad, además de otros síntomas como el dolor de garganta, anorexia, anosmia, mialgias, entre otros. Por otra parte, los síntomas menos frecuentes como hemoptisis, diarreas, dolor torácico, náuseas y vómitos (Accinelli et al., 2020).

Hasta el momento el diagnóstico de los pacientes SARS-CoV con linfocitos de nivel bajo son los que presentan mayor gravedad, otro indicador es el marcador hematológico que se asocia con la gravedad de la enfermedad esto al incrementar los megacariocitos, el número de plaquetas se relaciona positivamente con la estancia hospitalaria mientras que los linfocitos se lo asocia negativamente. La principal causa de mortalidad es la insuficiencia respiratoria por SDRA y la segunda el daño cardíaco, falleciendo un gran porcentaje por la combinación de estas condiciones (Accinelli et al., 2020).

### **2.5.7. Cuarentena y Confinamiento**

La cuarentena es definida como el aislamiento de personas en un periodo de tiempo no específico como procedimiento para evitar o en lo posible limitar el riesgo de extensión de una enfermedad, dentro de esta enunciación se encuentra la auto cuarentena que es asumida por una persona al aislarse de contacto con otras personas(Alemán & Vera, 2020).

Las estrategias usadas en el distanciamiento social van desde el aislamiento y cuarentena hasta la contención comunitaria como medios efectivos para controlar los brotes de coronavirus con potencial epidémico, una de las medidas importantes para prevenir su propagación es separar a las personas e interrumpir así la transmisión, por su parte el aislamiento es definido como la separación de personas enfermas de las sanas para protegerlas y la cuarentena que es un método usado históricamente es el tiempo que se considera necesario completar el tiempo de incubación de determinado padecimiento o enfermedad (Salas et al., 2020).

La Organización Mundial de la Salud considera el distanciamiento social de al menos un metro particularmente entre las personas que tosen, estornuden y tengan fiebre porque estas son capaces de proyectar micro gotas contenedoras de virus, además si se está demasiado cerca es posible inhalar el virus, sin embargo, si se considera que estas medidas no son suficientes se debe acudir a la implementación de “contención en toda la comunidad” la cual se diseña con el fin de reducir interacciones con excepción de contactos mínimos para la adquisición de suministros vitales, además el uso de mascarillas para bloquear procesos infecciosos es una estrategia clave (Salas et al., 2020).

### **2.6. Uso de Fármacos.**

En la actualidad a pesar de la existencia de muchos ensayos clínicos en el mundo no existe claramente evidencia de ensayos que permitan recomendar un tratamiento específico para el COVID-19, los tratamientos a los que se les están dando uso ya estaban autorizados para otras

afectaciones, por lo tanto, los datos actuales son parciales por su aprobación en el marco de la emergencia (Blanco, 2020). En la tabla 1 encontramos la lista de medicamentos usados con mayor frecuencia.

**Tabla 1** Medicamentos

<b>Medicamento</b>	<b>Uso</b>
Cloroquina/hidroxicloroquina	Tratamiento de la malaria, lupus y artritis reumatoide.
Lovipanir/ritonavir y otros antirretrovirales	Tratamiento del VIH
Ribavirina	Tratamiento para la Hepatitis C
Oseltamivir, unifenovir	Otros fármacos antivirales
Interferón $-\alpha/\beta$	Utilizados con otros fármacos anteriores
Terapias coadyuvantes	Anticuerpos monoclonales contra citocinas y terapia inmunoglobulinas extraídas del plasma de pacientes recuperados.
Favipiravir (En investigación)	Con experiencia limitada en Covid-19, sin embargo, tiene buenos resultados en otros tipos de coronavirus.
Remdesivir (En investigación)	Utilizado en el tratamiento del Ébola

**Fuente:** (R. Mojica-Crespo & M.M. Morales-Crespo, 2020).

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín.

Las vacunas desarrolladas son combinaciones principalmente, es decir una mezcla de genes de dos especies distintas, un ejemplo de ello es un proyecto que toma como base un adenovirus que es un agente productor del resfrío común al cual se le insertó un gen que lleva la proteína S que es de importancia para que el virus se una a la membrana y se fusionen, de tal forma que el coronavirus pase al interior de la célula para generar una infección exitosa inactivando el adenovirus lo que significa que no puede causar resfrío, de esta manera si el coronavirus ingresa

a la sangre los anticuerpos formados impiden que tome contacto con la membrana celular (Salas et al., 2020).

## **2.7. Medicina Tradicional**

Si bien el uso de las plantas es considerado como conocimiento ancestral, a lo largo de la historia estas fueron nombradas por las personas que las utilizan según su lugar de origen y el lenguaje, no es seguro el uso de las mismas, es así que una especie puede tener varios nombres dependiendo de la región o país, de forma adicional un mismo nombre puede ser usado para varias especies, por otra parte, es necesario validar el uso de las plantas medicinales, en primer lugar y de forma imprescindible la validación taxonómica de la especie, dicha validación la realizará un especialista en botánica que le asignará según la característica el nombre del organismo que consiste en la identificación del género y el epíteto como si cada especie tuviera nombre y apellido, en esto radica la importancia de conocer a las plantas por su nombre científico y garantizar con seguridad el buen uso de sus principios activos para curar y tratar las dolencias (Maldonado, Carla, Paniagua-Zambrana, Narel, Bussmann, Rainer W., Zenteno-Ruiz, Freddy S., & Fuentes, 2020)

Un caso muy común en estos días es el uso de remedios naturales como el eucalipto, wira wira, manzanilla, entre otros en forma de infusión, se sabe que estas plantas tienen compuestos que poseen propiedades útiles para tratar afecciones respiratorias producidas por el resfrío y la influenza, además tiene características anti-inflamatorias, antibacterianas y fungicidas por lo cual no están contraindicadas sin embargo, no existen pruebas científicas de su capacidad para eliminar el virus en superficies y ambientes por lo cual el alcohol, jabón, hipoclorito de sodio y el cloro son la mejor opción (Maldonado, Carla, Paniagua-Zambrana, Narel, Bussmann, Rainer W., Zenteno-Ruiz, Freddy S., & Fuentes, 2020).

Sin embargo, a pesar de la utilidad que pueden tener para aliviar ciertas dolencias o síntomas del COVID-19 su uso no es confiable pues cada cuerpo reacciona de forma diferente al virus y lo que tal vez funciona en ciertas personas no tendrá la misma eficacia en otras. Por lo tanto, este tipo de práctica no es segura bajo ninguna circunstancia.

### **2.8. Automedicación y COVID-19**

La automedicación no es segura frente a la Covid-19. Ante el temor y la ansiedad que genera la pandemia por Covid-19 y la demora de una vacuna muchas personas han elegido la automedicación con componentes que van desde desinfectantes como el cloro hasta vitaminas y preparaciones de productos biológicos, además el uso de medicamentos de venta bajo receta médica como la cloroquina, son producto del desconocimiento e inadecuada comunicación de parte de los líderes mundiales(Calderón et al., 2020).

A pesar de que no existen medicamentos aprobados para tratar o prevenir específicamente el COVID-19 los medios de información se han visto invadidos por reclamos de remedios para el virus, por lo cual las farmacias son el centro de salud más frecuentadas por las personas para verificar o buscar estas terapias recomendadas, ejemplo de estos productos son el hidroxiclороquina, vitamina c, azitromicina, cápsulas de ajo, limón, vinagre, entre otros. Por lo tanto, las farmacias tienen el deber de proporcionar información autentica para promover el uso racional de medicamentos en especial para el tratamiento de pacientes crónicos (Kretchy, 2020).No es segura ni confiable la automedicación bajo ningún concepto y aún más en la actualidad a la que nos enfrentamos, este tipo de práctica podría empeorar los cuadros clínicos y tener consecuencias graves como la muerte del paciente.

### **2.9. Emocionalidad y Pandemia COVID-19**

En situaciones semejantes de epidemia ocurridas a lo largo de la historia los individuos en mayor o menor medida relacionados con el COVID-19 perciben la situación como un evento

que les causa estrés y amenaza, la OMS sustenta que el coronavirus y el confinamiento están provocando un gran impacto psicológico en la sociedad, el distanciamiento social, aislamiento, cierre de escuelas y trabajos son retos que afectan y naturalmente causan estrés, ansiedad, soledad y miedo en la población, reflejando en manifestaciones clínicas psicológicas en trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, lo cual no debe ser omitido por la sociedad (Ruiz et al., 2020).

Hasta el momento la atención de la salud mental a las personas afectadas por la pandemia ha sido subestimada, el primer impacto es la crisis, los pacientes ya sean sospechosos o confirmados experimentan temor a presentar una infección por el virus y aquellos que se encuentran en cuarentena pueden experimentar soledad, aburrimiento, ira, además los síntomas del padecimiento pueden empeorar la ansiedad y angustia, esto ya que el virus es relacionado con la muerte. Por los motivos expuestos las principales manifestaciones psicológicas son hipocondriasis, insomnio, crisis de ansiedad, pánico y temores, síntomas compatibles con el estrés post traumático (Ruiz et al., 2020).

La relación de las personas con el medio se ha visto alterada debido a la pandemia, los factores del medio han tenido agresivos cambios llegando a estar fuera de control para los individuos y la comunidad, desbordando la capacidad de respuesta de ambas partes, sin embargo, los organismos habituales de afrontamiento no son suficientes para solucionar lo que esta situación representa, dando lugar a desajustes en la adaptación, desequilibrio emocional, enfermedades mentales, entre otros (Rene, 2007). La intervención psicológica en estos casos se orienta hacia la expresión de las experiencias internas y los sentimientos de las personas relacionadas con el evento que provoca el desajuste, además contribuye a modificar comportamientos, acompañamiento emocional y recursos psicológicos necesarios para enfrentar la situación de desastre.

### **2.9.1. Técnicas Psicoterapeutas**

Psicoterapia breve: Buscan dar solución a los problemas de manera rápida y eficiente, su principal enfoque consiste en cambiar una forma de pensar lineal de un individuo y sus interrelaciones, este enfoque se caracteriza por centrarse en la dificultad del consultante sin que se trate de una orientación basada en patologías (Inchausti & Prado-abril, 2020).

Técnicas cognitivo conductuales: Técnicas que se desarrollan bajo perspectivas cognitivas y conductuales que demuestran ser útiles en el tratamiento de padecimientos psicológicos y la conducta en general. Dentro de estas técnicas de acuerdo al estudio de (Inchausti & Prado-abril, 2020) se pueden emplear las siguientes: detección del pensamiento, reducción del estrés basado en Mindfulness, modelado simbólico o cognitivo, descatastrofizar, cuestionar las pruebas técnicas de respiración, relajación, visualizaciones, musicoterapia, entre otras.

En casos de pandemia para evitar la exposición se puede dar un seguimiento telefónico o a través de personal encargado de la atención previa cita bajo dependencia del cuadro clínico del paciente, siempre al egreso el profesional de salud mental remitirá a otros especialistas o centros de hospitalización.

## **CAPITULO III**

### **2. Metodología**

#### **3.1 Justificación**

Existen muchas ciencias que se desarrollan en la actualidad, siendo una de las más importantes la Medicina, la cual tiene como fin principal y general la curación de los trastornos de la salud y también contempla la prevención de las enfermedades tomando como objetivo de su estudio al ser humano y derivando de ellos las ramas que tratan cuestiones específicas.

Hoy en día la medicina que conocíamos ha evolucionado en torno a la Pandemia por COVID-19, obligando tanto a personal de salud como la sociedad en general a adaptarse a los cambios y adoptar nuevas formas de atención sanitaria y protocolos estrictos para evitar la propagación del virus.

La presente investigación tiene como fin describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la Relación Médico-Paciente (RPM) en relación a la pandemia de COVID-19 en el Centro de Salud Crucita, Cantón Portoviejo, 2021, además describir y analizar el grado de afectación en la atención primaria durante la pandemia y los conocimientos y actitudes de los pacientes en relación a la salud, sociedad y la pandemia

Por lo tanto, tomando en cuenta la crisis y la necesidad de desarrollar investigaciones con datos reales de los casos de COVID-19 en el Ecuador se torna el presente trabajo de investigación factible y pertinente, ya que en el país hasta ahora no se han desarrollado trabajos que relacionen la interculturalidad, atención sanitaria y relación médico-paciente en el ambiente de la pandemia. Además, debido a la gran demanda en los centros de salud e instituciones médicas la atención sanitaria se tornó eficiente, haciendo los mayores esfuerzos por controlar la pandemia respetando las medidas de bioseguridad y atendiendo la mayor cantidad de pacientes dadas las condiciones actuales.

Debido a la situación descrita con anterioridad se preparó una búsqueda bibliográfica exhaustiva a nivel mundial y nacional sobre estos temas en torno al COVID-19 para analizar y aplicar las nuevas estrategias y posibles soluciones, además de marcar un precedente en la atención médica de la provincia de Manabí aplicando una metodología de campo y conociendo temas sociales a través de las entrevistas a la población. Por tales motivos la presente investigación es considerada un aporte científico a la comunidad médica y contribuye a las investigaciones referentes a la pandemia por COVID-19.

### **3.2 Pregunta de Investigación**

¿Cómo se construye la interculturalidad, la atención sanitaria y la Relación Médico-Paciente (RMP) en relación a la pandemia de COVID-19 en el centro de Salud Crucita, cantón Portoviejo, ¿2021?

### **3.3 Objetivos**

La presente investigación planteó una serie de objetivos propuestos por el Dr. Alexis Rivas miembro del PMFC, para lo cual se adaptó dichos objetivos a la investigación desarrollada en el centro de salud de la parroquia Crucita en el periodo 2020-2021. Estos se detallan a continuación:

#### **3.3.1 Objetivo General**

Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la Relación Médico-Paciente (RPM) en relación a la pandemia de COVID-19 en el Centro de Salud Crucita, Cantón Portoviejo, 2021.

#### **3.3.2 Objetivos Específicos**

- Describir y analizar la relación Médico-Paciente en relación a la pandemia de COVID-19.
- Describir y analizar el grado de afectación en la atención primaria durante la pandemia por COVID-19.
- Describir y analizar los conocimientos y actitudes de los pacientes en relación a la salud, sociedad y la pandemia.

### **3.4 Hipótesis Operativa**

Con el progreso de la presente investigación se conoció la relación entre la interculturalidad, la atención sanitaria y relación Médico-Paciente en relación a la pandemia COVID-19, a partir del análisis de resultados y testimonios de los involucrados dentro de los grupos seleccionados,

además a través de su desarrollo se generó un gran aporte investigativo a la ciencia frente a la situación que se vive en la actualidad a nivel mundial.

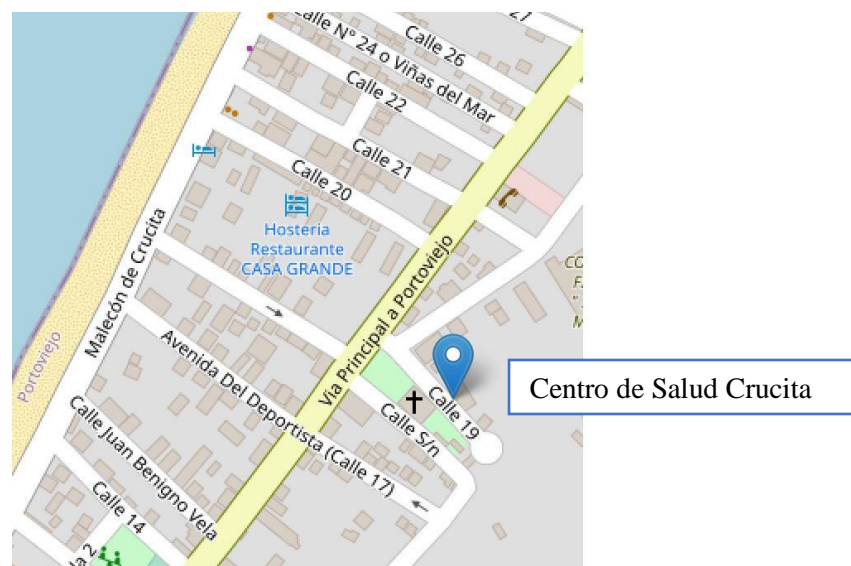
### 3.5 Unidad de Investigación

#### 3.5.1 Perfil de la Unidad de Salud

##### Ubicación

La parroquia Crucita se encuentra ubicada en la zona rural del Cantón Portoviejo, provincia de Manabí, en las coordenadas  $0^{\circ}52'15.80''$  S  $80^{\circ}32'13,52''$  O. El centro de salud “Crucita” se encuentra ubicado en la calle 25 de junio y pertenece al Primer Nivel de atención de salud del Ministerio de Salud Pública.

Limita al norte con San Jacinto y San Clemente pertenecientes al cantón Charapotó, al sur con el Cantón Jaramijó, al este con Charapotó, El Pueblito y Cañitas del cantón Sucre e Higuerón del cantón Rocafuerte y al Oeste con el océano Pacífico.



**Ilustración 1** Ubicación del Centro de Salud

**Fuente:** Google Maps

**Superficie:** 6228.08 Has.

## Componente Sociocultural

Según el censo del INEC del año 2010 la población de Crucita es de 14050 habitantes, manteniéndose como la segunda parroquia del Cantón Portoviejo con mayor población, distribuidas según su género de la siguiente manera:

**Tabla 2** Población de Crucita

<b>POBLACIÓN TOTAL POR GÉNERO EN CRUCITA</b>	
AÑO	2010
HOMBRES	7184
MUJERES	6866
POBLACIÓN TOTAL DE LA PARROQUIA	14050
TOTAL, DEL CANTÓN	223086

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín.

**Fuente:** INEC 2010

La parroquia Crucita tiene como sus principales actividades económicas la pesca, el turismo, comercio informal, a pesar de que el Censo del año 2010 indica que la tasa de migración es marginal existe migración interna debido a la falta de fuentes de trabajo y la pobreza. En cuanto a la salud y la atención primaria hasta el año 2010 de acuerdo al INEC el porcentaje de partos atendidos por el Ministerio de Salud Pública es de 39%, IEES 2%, establecimientos particulares 43% y partos en casa 16%.

### 3.6 Estrategia Metodológica

#### 3.6.1 Tipo de Estudio

La presente investigación es de tipo cualitativa y etnográfica, estuvo dirigida principalmente a los usuarios del área de la salud pertenecientes al Centro de Salud Crucita, esta se desarrolló a través de entrevistas semiestructuradas y entrevistas de historias de vidas, de tal forma que se pudo representar todo el sistema de salud del Centro, enmarcando todo el proceso de manera

inductiva. Además, se aplicó la etnografía a través de la cual se registró el conocimiento cultural, la interacción social, el análisis de la sociedad para desarrollar y verificar la hipótesis planteada.

Al referirnos a la etnografía nos referimos a la vinculación del investigador con la comunidad y no a ser un extraño en el entorno, de tal forma que pueda enterarse de manera personal del concepto de cada individuo acerca de un mismo tópico, de acuerdo a la autora Bárbara Miller es lo que llamamos evitar el efecto Hawthone (Miller, 2016).

### **3.6.2 Selección de Informantes**

La selección de informantes se caracterizó por ser diversa y representativa, en este caso se procedió a la selección de un grupo determinado de personas que acudieron al centro de Salud Crucita durante la pandemia por COVID-19, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, esto con el previo consentimiento informado para el desarrollo de las entrevistas semiestructuradas, la cual tiene como objeto responder una serie de preguntas que son previamente elaboradas tomando en cuenta el camino y fin que tiene la presente investigación.

Para lo cual hicimos un muestreo poblacional que es utilizado en etnometodología, etnografía, investigación de evaluación y estudios de caso, en este caso es el investigador quien elige a los informantes con características de su interés, específicamente en la presente investigación se propone la selección de 40 informantes distribuidos en los diferentes grupos etarios: adolescentes, adultos jóvenes, adultos medios y adultos mayores, tomando en cuenta aspectos de pluralidad, diversidad de la unidad y el lugar de estudio, con el fin de obtener una muestra representativa de la población estudiada lo cual permitirá saturar información etnográfica.

Para llegar a la elección de estos 40 participantes tomamos en cuenta los siguientes criterios con el fin de asegurar la saturación y homogeneidad de los datos, estos son diversidad,

pluralidad, etnia, edad, género, de tal forma que la información recogida englobó a un todo de la población.

### **3.6.3 Historia de vida y entrevista semiestructurada**

Para las entrevistas semiestructuradas se escogieron a 10 participantes de cada grupo etario distribuidos equitativamente: 5 pertenecientes al género masculino y 5 al femenino completando un total de 40 personas distribuidas entre adolescentes, adultos jóvenes, adultos medios y adultos mayores. En el caso de los cuestionarios para historia de vida se seleccionaron a los 8 informantes distribuidos en los grupos de estudio, para lo cual se detalla la información en las tablas a continuación (tabla 3 y 4).

Para dicha selección se tomó en cuenta a las personas que cumplen con ciertos requisitos que, en el contexto de su población, que además son personas con características de definición comunes, en este caso en relación a su grupo etario, género y edad.

### **3.6.4 Criterios de Inclusión**

- Pacientes pertenecientes y originarios al cantón Crucita que han sido atendidos en la unidad Médica Crucita.
- Menores de 18 años que tengan el consentimiento de su representante.
- Pacientes en el rango de edad de 19 a 75 años independientemente del sexo y etnia.
- Pacientes que se encuentran en estado de gestación.
- Personas que dieron su consentimiento informado para ser parte del estudio.
- Pacientes que acudieron al centro de salud durante la pandemia.

### **3.6.5 Criterios de Exclusión**

- Menores de 18 años que no tengan el consentimiento de su representante.
- Pacientes que luego de la lectura del consentimiento informado no acepten formar parte del estudio.

- Pacientes con discapacidad.
- Pacientes con padecimientos psiquiátricos.
- Pacientes que no residen en la Parroquia Crucita

**Tabla 3** Selección de Informantes:

Entrevista Semiestructurada

Grupo Etario	Masculino	Femenino
Adolescentes	5	5
Adultos jóvenes	5	5
Adultos medios	5	5
Adultos mayores	5	5
SUMA	20	20
TOTAL	40	

**Elaborado por:** María Inés Redrobán y Wendy Elizabeth Escobar Holguín.

**Tabla 4** Selección de informantes para historia de vida

Grupo Etario	Masculino	Femenino
Adolescentes	1	1
Adultos jóvenes	1	1
Adultos medios	1	1
Adultos mayores	1	1
SUMA	4	4
TOTAL	8	

**Elaborado por:** María Inés Redrobán y Wendy Elizabeth Escobar Holguín.

### 3.6.6 Descripción Sociodemográfica

Se desarrolló el estudio y análisis de datos cualitativos tomando como referencia diversos indicadores sociales y demográficos tales como: etnia, edad, nivel de instrucción, lugar de residencia, estado civil, ocupación, entre otros. Dichos indicadores se obtuvieron a través de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los participantes.

**Tabla 5** Características Sociodemográficas

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA</b>	<b>FUENTE</b>
Género	Identificación sexual del ser humano	Auto Identificación	Masculino Femenino	Entrevista
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento	Años	Número de Años	Entrevista
Estado Civil	Situación del sujeto en relación a la familia	Estado	Soltero Casado Unión Libre Divorciado Viudo	Entrevista
Etnia	Conjunto de personas que pertenecen a una misma etnia	Auto identificación del sujeto	Mestizo Montubio Blanco Afrodescendiente Indígena	Entrevista
Nivel de Instrucción	Nivel de estudio del sujeto	Nivel de enseñanza finalizado	Primaria Secundaria Superior Cuarto Nivel Otros	Entrevista
Movilidad humana o residencia	Desplazamientos humanos	Tipos	Migrante  No migrante	Entrevista
Ocupación	Actividad que desarrolla el sujeto	Tipo de Actividad	Empleado Desempleado	Entrevista
COVID-19	Ha padecido o no COVID-19	Identificación del paciente	Si  No	Entrevista

COVID-19 en algún familiar	Ha padecido o no COVID-19 un familiar	Identificación del paciente	Si No	Entrevista
----------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	----------	------------

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín.

### 3.6.7 Operacionalización de las variables cualitativo-etnográficas

Tomando en cuenta la finalidad de la presente investigación que consistió en describir y analizar la construcción de la interculturalidad, atención sanitaria y relación médico-paciente (rmp) en el contexto de la pandemia de covid-19 por sars-cov-2 en centro de salud Crucita, perteneciente al cantón Portoviejo se plantearon las siguientes variables de estudio: Interculturalidad (Creencias, costumbres, uso de plantas), atención sanitaria (primer nivel de atención, provisión de salud), relación médico paciente (escucha activa, confianza y satisfacción), COVID (Impacto psicosocial, medidas preventivas, autoatención); mismas que nos permitirán complementar la recolección de datos obtenidos a partir de las entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

**Tabla 6** Operacionalización de variables cualitativas

Variable	Definición	Subcategoría	Definición	Indicador	Instrumento
Interculturalidad	Modo de convivencia de las personas e instituciones, con caracteres culturales y diversa posición	Creencias y costumbres	Pensamientos que se asume como algo real. Son hábitos adquiridos por una comunidad, que se transmiten de generación en generación.	Conocimientos Concepto Tratamiento	Entrevista semiestructurada

		Uso de plantas	Se emplean para el tratamiento de ciertas enfermedades que forman parte de tradiciones culturales.	Conocimientos Concepto Tratamiento	Entrevista semiestructurada
Atención Sanitaria	La OMS define a la Atención Sanitaria como todos los bienes y servicios que promueven la salud dirigidos a individuos o poblaciones completas.	Primer nivel de atención	Es el primer contacto con la población, son los más cercanos, que prestan servicios de salud.	Conocimientos Concepto Tratamiento	Entrevista semiestructurada
		Provisión de salud	Implica lo que oferta el sistema de salud para cada nivel de atención.	Conocimientos Concepto Tratamiento	Entrevista semiestructurada
Relación médico paciente	Una relación interpersonal con interacciones éticas, sociológicas y fisiológicas de tipo profesional que sirve de base en la gestión de la salud (Silva, 2006).	Escucha activa	Consiste en prestar atención al paciente de una manera empática, fijándonos en los diferentes tipos de lenguajes, no verbal y paraverbal.	Conocimientos Concepto Tratamiento	Entrevista semiestructurada
		Confianza	Es un elemento importante en la comunicación médico-paciente, con el fin de obtener un óptimo abordaje.	Conocimientos Concepto Tratamiento	Entrevista semiestructurada
		Satisfacción	Es la sensación de bienestar al compensar una necesidad de salud en	Conocimientos Concepto Tratamiento	Entrevista semiestructurada

			relación al paciente.		
COVID	Los coronavirus son virus que se encuentran envueltos de ARN de sentido positivo que pertenecen a la familia Coronaviridae y se distribuyen entre los mamíferos incluido el ser humano, originando afectaciones que pueden ir desde una simple gripe hasta la muerte, hasta el mes de febrero del año 2020 según la OMS se confirmaron 46.997 casos a nivel mundial lo que lo convierte en una emergencia de salud pública internacional (Palacios Cruz et al., 2020).	Impacto psicosocial	Se encuentran relacionados a factores estresores que pueden llevar a una sensación de miedo generalizado en la población.	Conocimientos Concepto Tratamiento	Entrevista semiestructurada
		Medidas preventivas	Se refieren a acciones que se ejecutan con el fin de disminuir riesgos para el individuo	Conocimientos Concepto Tratamiento	Entrevista semiestructurada
		Autoatención	Acciones que realizan los pacientes por sí mismos, para preservar su salud o curar por ellos las enfermedades sin prescripción médica	Conocimientos Concepto Tratamiento	Entrevista semiestructurada

**Elaborado por:** María Inés Redrobán y Wendy Elizabeth Escobar Holguín.

### **3.6.8 Aspectos Bioéticos**

En relación a los aspectos bioéticos inicialmente se socializó el proyecto con los diferentes participantes explicándoles su papel dentro del mismo, posteriormente se realizó un consentimiento informado para mayores de 18 años, y un asentimiento para los menores de edad que serán entrevistados mediante el cual no se vulnera sus derechos humanos, este debe ser firmado como autorización para la colaboración dentro de la presente tesis. Por otra parte, la información personal de los participantes no será divulgada con el fin de mantener su integridad, seguridad e intimidad, aspecto que se encuentra recalado en el consentimiento informado.

### **3.6.9 Recolección de datos**

La información se recolectó durante el primer semestre del año 2021, para esto los informantes se captaron del Centro de Salud Crucita, posteriormente las entrevistas se realizaron de acuerdo al tiempo disponible de los entrevistadores y los informantes, se desarrollaron entrevistas semiestructuradas a 40 individuos, explicándoles con anterioridad el procedimiento que se iba a desarrollar, estableciendo un vínculo de confianza entre el entrevistador y el entrevistado. Para las entrevistas individuales se adecuaron ambientes en el domicilio de los participantes y en el consultorio médico, estas tuvieron una duración de 45 minutos aproximadamente y se hizo uso de instrumentos tecnológicos para el almacenamiento de la información.

### **3.6.10 Plan de análisis de resultados.**

Una vez desarrolladas las entrevistas se procedió a transcribir los audios en un documento en Word Office, y se agrupó la información de acuerdo a las variables que se seleccionaron para el estudio, además se tomaron en cuenta los testimonios de mayor relevancia de cada entrevista para establecer un análisis y argumentar cada variable. Para dicho proceso se hizo uso del software Word Salad que se encarga de la creación de figuras representativas y el modelo de Giddes

para representar el concepto que define los resultados de acuerdo al punto de vista de los entrevistados.

### 3.6.11 Identificadores de los sujetos informantes

N°	IDENTIFICADOR	INFORMANTE PERFIL
1	M24CNC	Adulto joven, 24 años de edad, procedente de Crucita no ha presentado covid, mestizo, no migrante, estudiante.
2	F29CNC	Adulta joven, 29 años de edad, procedente de Crucita no ha presentado Covid, mestizo, no migrante, comerciante.
3	F28CNC	Adulta joven, 28 años, procedente de Crucita, no ha tenido experiencia de Covid que le haya marcado su vida, mestizo, no migrante, ama de casa.
4	F18CEC	Adolescente, 18 años, procedente de Crucita, tuvo una experiencia que le marco su vida a causa del covid, blanco, no migrante, estudiante.
5	F64CNC	Adulto mayor, 64 años, procedentes de Crucita, no ha tenido experiencias que marcaron su vida por la Covid, blanco, no migrante, desempleado.
6	F19CNC	Adolescente, 19 años, procedente de crucita, no ha tenido experiencia que marcaron su vida por Covid, mestizo, no migrante, estudiante.
7	M52CEC	Adulto medio, 52 años, procedente de Crucita, tuvo experiencia que le cambio su vida por Covid, montubio, no migrante, pescador.
8	M43CEC	Adulto medio, 43 años, procedente de Crucita, tuvo experiencia que le marco su vida por Covid, mestizo, no migrante, pescador.
9	M54CNC	Adulto medio, 52 años, procedente de Crucita, no tuvo experiencia que le marco la vida por la Covid 19, montubio, no migrante, comerciante.
10	M30CNC	Adulto joven, 30 años, procedente de Crucita, no tuvo experiencia que le marco su vida por la Covid 19, mestizo, no migrante, ama de casa.
11	M52CEC	Adulto medio, 52 años, procedente de Crucita, tuvo experiencia que le marco su vida por la Covid 19, blanco, no migrante, comerciante.
12	F33CEC	Adulta joven, 33 años, procedente de Crucita, tuvo experiencia que le marco su vida por la Covid 19, montuvio, no migrante, ama de casa.
13	M69CNC	Adulto mayor, 69 años, procedente de Crucita, no tuvo experiencia que le haya marcado la vida la Covid 19, blanco, no migrante, desempleado.

14	F90CNC	Adulta mayor, 90 años, procedente de Crucita, no tuvo experiencia que le haya cambiado la vida la Covid 19, mestiza, no migrante, desempleada.
15	F30CEC	Adulta joven, 30 años, procedente de Crucita, tuvo experiencia que le marco su vida por la Covid 19, blanco, no migrante, ama de casa.
16	F49CNC	Adulta media, 49 años, procedente de Crucita, no tuvo experiencia que le marco su vida la Covid 19, blanco, no migrante, ama de casa.
17	M29CEC	Adulto joven, 29 años, procedente de Crucita, tuvo experiencia que le marco su vida la Covid 19, blanco, no migrante, pescador.
18	M74CNC	Adulto mayor, 74 años, procedente de Crucita, no tuvo experiencia que le marco la vida la Covid 19, mestizo, no migrante, desempleado.
19	M16CNC	Adolescente, 16 años, procedente de Crucita, no tuvo experiencia que le haya marcado la vida, blanco, no migrante, estudiante.
20	M20CEC	Adulto joven, 20 años, procedente de crucita, tuvo experiencia que le marco su vida por Covid 19, mestizo, no migrante, estudiante.
21	M17CEC	Adolescente masculino, procedente de Crucita, con experiencia de abuelo materno hospitalizado con diagnóstico de covid-19, montuvio, no migrante, estudiante.
22	M15CNC	Adolescente, masculino, 15 años, procedente de Crucita, no tuvo experiencia familiar con covid-19, pero si amistades, mestizo, no migrante, estudiante.
23	M18CEC	Adolescente, masculino, 18 años, procedente de Crucita, con experiencia de abuelo paterno con covid-19, realizaron trueque, mestizo, no migrante, estudiante.
24	F18CNC	Adolescente, femenina, 18 años, procedente de Crucita, no experiencia de familiar con diagnóstico covid-19, mestizo, no migrante, estudiante.
25	F17CEC	Adolescente, femenina, 17 años, procedente de crucita, con experiencia familiar (la tía) con diagnóstico covid-19, montuvio, no migrante, estudiante.
26	F16CEC	Adolescente, femenina, 16 años, procedente de crucita, con experiencia familiar (el papá) con diagnóstico covid-19 no complicado, montuvio, no migrante, estudiante.
27	F40CEC	Adulta media, femenina, 40 años, procedente de crucita, con experiencia familiar (el papá) con diagnóstico covid-19, mestizo, no migrante, ama de casa.
28	F48CNC	Adulta media, femenina, 49 años, procedente de crucita, no experiencia familiar con covid-19, mestizo, no migrante, comerciante.

29	M30CEC	Adulto joven, masculino, 30 años, procedente de Crucita, con experiencia de familiar (hermano) con diagnóstico de covid-19, mestizo, no migrante, pescador.
30	F42CNC	Adulta media, femenina, 42 años, procedente de crucita, no experiencia familiar de diagnóstico covid-19, mestizo, no migrante, ama de casa.
31	M41CEC	Adulto medio, masculino, 41 años, procedente de crucita, con experiencia de dos familiares (madre y hermana) con diagnóstico de covid-19, mestizo, no migrante, pescador.
32	F76CEC	Adulta mayor, femenina, 76 años, procedente de crucita, con experiencia de familiar (hermano) con diagnóstico de covid-19, mestizo, no migrante, desempleada.
33	F68CEC	Adulta mayor, femenina, 68 años, procedente de crucita, con experiencia de familiar (hijo) con diagnóstico de covid-19, mestizo, no migrante, desempleada.
34	M68CEC	Adulto mayor, masculino, 68 años, procedente de crucita, con experiencia de familiar (hermano) con diagnóstico de covid-19, mestizo, no migrante, desempleado.
35	M65CEC	Adulto mayor, masculino, 65 años, procedente de crucita, con experiencia de familiar (hermano) con diagnóstico de covid-19, mestizo, no migrante, desempleado.
36	M69CEC	Adulto mayor, masculino, 69 años, procedente de crucita, con experiencia de familiar (hermana) con diagnóstico de covid-19, mestizo, no migrante, desempleado.
37	F66CEC	Adulta mayor, femenina, 66 años, procedente de crucita, con experiencia de familiar (hijo) con diagnóstico de covid-19, mestizo, no migrante, desempleado.
38	M24SEC	Adulto joven, masculino, 24 años, procedente de Santo Domingo, con experiencia de familiar (hermano) con diagnóstico de covid-19, mestizo, migrante, comerciante.
39	F45CEC	Adulta media, femenina, 45 años, procedente de crucita, con experiencia familiar (hermana) de diagnóstico de covid-19, mestizo, no migrante, ama de casa.
40	M27CEC	Adulto joven, masculino, 27 años, procedente de Crucita, con experiencia de familiar (abuelo paterno) con diagnóstico de covid-19, mestizo, no migrante, pescador.

**Tabla 7** Identificadores de los participantes

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

### 3.6.12 Historias de vida

N°	INFORMANTE	PERFIL
1	Adulto mayor, 64 años, procedentes de Crucita, no ha tenido experiencias que marcaron su vida por la Covid, blanco, no migrante, desempleado.	Paciente masculino, el menor de 12 hermanos, padres fallecidos, actualmente sostiene una relación con la madre de sus 3 hijos, 1 de ellos fallecido hace 12 años en un accidente automovilístico. Narra haber sido víctima de maltrato intrafamiliar durante su infancia. En su edad adulta aproximadamente a los 25 años genera adicciones al tabaco, sin embargo, años después aproximadamente a los 54 años lo deja por problemas de hipertensión, actualmente toma medicación continua para este padecimiento y diabetes tipo 2, además tiene sus controles periódicos. Afirma no tener afectaciones psicológicas por el COVID, sin embargo, tuvo signos de ansiedad debido al confinamiento.
2	Adolescente, 19 años, procedente de crucita, no ha tenido experiencia que marcaron su vida por Covid, mestizo, no migrante, estudiante.	Paciente femenina, hija mayor de 5 hermanos, soltera, estudiante de economía, narra haber sufrido de asma desde muy pequeña y recuerda las continuas veces que fue internada debido a su padecimiento y por otros factores como la desnutrición por problemas estomacales, narra además no haber tenido una infancia normal debido a estos padecimientos, y sufrir de malos tratos por parte de sus compañeros de clase debido a su bajo peso, esto hasta los 14 años de edad aproximadamente, la adolescencia transcurrió con normalidad. El COVID afectó su vida ya que tuvo que cerrar su negocio debido a las pocas ventas, no tiene pérdidas familiares ni traumáticas.
3	Adulto medio, 52 años, procedente de Crucita, tuvo experiencia que le cambio su vida por Covid, montubio, no migrante, pescador.	Paciente masculino, menor de 3 hermanos, en unión libre, padre de 4 hijos, en su infancia no padeció enfermedades, pero tuvo problemas de aprendizaje en la edad temprana, en su adolescencia padeció una enfermedad de transmisión sexual sin embargo, la superó sin ningún problema, padece de diabetes tipo 2 y problemas de circulación, lo cual le ha generado

		várices en las piernas, ha tenido 2 intervenciones debido a este padecimiento, por este motivo ha tenido amenaza de amputación, pero ha superado estas crisis sin problema hasta el momento. No ha tenido experiencias traumáticas debido al COVID 19.
4	Adulto medio, 43 años, procedente de Crucita, tuvo experiencia que le marco su vida por Covid, mestizo, no migrante, pescador.	Paciente masculino, hijo único, infancia normal sin ningún tipo de enfermedades, en su adolescencia generó una adicción a los narcóticos, misma que superó a los 35 años aproximadamente, en la actualidad asiste a las reuniones de narcóticos anónimos, no padece enfermedades, se encuentra en unión libre y es padre de dos hijos. Su madre falleció de COVID y narra no haber podido despedirse de ella, esta situación lo marcó y le genera mucha tristeza, además comenta que ha tenido pensamientos de consumo, pero es su familia quien lo mantiene a flote día a día.
5	Adulto medio, 52 años, procedente de Crucita, no tuvo experiencia que le marco la vida por la Covid 19, montubio, no migrante, comerciante.	Paciente masculino, quinto de 9 hermanos, padres fallecidos, de estado civil casado, tiene 5 hijos, uno de ellos con capacidades especiales, narra haber tenido una infancia tranquila y sana, de la misma forma su adolescencia, en su vida adulta un hecho que marcó su vida fué el nacimiento de su hijo mayor pues no supieron de su discapacidad hasta el momento de su nacimiento, fué un momento muy duro para su familia, pero que lograron superar juntos según lo que narra, el COVID no marcó su vida de manera significativa, sin embargo, se complicaron los cuidados que necesita su hijo debido a su condición
6	Adulta joven, 33 años, procedente de Crucita, tuvo experiencia que le marco su vida por la Covid 19, montuvio, no migrante, ama de casa.	Paciente femenina, hija única, madre de 3 hijos, infancia normal, tuvo un embarazo adolescente a los 15 años de edad, sufrió abandono de parte de su pareja, sus padres ayudaron en la crianza de su primer hijo, en unión libre en la actualidad con su pareja con la cual tiene 2 hijos, perdió a sus abuelos por COVID,

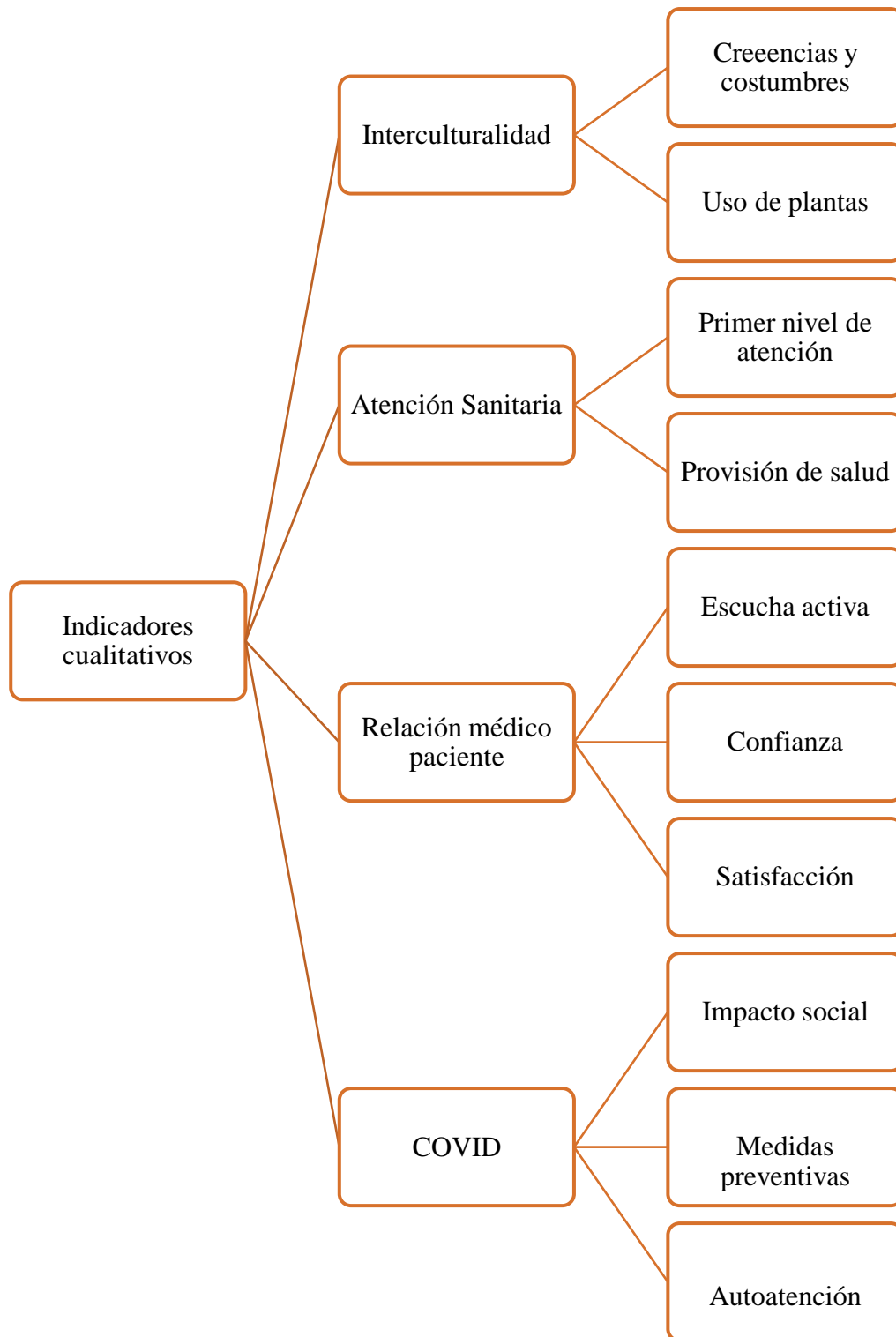
		situación que marcó su vida pues era muy apegada a ellos.
7	Adulto mayor, 69 años, procedente de Crucita, no tuvo experiencia que le haya marcado la vida la Covid 19, blanco, no migrante, desempleado.	Paciente masculino, mayor de dos hermanos, tuvo una infancia feliz de acuerdo a su narración, en la adolescencia perdió a su madre por cual tuvo un cuadro depresivo que dio por superado en la edad adulta a los 30 años de edad aproximadamente después de años de medicación. Sufrió un accidente de tránsito a los 40 años que le dejó severas lesiones que superó luego de hacer terapia física, no tuvo traumas ni situaciones significativas que marcaran su vida debido al COVID
8	Adulta joven, 30 años, procedente de Crucita, tuvo experiencia que le marco su vida por la Covid 19, blanco, no migrante, ama de casa.	Paciente femenina, hija única, madre de 1 hijo, en unión libre, sufrió maltrato psicológico en su adolescencia de parte de su padrastro, por lo cual se mudó con sus abuelos. Padeció diabetes gestacional en su embarazo la cual superó una vez nacido su hijo, en la actualidad se encuentra libre de padecimientos, perdió a su abuelo debido al COVID y narró haber sentido ansiedad por el confinamiento.
9	Adulta media, 49 años, procedente de Crucita, no tuvo experiencia que le marco su vida la Covid 19, blanco, no migrante, ama de casa.	Paciente femenina, tercera hija de 5 hermanos, una infancia y adolescencia normal sin enfermedades, madre soltera, sufre de hipertensión y diabetes tipo 2, toma medicación para estos padecimientos. No tuvo experiencias negativas con el COVID sin embargo narra haber tenido dificultad para dormir y sentir que se asfixia debido al confinamiento.
10	Adulto joven, 29 años, procedente de Crucita, tuvo experiencia que le marco su vida la Covid 19, blanco, no migrante, pescador.	Paciente masculino, hijo único, en su infancia sufrió de asma por lo cual tenía que asistir constantemente a los centros de salud, se encuentra en unión libre y tiene una hija, no tiene enfermedades graves en la actualidad, sin embargo, asegura en sus narraciones sufrir de ansiedad por la pandemia luego de una pérdida familiar

**Tabla 8** Identificadores de los participantes

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

### **3.6.13 Indicadores cualitativos**

Los indicadores cualitativos seleccionados se agruparon en cuatro grandes grupos: Interculturalidad, atención sanitaria, relación médico-paciente y COVID, esto con el fin de obtener información suficiente para alcanzar los objetivos de la presente investigación, se incluyeron en sus dimensiones las creencias y costumbres, uso de plantas y medicina tradicional, primer nivel de atención, provisión de salud, escucha activa, confianza, satisfacción, impacto social, medidas preventivas y autoatención, abarcando así la información necesaria para llegar a nuestros resultados.



**Ilustración 2** Indicadores cualitativos

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Datos de la investigación

### **3.6.13. Nube de Palabras.**

Una vez desarrolladas las entrevistas y transcritas cada una de ellas se hizo uso del programa Word Salad para generar un grupo de palabras en forma de nube o la figura seleccionada de forma personalizada para resaltar varios de los términos con mayor relevancia para obtener una visión más generalizada de las opiniones. Aplicando esta metodología se pudo ilustrar gráficamente y de manera sencilla los resultados de las entrevistas y tomando como referencias las opiniones de los entrevistados bajo sus propias palabras e ideas.

### **3.6.14. Modelo de Gráfico de Giddens**

Mediante el uso del modelo gráfico de Giddens se logró realizar un resumen o síntesis de las partes de mayor relevancia de las entrevistas, para resaltar la opinión de los participantes en relación al tema que se está investigando.

### **3.6.15. Limitaciones del estudio.**

Las limitaciones se vieron principalmente al desarrollarse la investigación en medio de una pandemia, hacer las entrevistas respetando el distanciamiento y resguardando la seguridad de los pacientes, además de que todos los artículos relacionados con el COVID son aún nuevos, muchas de las investigaciones están en curso por lo cual encontrar una bibliografía veraz y real resulta un punto difícil.

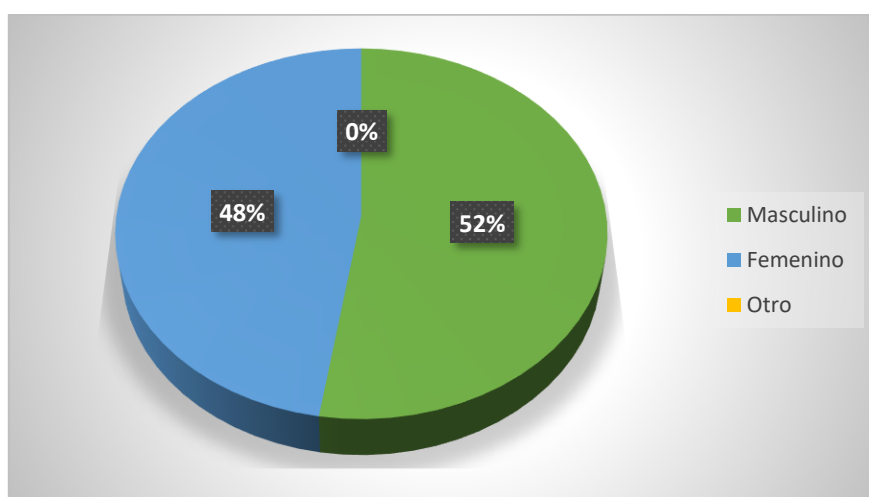
Por otra parte, completar el número de participantes necesarios para el desarrollo de la investigación se tornó complicado porque las personas evitan el contacto para prevenir contagios, en este sentido se cancelaron muchas veces las citas para la entrevista y se reagendaron a conveniencia de los participantes.

## CAPÍTULO IV

### 4. Resultados

#### 4.1. Resultado de variables demográficas

Las variables demográficas del grupo seleccionado para el estudio detallan aspectos de la vida de estos integrantes tales como el género, etnia, estado civil, movilidad humana, edad, pacientes que hayan padecido COVID, pacientes cuyos familiares hayan padecido COVID, los cuales se detallan a continuación:

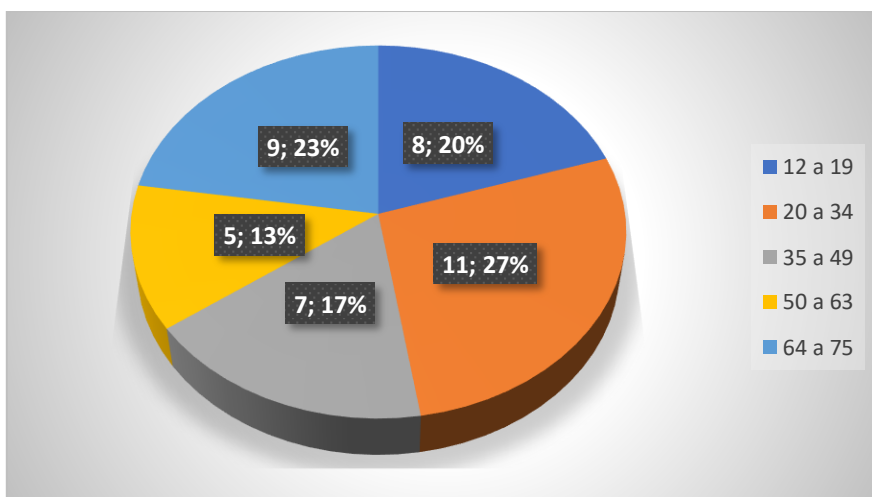


**Ilustración 3:** Género

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

De acuerdo a las entrevistas los entrevistados son un 52% de género masculino y 48% género femenino.

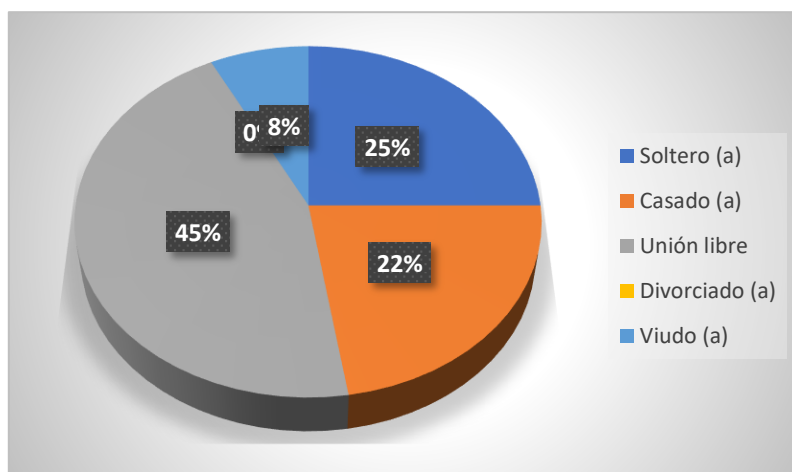


**Ilustración 4:** Edad

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

En relación a la edad de los participantes la mayor cantidad se encuentra en el rango de 20 a 34 años de edad con un 11.27%, el 9.23% están entre los 64 a 75 años de edad, el 8.20% tienen entre 12 a 19 años, el 7.17% tiene de 35 a 49 años y un 5.13% de 50 a 63 años.

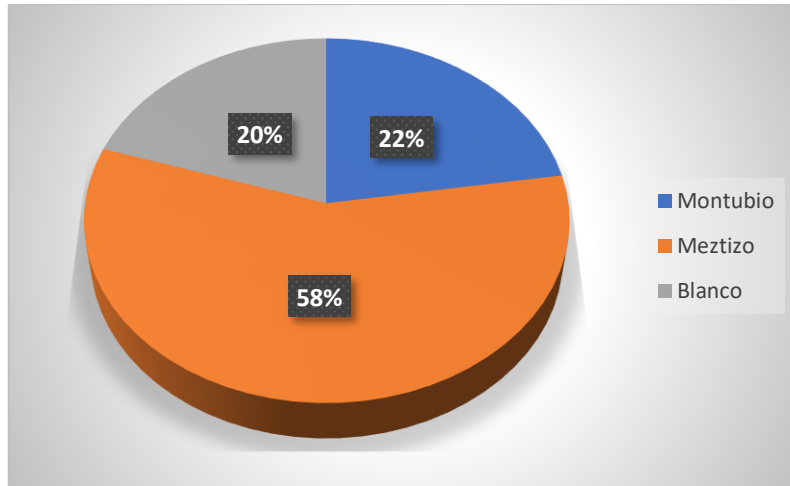


**Ilustración 5:** Estado civil

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

En cuanto al estado civil de los participantes un 22% se encuentra casado, 25% soltero, 45% en unión libre, un 8% viudo y ninguno de ellos divorciado.

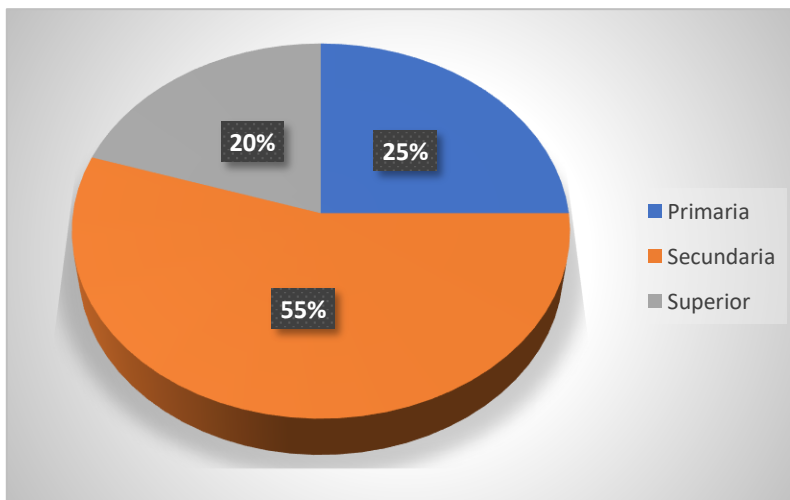


**Ilustración 6:** Etnia

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

En relación a la etnia un 58% se considera mestizo, un 22% montubio y un 20% blanco.

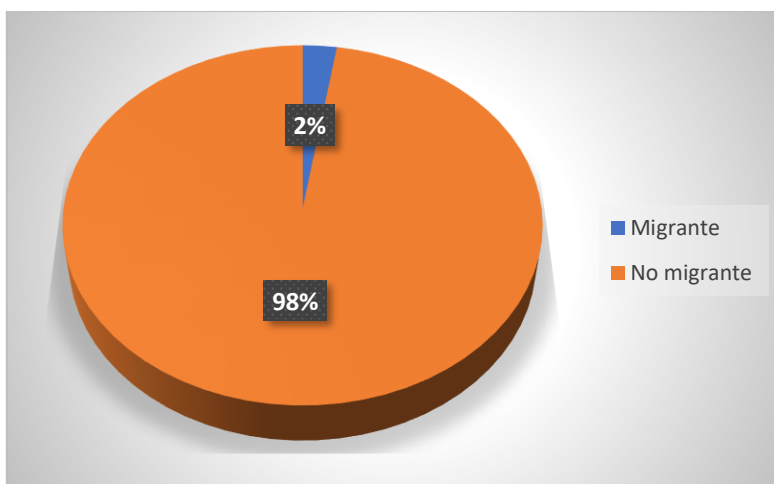


**Ilustración 7:** Nivel de estudios

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

De acuerdo a las entrevistas un 55% de los participantes culminaron la secundaria un 25% la escuela y un 20% cuentan con educación superior.

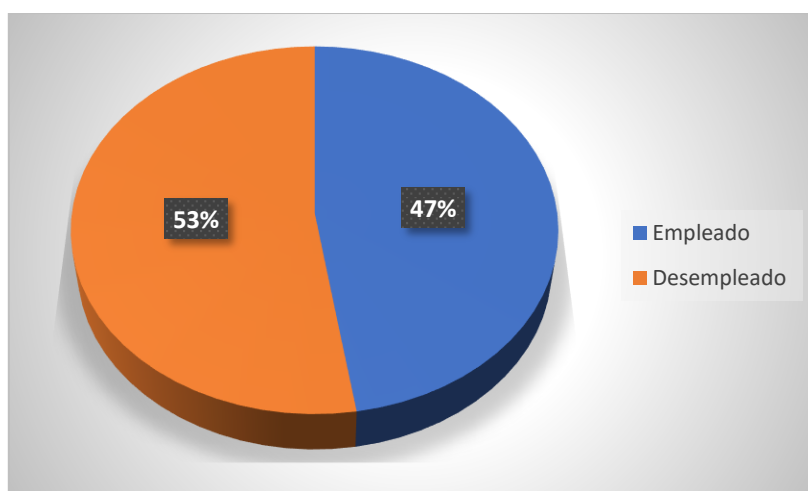


**Ilustración 8:** Movilidad humana

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

En relación a la movilidad humana un 2% de las personas es migrante y un 98% no lo es.

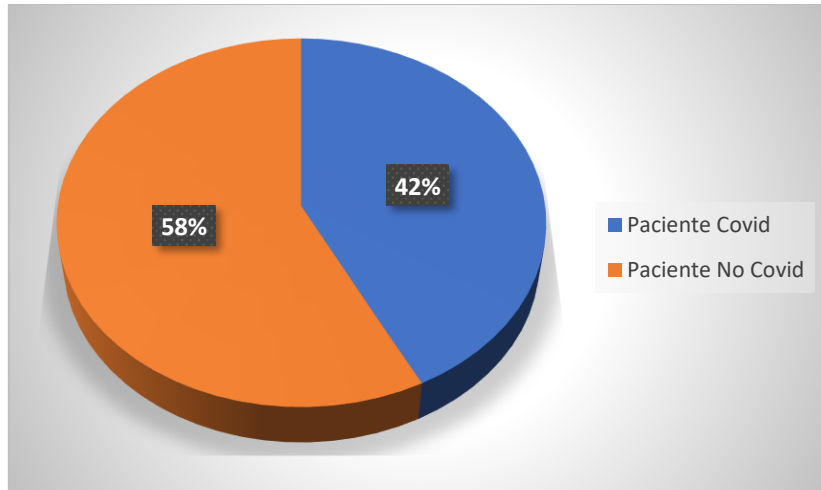


**Ilustración 9:** Estado de empleo

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

Un 53% de los participantes es desempleado y un 47% cuenta con un trabajo.

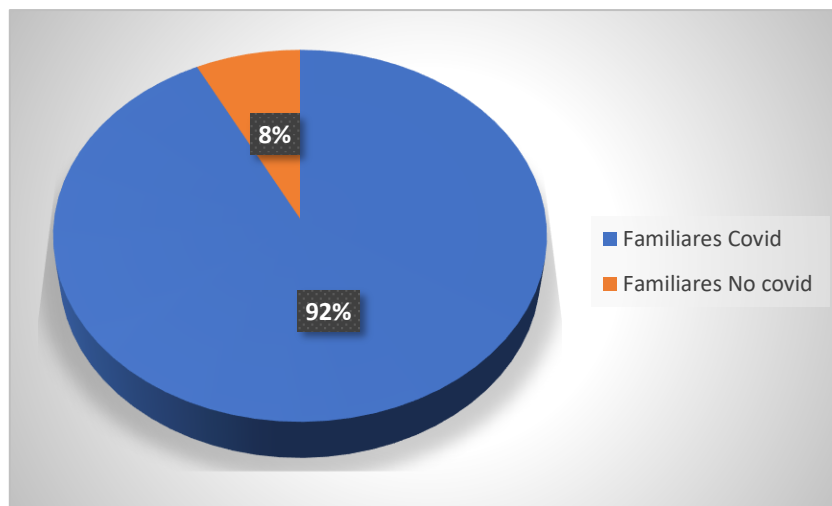


**Ilustración 10:** Pacientes que han padecido COVID-19

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

Un 58% de los participantes no han padecido covid-19 y un 42% si enfrentó la enfermedad.



**Ilustración 11:** Pacientes con familiares que han padecido COVID-19

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

Un 92% de los participantes tienen familiares que padecieron Covid-19 y un 8% no tiene familiares que hayan tenido la enfermedad.



mal, permanecer de cuerpo y del alma de buena forma porque muchas veces podemos estar sin enfermedades sin necesidad de tomar algún medicamento, en lo personal me siento más enfermo cuando estoy enojado con mi mamá o papá que cuando estoy con alguna gripe o alguna otra enfermedad, yo pienso que la verdadera salud es tener paz y tranquilidad en todos los aspectos ya sea con nuestras familias o en el ámbito laboral. (Testimonio participante M24CNC).

La salud para mí es algo muy importante ya que eso ayuda al ser humano a estar bien y no tener ninguna enfermedad, debemos también nosotros proteger siempre nuestra salud para evitar estar enfermo, ya que cuando uno tiene la salud buena realmente puede tener ánimo y ganas de realizar bien el trabajo sea el que sea la salud la podemos ver en todo lo bueno que nos pasa en las buenas vibras porque estamos sano, tenemos salud irradiamos buenas vibras, sino es así estamos mal amargados” (Testimonio participante F29CNC).

La salud para mí es algo muy importante ya que eso ayuda al ser humano a estar bien y no tener ninguna enfermedad, y así poder continuar con su vida normal, el estar enfermo paraliza todas las actividades del individuo, el estar sano es lo contrario a estar enfermo, es bienestar, tanto por dentro como por fuera, es sentirse bien tenga la edad que tenga la persona, para mí eso es salud o no estar enfermo. (Testimonio participante F28CNC).

Para mí el no estar enfermo es síntoma de bienestar de haber tenido una buena alimentación en el transcurso de mi vida de haber tenido la oportunidad de hacer ejercicios en el tiempo que podía llevar una vida equilibrada siempre no comer de más de no beber bebidas alcohólicas todo eso es parte de tener una buena salud. Con salud uno puede hacer lo que quiera tener un trabajo estable cuidar de mis seres queridos etc. (Testimonio participante M74CNC).

En relación a la salud mental los participantes dan algunas opiniones expuestas a continuación:

Salud mental entiendo que es cuando una persona esta lucida cuando alguien puede realizar todo tipo de labores que se desenvuelve bien en el campo profesional y familiar cuida de todo en su entorno. Tener una buena salud mental es tenerlo todo. (Testimonio participante F49CNC).

Para mi salud mental es estar con lucidez como lo estoy yo aun jajaja. Tener memoria es lo mejor creo que es lo mismo que salud mental uno con una buena mentalidad puede desempeñar cualquier función de trabajo y puede tomar decisiones en sus labores personales o laborales. (Testimonio participante F90CNC).

Salud mental para mi es una persona que está cuerda en sus cinco sentidos que puede tomar decisiones y cuidar de su familia en todo momento en donde sea una persona cuerda encontrará trabajo podrá abrir un negocio tener una esposa y una familia es muy importante tener una salud mental para cuidarse uno mismo. (Testimonio participante M69CNC).

En la actualidad los conceptos de salud física y mental son relacionados entre sí por las personas, pues estos notan que ambos aspectos dependen uno del otro, además de la necesidad de realizar conciencia hacia la prevención y tratamiento de enfermedades a tiempo, la actividad física y alimentación saludable, y otros factores que influyen sobre la salud de los individuos. Dicha situación se hizo mucho más evidente por el surgimiento de la pandemia y el gran problema de salud a nivel mundial, lo cual ha causado temor y desconcierto en las personas, llevándolas a tomar medidas frente a cualquier enfermedad.

El concepto de salud se ha definido en muchas formas desde tiempos inmemorables de acuerdo al contexto cultural, mismo que abarca entre otros aspectos el bienestar, la autonomía, el conocimiento de la propia eficacia, la competencia, la autorrealización de las capacidades

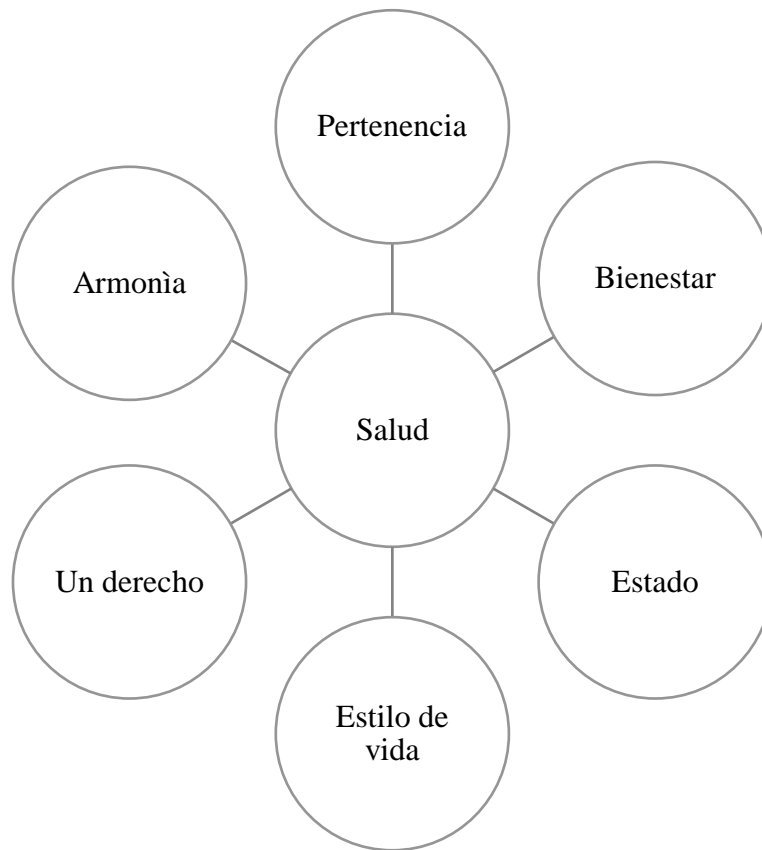
intelectuales y emocionales, lo cual dificulta una definición exacta y exhaustiva desde el punto de vista o perspectiva transcultural, sin embargo, se ha llegado a concluir que su concepto o definición es mucha más amplia que la mera ausencia de afecciones o trastornos, conjugándose factores sociales, psicológicos, y biológicos (Narváez, 2012).

Por otra parte, integrar la orientación intercultural a los programas de salud y salud mental resulta fundamental para implementar estrategias que consideren la visión del mundo del usuario, en tal sentido es necesario que se reconozca que las acciones de atención primaria se dan en contextos culturales en constante interacción para la delineación de estrategias, acciones y programa que favorezcan esta visión.

**Tabla 9** Frases emblemáticas, interculturalidad: salud, creencias y costumbres.

Realizar nuestras actividades de la vida diaria sin ningún tipo de contratiempos
Sin salud no hay nada, no hay como trabajar no se gana dinero
El no estar enfermo nos da una paz interna
Gozar de los privilegios de no tomar remedios o someterse a algún tipo de tratamiento
El estar en paz también ayuda a no enfermarnos
Es sentirse bien tenga la edad que tenga la persona

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín



**Ilustración 13.** Salud: Creencias y costumbres.

**Modelo:** Giddens 2004.

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

En la ilustración 13 se destacan varias de las ideas más relevantes en torno a la salud de las personas la cual abarca también la salud mental, la salud es un tema que actualmente debido a los acontecimientos vividos a nivel mundial causa mayor preocupación en quienes padecen enfermedades y el temor que enfrentan quienes pertenecen a los grupos vulnerables. Sin embargo, tomando las medidas necesarias y llevando un estilo de vida activo es posible mantener la salud.

#### **4.3. SALUD: Uso de plantas.**

**Optar con diferentes tipos de medicina natural como lo es el agua de manzanilla, orégano y él té verde por las costumbres familiares.**



**Ilustración 14 Salud:** Uso de plantas

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

La ilustración 14 muestra varias de las ideas de los entrevistados en relación a la salud y el uso de plantas, entre las más comunes está infusiones, té, eucalipto, remedios caseros, huevo para el mal de ojo, hierbas comunes como la hierba Luisa, el orégano, anís, té verde, limón y miel para la gripe.

Este tipo de medicina tradicional es usada históricamente y transmitida de generación en generación, pues son costumbres que comúnmente provienen de los abuelos y ancestros, algunas de las principales ideas se exponen a continuación:

Bueno, medicina tradicional, se me viene a la mente por la palabra en sí que es algo como que va de generación en generación, que se utiliza en casa y que viene desde nuestros abuelitos (Testimonio participante M24CNC).

La medicina tradicional se basa en el uso de plantas e incluso animales para poder curar o mejorar cualquier tipo de enfermedad, en lo personal no he acudido a ningún otro tipo de medicina que no sea la convencional, tengo familiares que son muy

creyentes a la medicina natural e incluso llevan un tratamiento continuo con la misma. (Testimonio participante F18CEC).

La medicina tradicional es la que mis padres aplicaban en mí ya que me curaban con medicina natural con infusiones de muchas plantas para el dolor del estómago de la cabeza inclusive nos hacían sobar el brazo o la pierna cuando uno tenía un golpe para que ya deje de doler nos ponían mentol. (Testimonio participante M43CEC).

Bueno mi Doctora, nuestros abuelos y padres siempre nos ha cuidado con medicina tradicional con hierbas con agüita de vieja como le dicen o decían para cualquier enfermedad dolores etc. (Testimonio participante M54CNC).

Algunas de las experiencias de los participantes se detallan a continuación:

Bueno mi Doctora MARYNES para mí la medicina tradicional es la que se utilizó bueno aún se utiliza con nuestros abuelos, padres y a nuestros hijos ahora ya que hay muchas plantas medicinales las cuales curan enfermedades y alivian dolores del cuerpo humano hay personas que más confían en este tipo de medicina que la convencional de medicamentos. (Testimonio participante. (Testimonio participante M30CNC).

Cuando tenías cólicos te ofrecían un té tibio de manzanilla para el dolor, además las plantitas de ruda, que también se usa y el oreganón para el dolor de estómago siempre daban buenos resultados hasta ahora y ese tipo de medicina de nuestros abuelos nos curaban. (Testimonio participante M52CEC).

Bueno mi querida doctora para mi pensar la medicina tradicional es mejor que la convencional porque mis abuelos y padres nos daban remedios con hiervas con plantas medicinales y nos sentíamos mejor y luego ya estábamos bien y eso que no tomábamos pastillas ni nada de eso. (Testimonio participante M69CNC).

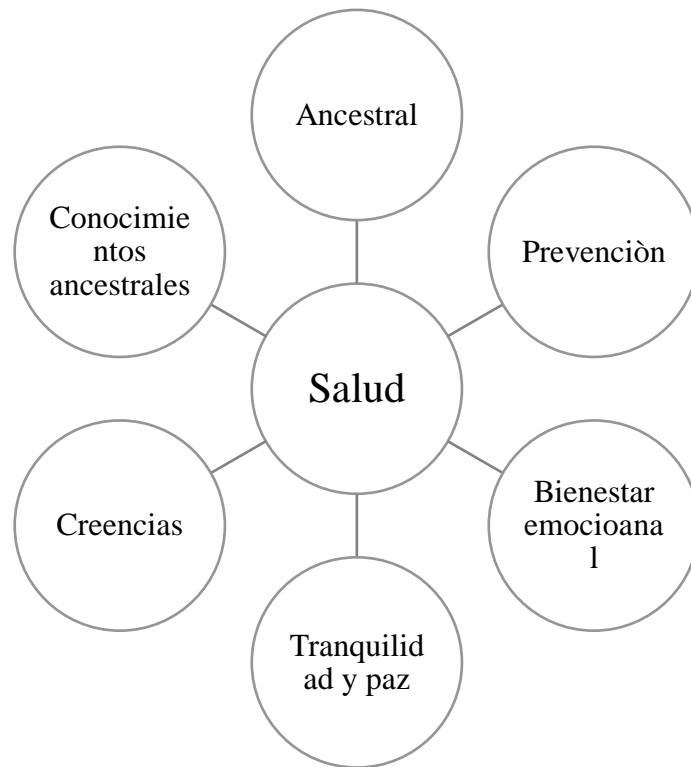
La medicina tradicional y uso de plantas para curar dolencias es una tradición que se conserva a través del tiempo, en los últimos meses dichas creencias se han intensificado a causa de la pandemia y el uso de remedios naturales como infusiones, vaporizaciones con diferentes hierbas para despejar las vías respiratorias son algunas de las tácticas usadas por las personas para combatir el Covid.

La OMS precisa a la interculturalidad como un conjunto de conocimientos, capacidades y prácticas basadas en hipótesis o creencias para aliviar los síntomas, usando como fin terapéutico las plantas o sus componentes para tratar las enfermedades tanto físicas como mentales o a su vez para prevenirlas, según datos de la Organización mundial de la salud en Latinoamérica un 70% de la población la utiliza con el fin de fortalecer la sociedad sin discriminación étnica y cultural (Herrera et al, 2018).

**Tabla 10** Frases emblemáticas, uso de plantas.

Abuelitos y padres nos daban remedios
Con mis 74 años crié y cuide de mis hijos
Sacaban con plantas medicinales masajes terapéuticos
Propóleo a las agüitas aromáticas al eucalipto
Hiervas con tratamientos naturales

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín



**Ilustración 15** Salud: Uso de plantas.

**Modelo:** Giddens 2004.

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

En la ilustración 15 se observa varios de las ideas que engloban el uso de plantas, hablando desde la experiencia y en cómo los ancestros han transmitido estas costumbres. Es muy común en países de Latinoamérica la llamada medicina tradicional y ancestral, y en muchas comunidades se conservan estas costumbres como únicas soluciones a las enfermedades. Se les da un uso variado desde la prevención hasta el alivio de algunas enfermedades por sus propiedades relajantes o energizantes.

#### **4.4. ATENCIÓN SANITARIA: Primer Nivel de atención y provisión de salud.**

**Lo primero que acudimos es al centro de salud, para que el medico vea lo que tengo y me dé la medicación que corresponde.**



Normalmente acudo a mi médico o centro de salud para ver si no tengo un problema grave y realizar algún tipo de diagnóstico, bueno experiencias la verdad en las que acudo muy seguido es donde me he sentido a gusto donde me he sentido bien porque cuando me hacen sentir mal o son groseros ni regreso, así que por lo general cuando caigo enferma me dirijo donde mi doctor particular pero también al centro de salud porque al menos mi familia se ven aquí traigo a mis hijos a controles y también a mi mama que toma pastillas para la hipertensión y aquí les dan y ella se mantiene controlada gracias a ustedes. (Testimonio participante F28CNC).

Siempre he venido al centro de salud de aquí de crucita, pocas veces he ido a otro lugar cuando ha sucedido ha sido porque he ido a otro lugar y me he enfermado justo ahí, y experiencias uff he visto de todo la verdad desde profesionales excelentes, que nos tratan con respeto con buena educación, muy amables pero lamentablemente no todos son así, muchas veces son groseros, las enfermeras o ciertos médicos no podemos hablar mucho porque nos llegan a callar y nos dice que solo respondamos lo q nos preguntan y ahí muchas veces uno se olvidan d ciertas cosas importantes. (Testimonio participante F64CNC).

Otros tienen los siguientes criterios acerca del tema relacionado a la provisión de salud:

Muchas veces hay médicos muy amables que te ayudan y te dan un buen servicio, pero también hay otros que tratan de verte lo más rápido posible para hacer su trabajo rápido, pero en ambos casos te recetan el mismo medicamento para la dolencia que uno tiene en ese momento. (Testimonio participante M52CEC).

Cuando enfermo acudo a un hospital o a un centro de salud para que el doctor me examine y pueda dar con mi dolencia y me pueda recetar un medicamento. En algunas ocasiones hay enfermeras que están atareadas por mucha influencia de personas

madres de familia con niños que están enfermos, pero ellas siempre están prestas para servirnos a nosotros las personas con enfermedades y dolencias siempre ellas están con una sonrisa para la atención. (Testimonio participante M43CEC).

Bueno Dra. Cuando uno de nuestros familiares está enfermo nosotros acudimos al centro de salud de Crucita donde todo su personal está presto a brindarnos la información y aclararnos dudas de la dolencia que está pasando nuestro familiar. (Testimonio participante M52CEC).

La atención primaria constituye un eje primordial ya que esta no sólo provee los servicios de salud, sino que también afronta las diversas causas sociales, económicas o políticas citando algunos ejemplos. La gran mayoría de los entrevistados coinciden en que el primer lugar al que acuden frente a una situación de enfermedad es el centro de salud más cercano a su comunidad en el cual de acuerdo al diagnóstico se toman las medidas necesarias para la recuperación del paciente.

En el contexto de la pandemia la atención primaria en salud constituye un eje primordial para controlar la enfermedad, los principales elementos que caracterizan este modelo de atención integral son: La centralidad en las personas y comunidades, la integridad de la atención y la continuidad del cuidado, dichos elementos considerados como irrenunciables en el proceso de construcción del modelo de atención integral, en la situación de crisis sanitaria que se vive en la actualidad por la pandemia se pone a prueba a los sistemas sanitarios, por lo tanto la atención primaria juega un papel importante de tal forma que se atiendan los casos de riesgo intermedio para que no acudan al hospital, pero la atención es su mayoría presencial.

Algunas de los comentarios más emblemáticos se ilustran a continuación:

**Tabla 11** Frases emblemáticas atención sanitaria

Siempre los médicos están pendientes de los habitantes

Nos envían a hacer exámenes para saber cómo estamos de salud y encontrar el motivo

Cuando estoy malita de salud mi hija me lleva al centro de salud

Me escucha de mi dolencia y me receta

Acudo al centro de salud cuando me siento enfermo

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín



**Ilustración 17** Atención sanitaria.

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

La ilustración 17 muestra una síntesis de lo que la atención sanitaria engloba, desde la atención primaria hasta provisión de servicios, la atención primaria en el Ecuador la brindan los centros de salud que son distribuidos de acuerdo a la población de cada localidad, estos están a disposición de quienes requieran atención médica para prevenir, tratar enfermedades.

#### 4.5. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: Escucha activa, confianza, satisfacción

Doy muchas gracias a mis doctores por cuidarnos aconsejarnos como actuar en una emergencia.



**Ilustración 18** Relación Médico paciente

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

La ilustración 18 muestra algunas de las palabras claves durante la entrevista para describir la relación médico paciente entre ella destacan: presto, comunidad, protegido, confianza, atención, mejor, médico, ayuda, incondicional, cordial, memorable, fundamental.

Algunas de las experiencias de los entrevistados se relatan a continuación:

Siempre debe de ser muy amable y con una sonrisa ya que por ellos estamos muy bien de salud toda mi familia, sin ustedes los médicos estaríamos enfermos etc. Yo por eso me llevo con todos ustedes. Muy bien mis doctores. (Testimonio participante F33CEC).

Pienso yo que cada médico tendría que tener un poco más de tiempo para indagar preguntar cómo surgió la dolencia de alguien para así dar con el problema desde la raíz y poder

diagnosticar el problema y poder enviar los respectivos exámenes y medicamentos para cada persona enferma. (Testimonio participante M52CEC).

No cambiaría nada su trabajo es excelente, siempre prestos a escucharnos y medicamentos según lo que tengamos no tengo quejas de ustedes queridos doctores. (Testimonio participante M30CNC).

Ellos nos brindan confianza, nos dan mucha seguridad al momento de diagnosticar la dolencia que tenemos nos tratan muy bien incluso uno los puede llamar a su teléfono. (Testimonio participante M43CEC).

Otros por su parte opinaron de la siguiente manera en relación a la confianza y satisfacción:

Bueno la relación con el medico siempre debe ser de mucha confianza ya que es la persona q nos puede ayudar a resolver nuestros problemas de salud y si no le decimos como nos sentimos no habrá forma de que nos ayude (Testimonio participante M24CNC).

Crear una confianza con nosotros los pacientes inclusive para que podamos contarles todo porque a veces cuando son bravos hasta nos da miedo decir ciertas cosas porque quien sabe con qué nos saldrán entonces a veces no decimos ciertas cosas, pero yo pienso que por supuesto no es lo más recomendado, ya que nos pueden enviar otra cosa que no nos va ayudar para lo que realmente tenemos. (Testimonio participante F29CNC).

Bueno considero que más que todo debe de existir la confianza del paciente hacia el doctor, es muy importante contarle a nuestro medico todo lo que nos sucede y afecta a nuestra salud, muchas personas por miedo o por vergüenza no le dicen todo a su médico y es muy probable que si no eres sincero con lo que te afecta el doctor no vaya a dar con la enfermedad. (Testimonio participante F28CNC).

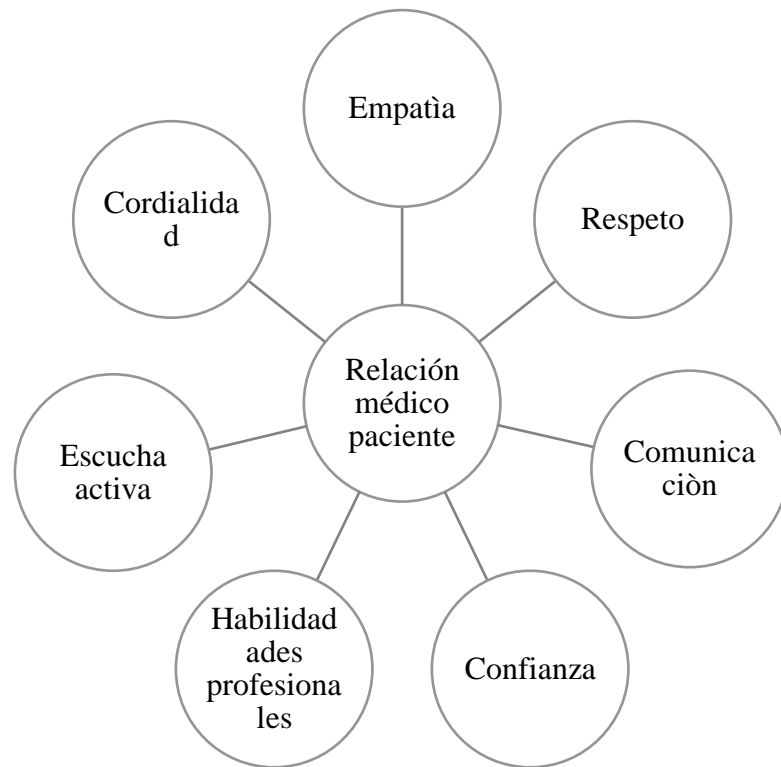
En general el contacto, el tacto, el abrazo constituyen una parte fundamental en la relación médico paciente, con la pandemia y la recomendación de evitar el contacto físico nos hemos visto en la necesidad de evitar estas situaciones, sin embargo es necesario generar nuevas redes de empatía para seguir aprovechando su carácter terapéutico, otro aspecto a tener en cuenta es la capacidad de rescatar otros medios de interacción, debemos ser capaces de modular y manejar las reacciones causadas por el miedo, sin descuidar el cuidado, sin paralizarse, manejar bien la información y impedir comentarios sin fundamentos para no crear miedo innecesario ( Estévez, 2020).

Algunos comentarios emblemáticos constan a continuación:

**Tabla 12** Frases emblemáticas relación médico paciente.

Nos escuchen que nos atiendan muy bien
Muy amable y con una sonrisa
Dándole el apoyo a nuestros doctores siempre siendo amables
Ellos son los que están en la primera línea para darnos la mano cuando los necesitamos
Los médicos siempre deben de ser cordial ya que sin ellos no se podría vivir

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín



**Ilustración 19** Relación médico paciente

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

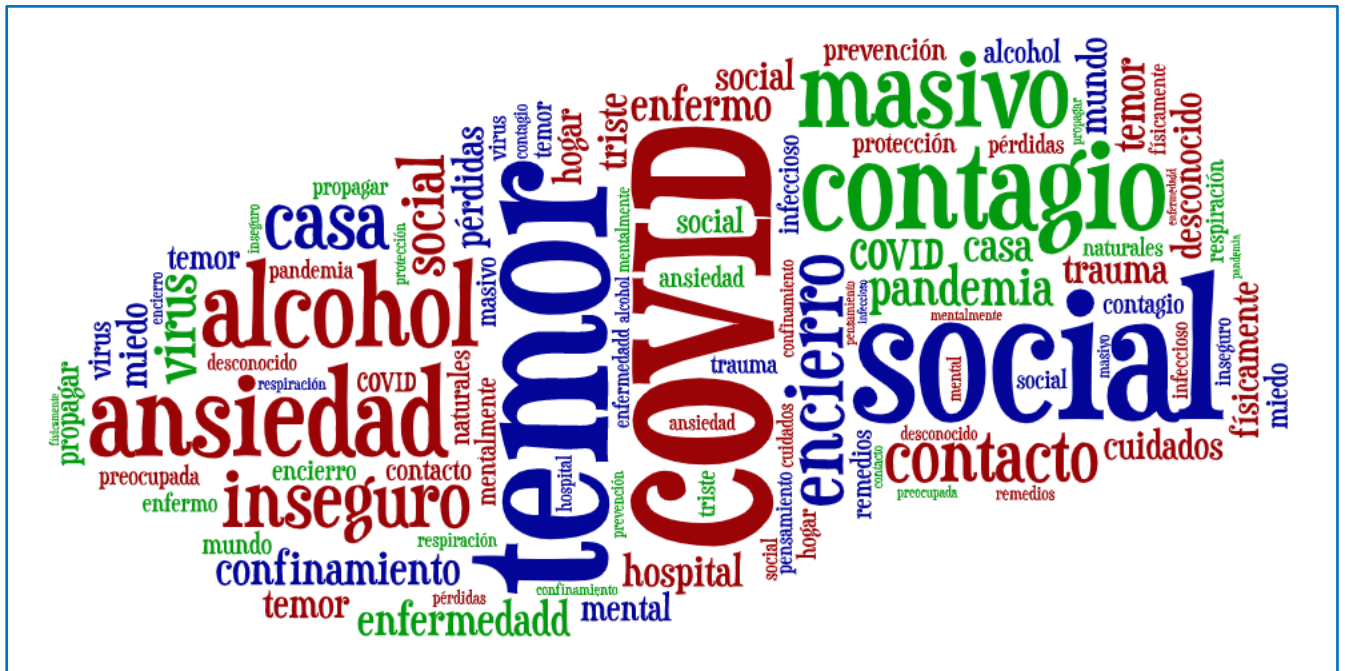
Estas son algunas de las opiniones de los participantes sobre la relación médico paciente, esta debe tener como pilar fundamental la confianza y la escucha activa pues para llegar a un diagnóstico real es necesario abordar ciertos temas que no son del todo fáciles de manejar por parte del paciente, esto conlleva una responsabilidad compartida para el acompañamiento durante toda la enfermedad y llevar un tratamiento de manera adecuada.

Los médicos debemos revisar las nuevas recomendaciones de la Asociación médica mundial respecto al cuidado y manejo de las epidemias, además mantener el contacto con las redes de apoyo para personal de salud como tal, por el riesgo de agotamiento físico y emocional, nos estamos enfrentado en la actualidad a nuevos riesgos, existen nuevos prejuicios, discriminación para los contagiados y sus contactos, otro paradigma es la telemedicina y sus

implicaciones en la relación médico paciente, apareciendo entonces nuevos riesgos de discriminación y estigma, la responsabilidad social y los riesgos individuales y grupales.

#### 4.6. COVID: Impacto psicosocial, medidas preventivas.

Este virus del COVID 19 que nos afectó y aún está afectando a todo el mundo a nuestro Ecuador y a Crucita.



**Ilustración 20** COVID: Impacto social, medidas preventivas.

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

La ilustración 20 muestra algunas de las palabras que describen el COVID desde el punto de vista de los participantes, entre las principales encontramos: Masivo, enfermedad, respiración, COVID, social, propagar, contagio, pérdidas, mental y físicamente, infeccioso, contacto, social, encierro, pandemia, desconocido, alcohol.

Algunas de las experiencias son relatadas por los participantes a continuación:

Es cuando un virus viene de país en país hasta llegar a todo el mundo como llegó acá a Crucita es algo muy feo lo que pasó con esta pandemia en todo nuestro

país le cuento que antes de nacer había pasado algo parecido nos cantaba mis padres. (Testimonio participante F90CN).

Gracias a Dios está pandemia ya está caso controlada pero igual hay que seguir cuidando nos por q uno nunca sabe. (Testimonio participante F30CEC).

Esta pandemia es la que nos cambió la vida en este 2020 fue algo muy difícil lo que pasamos con esta pandemia. (Testimonio participante F49CNC).

Esta pandemia no respeta a nadie solo se te pega y te puedes morir es tremendo lo que es una pandemia nunca viví esto jamás. Gracias a Dios estamos bien ahora. (Testimonio participante M29CEC).

En relación a la pandemia y el aspecto de las medidas de bioseguridad, medidas preventivas y confinamiento:

Bueno los Médicos nos enseñaron mucho como prevenir el contagio de este virus como protegernos con mascarillas guantes etc. Todas las personas del centro de salud de Crucita siempre están bien protegidas para atendernos en el momento que uno estaba allí con algún malestar o dolencia. (Testimonio participante M29CEC).

Hasta ahora todo ha sido muy bien bueno un poco más distante por el distanciamiento social, pero es algo que todo el mundo lo hace, pero por lo demás los médicos siempre están dándonos la atención muy cordial como siempre no me quejo. (Testimonio participante M74CNC).

He visto que utilizan mascarillas, alcohol y otras cosas para que las personas puedan estar seguras en el centro de salud sin ningún riesgo de contaminación, lo cual me parece excelente ya que en estos tiempos de pandemia tenemos que cuidarnos a nosotros mismos, y no solo a nosotros, sino que también a las personas que nos rodean y es por

eso que tenemos que llevar mascarillas y seguir las medidas de bioseguridad. (Testimonio participante M16CNC).

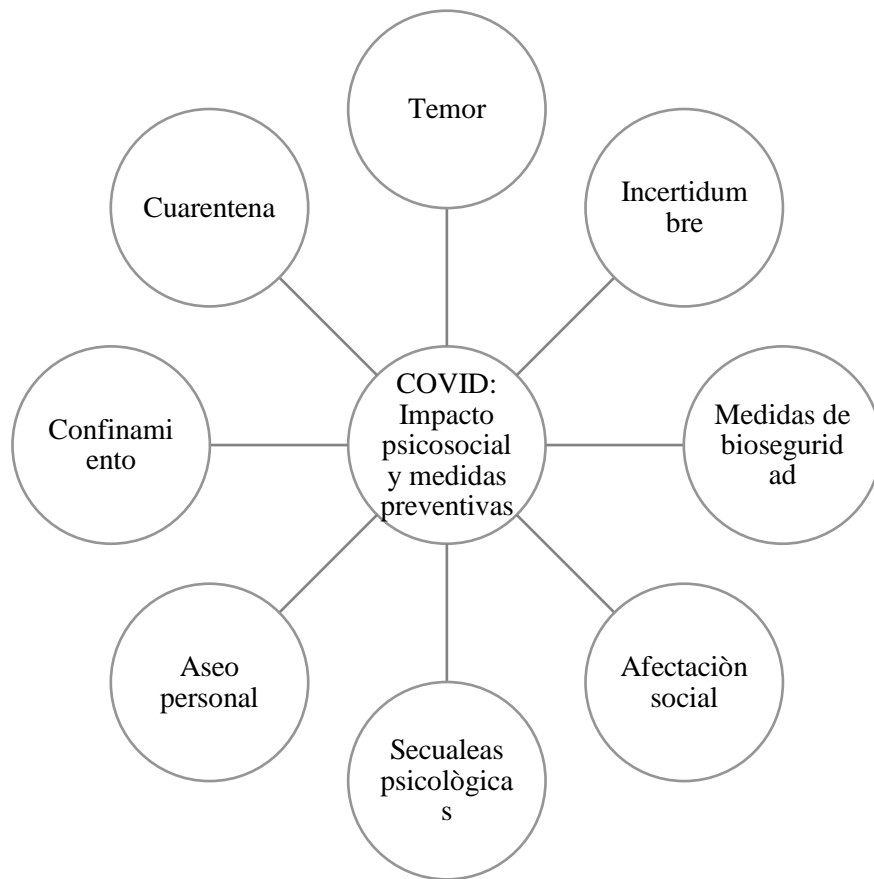
Las situaciones de crisis generan consecuencias evidentes para la salud física de las personas, por lo que han sido objeto de atención en la medicina desde que surgió como ciencia, sin embargo, el estudio de las consecuencias en el plano psicológico es relativamente reciente y con poca información de estudio, en la actualidad el mundo vive una situación excepcional, desde la perspectiva de la salud mental, la epidemia involucra la perturbación psicosocial que puede exceder el aforo de manejo para la población, incluso se considera que toda la población sufre angustia y tensión en menor o mayor medida, por lo cual se estima un incremento en la incidencia de trastornos psíquicos, aunque es necesario destacar que no todos estos problemas se pueden clasificar como enfermedades, la gran mayoría son una reacción normal ante una situación anormal, estos efectos se ven marcados en poblaciones que viven de forma precaria, que poseen escasos recursos y limitado acceso a los servicios de salud y sociales (Ribot et al, 2020).

Se resumen las frases emblemáticas a continuación.

**Tabla 13** Frases emblemáticas COVID impacto psicosocial, medidas preventivas

Se va esparciendo de persona a persona
Esta pandemia les ha arrebatado la vida
Respetando las medidas de seguridad
Me he puesto a pensar en lo difícil que ha de ver sido los primeros meses de pandemia
Nos ha afectado a todos mental y físicamente

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín



**Ilustración 21** COVID: Impacto social y medidas preventivas.

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

La ilustración 21 muestra una síntesis en lo que respecta al COVID, la afectación psicosocial y medidas preventivas cabe recalcar que el mejor medio para prevenir esta enfermedad es el cuidado personal de cada individuo, el uso correcto de los insumos de bioseguridad y el respeto del distanciamiento social. Esta pandemia ha afectado de maneras muy distintas a todas las personas, pues no todas se encuentran en las mismas condiciones, hay quienes perdieron sus trabajos, existen grupos vulnerables que han tenido que someterse a mayores cuidados, muchas personas tuvieron pérdidas familiares, y así un sin número de factores que pueden alterar la salud mental de los pacientes.



Las agüitas de vieja como le llaman. Le ponían jengibre con mil de abeja y ajo eso tomábamos con nuestros hijos y nietos para contrarrestar el virus del COVID 19. También antes de dormir mi mujer nos hacía un enjuague bucal con vinagre agua y sal y los baños de agua con eucalipto. (Testimonio participante M29CEC).

Si usamos unos cuantos porque queríamos prevenir que ese virus entrará a nuestra casa incluso poníamos a quemar palo santo para que se aleje de la casa son cosas que uno lo hacía por temor también tomando té de jengibre y ajo endulzado con miel. (Testimonio participante F49CNC).

He tenido familiares que tomaron las pastillas llamadas IVERMIN que se hizo muy famoso porque decían que prevenía el COVID y demás, incluso familiares del campo se inyectaron la IVERMECTINA que si no me equivoco es desparasitante para las vacas. (Testimonio participante F18CEC).

Algunos de los testimonios describen sus vivencias de la siguiente manera:

He utilizado esas vaporizaciones, eso no solamente por el COVID, sino siempre cuando uno está con esa gripe esta con el pecho congestionado, se hace vaporizaciones con eucalipto y mentol, a veces se hace vaporizaciones de agua de manzanilla. Si he escuchado en la televisión que hay ese, yo no sé cómo es que se llama ese... Dióxido de cloro, pero por acá no hemos consumido eso a más de tomar agüitas y nada más. (Testimonio participante M20CEC).

Hace tiempo tomaba un insumo de agua de jengibre el cual se suponía que te daba más inmunidad a lo del COVID, pero no se sabe a ciencia cierta si eso es verdad ya que algunos dicen que es solo un mito mientras que otros si creían en esa medicina natural por lo cual decidí probarla. (Testimonio participante M16CNC).

Nunca he escuchado de ese producto (Dióxido de cloro) y gracias a dios no nos hemos contagiado, pero si hemos comprado productos que aumenten las defensas. (Testimonio participante M24CNC).

No he visto la necesidad de consumir esas sustancias porque uno no sabe si en serio sirven, y uno se pone a pensar cómo es posible que algo que es tan toxico que se usa para sacar manchas difíciles de superficies y de ropa como será posible que tomen eso, es que si no se mueren de la pandemia se mueren envenenados con cloro. (Testimonio participante F29CNC).

Estas son algunas de las experiencias vividas por los integrantes del grupo de estudio, es notable el desconocimiento y la desinformación que existe en relación al tratamiento del COVID, esto por ser un virus totalmente nuevo y desconocido para las personas, este desconocimiento puede tener consecuencias graves en quienes optan por la automedicación y creen en la falsa propaganda que se les hace a ciertos productos que no cuentan con un estudio científico de efectividad contra esta enfermedad.

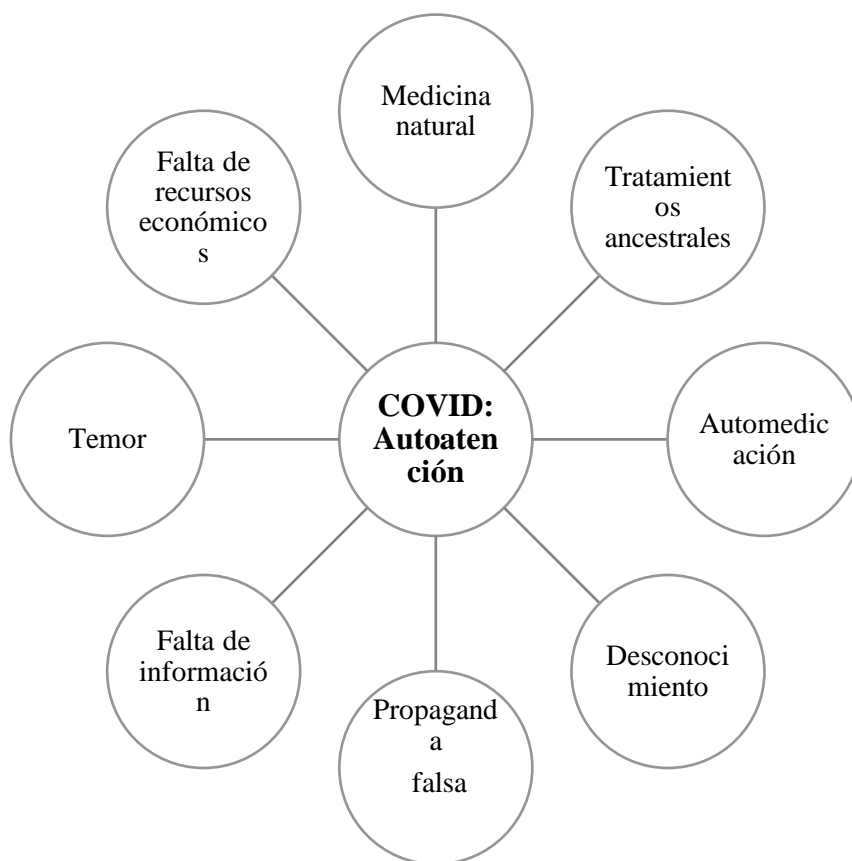
Además, ante el miedo y la ansiedad generada por la pandemia, los temores ante la vacunación, muchas personas optan de manera involuntaria por automedicarse con sustancias que van desde la desinfección con el dióxido de cloro, pasando por vitaminas y preparaciones de tipo herbarias hasta medicamentos de venta bajo receta médica, también incluida en estas conductas el desconocimiento en temas de salud y la comunicación inadecuada por parte de los líderes de la sociedad, la autoatención es un comportamiento individual de consumo que generalmente consiste en la autoadministración de medicamentos en el amplio espectro incluyendo los productos naturales, por fuera de la prescripción o alterándola con la función principal de autocuidado de la salud ( Calderón et al, 2020).

En este sentido, es necesario cultivar la paciencia pues ahora más que nunca debemos tratar de entender la pandemia que sólo venceremos con mucha paciencia y cuidado, sin caer en la desesperación y el afán que son consecuencia directa de la desinformación, teniendo siempre como eje el sentido común y siguiendo los consejos de fuentes de indagación veraces y confiables como lo es el Ministerio de Salud Pública. En relación al tema central de la autoatención se ilustran a continuación algunas frases destacadas.

**Tabla 14** Frases emblemáticas COVID, autoatención

Para subir defensas el jengibre y esas cosas
El agua de eucalipto en ollas se ponía a oler para que desprenda el virus de las fosas nasales
Nos arropábamos con una olla con vapor de esa planta
No sabía de esas sustancias con cloro que se usa
Me han recomendado es el agua de jengibre con limón

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín



**Ilustración 23** COVID: Impacto social y medidas preventivas.

**Elaborado por:** María Inés Redrobán Zamora y Wendy Elizabeth Escobar Holguín

**Fuente:** Entrevista a los participantes.

La ilustración 23 muestra una síntesis de la autoatención en la pandemia por COVID-19, es evidente el desconocimiento en relación al tratamiento un tema bastante controversial es el consumo de dióxido de cloro y de ciertos medicamentos que arbitrariamente son consumidos por las personas, sin embargo, es la medicina natural la que predomina con diversos tipos de infusiones y vaporizaciones con elementos naturales.

En la actualidad el uso de fármacos para tratar el COVID es un tanto complejo por depender del grado de afectación de la persona para administrar determinado tratamiento. Encontrar el tratamiento eficaz dependerá del cuadro clínico de cada paciente, sus antecedentes médicos, la etapa de la enfermedad en la que se encuentre, entre otros factores que influyen directamente en el tratamiento de la enfermedad.

## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones

- Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la Relación Médico-Paciente (RPM) en relación a la pandemia de COVID-19 en el Centro de Salud Crucita, Cantón Portoviejo, 2021.

En nuestro país específicamente en el caso de estudio la parroquia Crucita es posible notar de forma considerable que a pesar del avance de la tecnología y el urbanismo existen muchas creencias ancestrales que son transmitidas de generación en generación desde hace muchos años atrás, evidenciándose mucho más esto debido a la situación de pandemia en la actualidad.

A pesar de los esfuerzos por parte de las autoridades de salud existen muchos sectores que están desatendidos, pues la falta de recursos, el miedo de la ciudadanía y el desconocimiento han sido factores que juegan en contra en la batalla diaria que se vive contra el COVID-19. En este centro de salud en estudio se brinda atención a las personas de diferentes etnias, géneros, edades de toda la parroquia, lo cual constituye un ventaja para los habitantes pues cuentan con un sitio cercano en caso de emergencias.

A pesar de estas circunstancias descritas la ciudadanía ha mantenido la calma y se ha adaptado paso a paso a la nueva normalidad que incluye la reducción de aforos, medidas de bioseguridad como el uso de la mascarilla y alcohol, e incluso a la virtualidad que es una nueva modalidad que se imparte como consecuencia de la pandemia.

Es importante analizar cómo se ha visto afectada la atención sanitaria y un sin número de factores más debido a la aparición del COVID-19, un punto central de análisis es la relación médico paciente que en la presente investigación analizamos de manera profunda llegando a establecer una vez analizados nuestros resultados que las personas tienen mucho miedo debido al desconocimiento, esta relación se ha visto afectada directamente pues la formas de atención

han cambiado lo cual complica la función de los médicos y les impide establecer vínculos de confianza con sus pacientes, sin embargo existe un arduo y constante trabajo para contrarrestar estas situaciones.

- Describir y analizar la relación Médico-Paciente en relación a la pandemia de COVID-19.

La relación médico paciente se ha visto afectada y a la vez un poco limitada a inicios de la pandemia, pues como es conocimiento de todos los riesgos de contagio al estar en contacto con otras personas son altos, por lo cual se toman las medidas necesarias para precautelar la salud del médico y el paciente, a pesar de estos son grandes los esfuerzos de parte del personal de salud para establecer un contacto cordial con los pacientes.

Sin embargo, romper la barrea médico paciente a pesar de ser un poco diferente en a la actualidad es posible, gracias a los medios electrónicos en el caso de las teleconsultas, y al buen trato que imparten los médicos a sus pacientes respetando el distanciamiento social y las medidas de bioseguridad durante las consultas, predominando siempre la comunicación, la empatía, escucha activa y la firmeza para tratar a una persona.

Desde el punto de vista de los pacientes la relación con sus médicos específicamente en el centro de salud de Crucita es muy buena, pues cuentan con una relación de confianza con los mismos. Cabe recalcar que una crisis sanitaria como la que hemos vivido los últimos meses trae consigo muchos desbalances en la posibilidad de brindar atención médica y la atención sanitaria por la demanda de la población actual y su crecimiento acelerado. La profesión de médico como tal es humanista por naturaleza y en tal contexto son quienes reciben el llamado de su vocación por lo cual están obligados a prestar sus servicios en el momento en que la salud propia se ve comprometida. Es de importancia que como sociedad se reconozca al COVID

como una enfermedad de carácter multifactorial y que la comunicación como tal de cualquier aparición de sus síntomas debe manifestarse para brindar una atención adecuada y correcta.

- Describir y analizar el grado de afectación en la atención primaria durante la pandemia por COVID-19.

Durante la entrevista conocimos la opinión y experiencias de un grupo significativo en relación a la atención primaria durante el COVID-19, la mayoría son experiencias buenas en lo que tiene que ver con medidas de bioseguridad y distanciamiento social en el centro de salud, además de la atención e información oportuna que se les brinda a los pacientes con el objeto de mantenerlos a salvo. Al principio consideran fue difícil adaptarse a la nueva normalidad en lo que la atención de salud respecta, pero se han adaptado bastante bien e incluso se ayudan de medios electrónicos como teléfonos celulares.

Por otra parte, el panorama actual debido a la pandemia nos ha exigido replantearnos el paradigma y la forma de conducir nuestras relaciones interpersonales, la forma de trabajo, atención médica y una exigencia para presentar soluciones correctas a un problema que en este caso tiene un alcance desproporcionado. Esta contingencia sanitaria ha cambiado el orden de muchas cosas que ya estaban preestablecidas como importantes, sin embargo, ahora pasan a segundo plano, un ejemplo claro es el replanteo de políticas públicas en lo que respecta a materia de salud y atención social.

Todas estas circunstancias se han visto afectadas directamente y fue muy fácil palpar esta realidad desde la muestra de universo seleccionada para el presente caso de estudio, por otra parte, en temas de atención primaria de salud el personal como tal ha establecido un puente de comunicación clara para explicar a los pacientes y familiares cómo en la actualidad se ofrece todo lo que está al alcance para salvar la mayor cantidad de vidas y continuar con la atención de salud de la manera más normalizada posible.

- Describir y analizar los conocimientos y actitudes de los pacientes en relación a la salud, sociedad y la pandemia.

Es mucha la información que se difunde en medios como las redes sociales, en las entrevistas se evidenció el temor de la población a una enfermedad nueva, y cómo el desconocimiento lleva a tomar medidas como la automedicación, en relación a este tema predominan las creencias en remedios naturales, infusiones, vaporizaciones, que en cantidades normales no perjudican la salud de las personas.

Otro aspecto que es importante tomar en cuenta es la afectación en la salud mental de las personas, el confinamiento y la cuarentena pueden ocasionar cambios en la misma, la falta de actividad física y social son puntos importantes también. Todas las personas viven de manera diferente esta situación, siendo los que sufren mayor afectación quienes han sufrido pérdidas familiares y en palabras de los involucrados *“No han podido despedir a sus seres queridos”*.

El temor ha llevado a muchas personas a tomar medidas precipitadas y en muchos casos incorrectas, como la automedicación, en ciertos casos no acudir a los centros de salud o médicos por miedo al contagio, no tener asistencia médica confiable, ingerir sustancias contraindicadas para el COVID 19, en relación al confinamiento fueron muchas las afectaciones que sufrieron las personas, principalmente quienes perdieron a sus familiares o perdieron sus trabajos debido a la pandemia, además las secuelas psicológicas que conllevan estas pérdidas.

Es así que una vez culminada la investigación hemos podido llegar a las conclusiones en relación a cada variable de estudio:

- Interculturalidad (Creencias y costumbres, uso de plantas): la interculturalidad relaciona varios conceptos entre ellos la salud y la salud mental, para los entrevistados la salud está relacionada con el bienestar, el sentirse bien física y mentalmente, y en la

actualidad ha tenido un gran apogeo el uso de la medicina ancestral por parte de la comunidad como tratamiento de prevención para el COVID-19, además por el temor de salir de casa o como lo describen ellos “*morir solos en el hospital*” prefieren tomar estas medidas desde sus hogares.

- Atención sanitaria (Primer nivel de atención, provisión de salud): La atención sanitaria en lo que respecta el primer nivel de atención y la provisión de salud desde el punto de vista de los entrevistados es de buena calidad en el centro de salud de Crucita pues sienten que sus necesidades médicas son atendidas, además de que sienten que el trato es cordial por parte del personal de salud. Varios de ellos comentaron experiencias negativas en otras instituciones de salud donde no se les trató de manera cordial y además no atendieron sus requerimientos.
- Relación médico paciente (Escucha activa, confianza, satisfacción): los participantes consideran la relación con sus médicos muy buena, pues se sienten escuchados y en confianza para comentar su situación, además comentan que se han adaptado muy bien a los nuevos procedimientos para la atención médica debido a la pandemia y comentan sobre el uso del celular y medios electrónicos que les ayudan a no perder el contacto con su médico tratante.
- COVID (Impacto psicosocial, medidas preventivas): El COVID de acuerdo a la opinión de los entrevistados ha tenido un impacto muy grande en la sociedad, que afecta a la salud de las persona física y mental, además de las afectaciones económicas, en la parte estudiantil, la atención sanitaria, el temor a contagiarse por acudir a los centros de atención médica, todas estas situaciones generaron mucha incertidumbre en la población. Con respecto a las medidas preventivas el uso de la mascarilla, alcohol antiséptico, vitaminas son algunos de los elementos más comunes, sin embargo, el uso de remedios naturales tuvo mayor concurrencia de acuerdo a la opinión de los

entrevistados, los más comunes son las infusiones, las vaporizaciones, jugos naturales, entre otros.

- COVID (Autoatención): La autoatención es un aspecto que como ya lo habíamos mencionado con anterioridad de acuerdo a los entrevistados principalmente se ha realizado a través de remedios naturales, esto con la intención de prevenir el COVID, siendo uno de los más nombrados el agua de jengibre, miel y limón, ajo, limonadas y sumos de cítricos, sin embargo, según las experiencias relatadas también existe automedicación de forma arbitraria, en ciertos casos se usó medicina para animales, esto gracias al desconocimiento, desinformación y a la falsa publicidad que se le da a ciertos productos que no tienen ningún sustento científico, a pesar de esta situación específicamente en el centro de salud Crucita los pacientes han tomado con calma la situación y en su mayoría acudieron a los remedios ancestrales que sin excesos no causan malestar en la salud de las personas.

## **6. Recomendaciones**

A los familiares y pacientes:

- No automedicarse, acudir al centro de salud más cercano y seguir las indicaciones del personal de salud respecto a los síntomas que pueda estar presentando sea por COVID-19 o alguna otra enfermedad.
- Tomar con cautela las situaciones que se pueden presentar en relación al COVID-19, es importante tener en cuenta las medidas generadas por las autoridades de salud.
- Hacer caso omiso a la publicidad falsa que existe en torno a muchos productos y medicinas para combatir el COVID-19, por motivo de posibles efectos no deseados que puedan producir, y algunos medicamentos no se encuentran indicados dentro de protocolos de salud.

Al personal de salud:

- Tomar todas las medidas de bioseguridad y distanciamiento necesarias con el fin de hacer sentir seguros a los pacientes y resguardar la vida de los mismos y el personal de salud en general, por otro lado, gestionar capacitaciones en temas de atención a los usuarios con el fin de fomentar un ambiente más amable y una relación cortés entre ambas partes pues es indispensable una relación buena entre ambas partes.
- Al personal médico tomar en cuenta medidas y recomendaciones sobre el fortalecimiento de la relación en salud con los pacientes.

A los gobiernos sectoriales y generales:

- Invertir y dar mayor importancia al área de salud que en la actualidad se ha evidenciado es un pilar fundamental para la sociedad, para lo cual es necesario adecuar ambientes, dotar con mayor cantidad de insumos médicos y de bioseguridad, capacitar al personal en temas nuevos que engloba la pandemia.

A los estudiantes:

- Basarse en estudios científicos para sus investigaciones y en publicaciones confiables pues no todo lo que está en la web es cierto.
- Entender que la medicina no es sólo tratar las dolencias físicas en un paciente, esto va mucho más allá es necesario conocer los antecedentes sociales, los miedos, experiencias y situaciones que pueden afectar la salud mental de la persona.

## Referencias Bibliográficas

- A, K., & Benson P. (2006). Antropología en la clínica: el problema de la competencia cultural y cómo solucionarlo. California: PLoS Med 3 (10): e294.
- Accinelli, R. A., Zhang Xu, C. M., Ju Wang, J.-D., Yachachin-Chávez, J. M., Cáceres-Pizarro, J. A., Tafur-Bances, K. B., Flores-Tejada, R. G., & Paiva-Andrade, A. D. C. (2020). COVID-19: La pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 302–311. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5411>
- Alejandro, J., Rochelle, L., Alexandra, H., & Intriago, M. (2019). LA ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE EN SALUD FAMILIAR EN LA COMUNIDAD VILLAVICENCIO DEL SECTOR DE PICOAZÁ DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. *Mikarimin. Revista Científica Multidisciplinaria ISSN 2528-7842*, 1–18.
- Alemán, I., & Vera, E. (2020). COVID-19 y la educación médica: retos y oportunidades en Venezuela. *Educación Médica, January*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7301087/pdf/main.pdf>
- Almeida, L., & Almeida, L. (2014). *Bases of the pattern of Ecuadorian intercultural management in the primary health care*. Guayas: MEDISAN; 18(8):1201.
- Bautista, E. (2017). Intercultural health care in Ecuador: an investigation project for the medicine and nursing careers. Ecuador: MEDISAN;21(10):3111.
- Bello, M., & Cañar, D. (2019). *EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS EN TORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. CENTRO DE SALUD CUBA LIBRE. CANTÓN MANTA. PROVINCIA DE MANABÍ. 2018–2019*. Portoviejo.
- Bertolote, J. (2008). *Raíces del Concepto de Salud Mental*. Ginebra-Suiza: Department of Mental Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Blanco-tarrio, E., & Blanco, G. (2020). Atención primaria y residencias de ancianos: a propósito de la COVID-19. *Mecina de Familia SEMERGEN, January*.
- Bonilla, F., & Leon, K. (2019). *EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL HOSPITAL BÁSICO EL CARMEN, CANTON EL CARMEN, PROVINCIA DE MANABI. 2018-2019*. Santo Domingo.
- Brito, R. (2020). *EN LOS LÍMITES DE LO COTIDIANO: A PROPÓSITO DEL COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA*. España.

- Calderón, C. A., Soler, F., & Pérez-Acosta, A. M. (2020). El observatorio del comportamiento de automedicación de la universidad del rosario y su rol en la pandemia de covid-19. *Revista Ciencias de La Salud*, 18(2), 1–8.
- Calderón, Carlos A., Soler, Franklin, & Pérez-Acosta, Andrés M.. (2020). El Observatorio del Comportamiento de Automedicación de la Universidad del Rosario y su rol en la pandemia de COVID-19. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(2), 1-8. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-72732020000200001&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732020000200001&lng=en&tlng=es).
- Calvo, C., García López-Hortelano, M., de Carlos Vicente, J. C., Vázquez Martínez, J. L., Ramos, J. T., Baquero-Artigao, F., Navarro, M. L., Rodrigo, C., Neth, O., Fumadó, V., Menendez Suso, J. J., Slocker Barrio, M., Bustinza Arriortua, A., Jordán García, I., & Pilar Orive, J. (2020). Recomendaciones sobre el manejo clínico de la infección por el «nuevo coronavirus» SARS-CoV2. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría (AEP). *Anales de Pediatría*, 92(4), 241.e1-241.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.02.001>
- Center for Disease Control and Prevention. (2020). *Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) — United States, February 12–March 16, 2020*. Atlanta.
- Chen, Z.-M., & Shu, Q. (2020). Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. *World Journal of Pediatrics*.
- Debrouwer, I. (2008). *La Comunicación Médico Paciente en la consulta médica*. Quito: Saluddealtura.
- Dibarbora, E. (23 de 01 de 2008). *Portales Médicos*. Obtenido de <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/901/2/Definicion-y-criterios-medicos-de-muerte.-Una-mirada-bioetica>
- El Senado y la Cámara de Diputados de la República Argentina. (1993). *Ley 24.193. De Trasplante de Órganos y Tejidos –Texto actualizado por Ley 26.066* . Argentina.
- Estévez, F. (2020). Relación médico- paciente en tiempos de COVID-19: Bioética en atención al paciente con Covid-19: durante la atención y en la sociedad. Congreso Internacional de ética, Universidad y sociedad.
- Evans, J. (2010). *East goes West. Plants, health and healing: on the interface of ethnobotany and medical anthropology*. Oxford: Berghahn Books.
- GAD CRUCITA. (2012). *PLAN DE DESARROLLO Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL*. Portoviejo. Gafas González, C., Roque Herrera, Y., & Bonilla Pulgar, G. E. (2019). Integral health care model vs. quality of care in Primary

Health Care in Riobamba 2014-2017. *Educacion Medica*, 20, 136–142.  
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.023>

- González, C. G. (2018). Modelo de atención integral vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. Riobamba : Educ Med.
- Grijalba, A. (2008). El Estado Plurinacional e Intercultural en la Constitución Ecuatoriana del 2008. *Ecuador Debate*.
- Herrera JL, Ayarí AL, López PM, Guerrero LJ, Eugenio FE. Percepción de la medicina ancestral y convencional en comunidades indígenas de la ciudad de Ambato. *Enferm Inv*. 2018;3(4):180-185
- Herrero, S. (2016). *Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud*. Santa Cruz de La Palma: Ene. vol.10 no.2 .
- Haro, A. S., & Calderón, E. P. (2020). Caracterización epidemiológica de Covid-19 en Ecuador Epidemiological characterization of Covid-19 in Ecuador. *Revisão*, 9832, 2–5. <https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/99/110>
- Hasen Narváez, Felipe Nayip. (2012). INTERCULTURALITY IN HEALTH: COMPETENCE IN HEALTH PRACTICES WITH INDIGENOUS POPULATION. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>
- González, C. G. (2018). Modelo de atención integral vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. Riobamba : Educ Med.
- Inchausti, F. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. Madrid: Clínica y Salud Vol. 31.
- Insitute de Evaluación Tecnológico en Salud. (2020). *Consenso Colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2-CoV-19 en establecimientos de salud*. Colombia : Revista de la asociación colombiana de infectología .
- Jane, M. (2013). Diversidad y competencias profesionales interculturales. *Revista de Intervención Socioeducativa*, 54, p. 39-48.
- Jiménez, A. S. (2018). Técnicas y estrategias de comunicación para mejorar la relación con el paciente.
- Knipper, M. (2010). Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. Peru.
- Kretchy, I. A. (2020). Manejo de medicamentos y adherencia durante la pandemia de COVID-19: perspectivas y experiencias de países de ingresos bajos y medios. Ghana: ELSEVIER.
- Kroeger Axel, & Luna Ronaldo. (1992). ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Principios y métodos. In *Health Policy and Planning* (Vol. 47, Issue 1). <https://doi.org/10.1177/1757975914543576>

- Machado, V. N. (2009). Situaciones de desastres, Manual para la preparación comunitaria. La Habana: EcoMed.
- Madrigal-Rojas, J. P., Quesada-Lor, M., & Solano-Chinchilla, A. (2020). Manifestaciones clínicas y consideraciones en el abordaje diagnóstico de COVID-19. *Revista Médica de Costa Rica*, 85, 13–21. <http://www.revistamedicacr.com/index.php/rmcr/article/viewFile/287/264>
- Maldonado, Carla, Paniagua-Zambrana, Narel, Bussmann, Rainer W., Zenteno-Ruiz, Freddy S., & Fuentes, A. F. (2020). La importancia de las plantas medicinales, su taxonomía y la búsqueda de la cura a la enfermedad que causa el coronavirus (COVID-19). *Ecología En Bolivia*, 55(1), 1–5. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Martínez-García, M., Bal-Alvarado, M., Santos Guerra, F., Ares-Rico, R., Suárez-Gil, R., Rodríguez-Álvarez, A., Pérez-López, A., Casariego-Vales, E., Fernández Rial, Á., Rabuñal Rey, R., Rodríguez Álvarez, A., Pérez López, A., Golpe Gómez, R., Gil Mouce, C., Suárez Ramírez, N., Almuiña Simón, C., José Cereijo Quinteiro, M., Daporta Rodríguez, L., Fernández Valdivieso, E., ... Conde Freire, J. (2020). Tracing of COVID-19 patients by telemedicine with telemonitoring. *Revista Clínica Española (English Edition)*. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2020.07.001>
- Menéndez, E. (1994). Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–83.
- Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 58, 104. <https://doi.org/10.29340/58.1999>
- Miller, B. (2016). Antropología Cultural. Madrid: PEARSON EDUCACION S.A.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral Salud-MAIS*. Quito.
- Ministerio de Sanidad Española . (2020). Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19. España.
- Ministerio de Sanidad Española. (2020). Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19. España.
- Mojica, R. (2020). Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. México: SEMERGEN.
- Murillo, J. P. (2015). Construcción de competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos de primer año de medicina. Lima.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). La Renovación de la atención Primaria de salud en las Américas. Washington, D.C.

- Palacios Cruz, M., Santos, E., Velázquez Cervantes, M. A., & León Juárez, M. (2020). COVID-19, a worldwide public health emergency. *Revista Clínica Española*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>
- Pallarés Carratalá, V., Górriz-Zambrano, C., Llisterri Caro, J. L., & Górriz, J. L. (2020). The COVID-19 pandemic: An opportunity to change the way we care for our patients. *Semergen*, 46, 3–5. <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2020.05.002>
- Quispe-juli, C. U. (2020). Consideraciones éticas para la práctica de la telemedicina en el Perú: desafíos en los tiempos del covid-19. *Scielo (Pre-Print)*, 1(1), 1–13.
- R. Mojica-Crespo & M.M. Morales-Crespo. (2020). Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *Semergen, January*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229959/>
- Rene, N. M. V. (2007). *Situaciones de desastres Manual para la preparación comunitaria* (Ecomed (ed.); Issue February).
- Ribot Reyes, Victoria de la Caridad, Chang Paredes, Niurka, & González Castillo, Antonio Lázaro. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(Supl. 1), e3307. Epub 10 de junio de 2020. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2020000400008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400008&lng=es&tlng=es).
- Rivas, A. (2019). Esquema metodològic mínim per a Treballs de Titulació Etnogràfics, Projecte experiències i trajectòries entorn de la salut. Interculturalitat, Atenció Sanitària i Relació Mèdic Pacient, Posgrau de Medicina Familiar i Comunitària. Quito, Ecuador: PUCE, Treball No Publicat.
- Rivas, A. (2020). Curso de Antropologia Mèdica, Mòdul 6: Etnografia i Antropologia Mèdica: subjectes, experiències i salut col·lectiva, PARTE 1: subjectes, experiències i salut col·lectiva. Quito-Ecuador: Facultat de Medicina - PUCE.
- Rivas, A. (2020). Projecte Experiències i Trajectòries en torn de la Salut, la Interculturalitat, la Atenció Sanitària i la Relació Mèdic-Pacient (RMP), Etnografia Multisituada . Quito - Ecuador: Facultat de Medicina - PUCE.
- Rivas, A. (2021). Taller de Processament i Anàlisi de dades etnogràfics. Redactant el Treball de Titulació. Quito - Ecuador: Facultat de Medicina - PUCE.
- Rochelle, J. L., & Meza, H. (2019). LA ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE EN SALUD FAMILIAR EN LA COMUNIDAD VILLAVICENCIO DEL SECTOR DE PICOAZÁ DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. PORTOVIEJO.
- Rodríguez Silva, Héctor. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4), de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=es&tlng=es).

- Rojas, I. F. (2020). Telemedicina una alternativa de atención durante la pandemia por COVID-19. Colombia: Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación.
- Rosselli, D. (2020). Epidemiología de las pandemias. *Medicina*, 42(2), 168–174. <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/1511>
- Ruiz, Díaz, & Zaldívar. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Anales de La Academia Ciencias de Cuba*, 10(December 2019), 1–8. <http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/839>
- Salas, R., Iannacone, J., Guillén, A., Tantaléan, J., Alvaríño, L., Castañeda, L., & Cuellar, L. (2020). Coronavirus Covid-19: Knowing the Cause of the Pandemic. *The Biologist (Lima)*, 18(1), 9–27. <https://doi.org/10.24039/rtb2020181442>
- Santamar, A., Santamar, R., & Verd, L. I. (2014). *Módulo 1- Técnicas y estrategias de comunicación para mejorar la relación con el paciente*. 1–42.
- Santilán, A. (2020). Caracterización epidemiológica de Covid-19 en Ecuador. *Epidemiological . Ecuador: Interamerican Journal of medicine and Health*.
- Silva, S. (2020). Telemedicina y humanización de la atención médica en la pandemia Covid-19. México.
- Solera Albero, Juan, & Tárraga López, Pedro Juan. (2020). La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca en la crisis del Coronavirus. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(5), 468-472. Epub 19 de octubre de 2020. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3655>
- Vargas Umaña, I., Villegas del Carpio, O., Sánchez Monge, A., & Holthuis, K. (2003). Curso Especial de Posgrado en Atención Integral de Salud para Médicos Generales Módulo 2 Promoción, Prevención y Educación para la Salud. *Primera Edición*, 26. [http://eva.fmed.edu.uy/pluginfile.php/322954/mod\\_folder/content/0/Vargas\\_et al. Pomoción%2C Prevención y Educación Para la Salud. Universidad de Costa Rica. Primera ED. Costa Rica 2003..pdf?forcedownload=1](http://eva.fmed.edu.uy/pluginfile.php/322954/mod_folder/content/0/Vargas_et_al.Pomoción%2C Prevención y Educación Para la Salud. Universidad de Costa Rica. Primera ED. Costa Rica 2003..pdf?forcedownload=1)
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., & Silva-Fernández, M. (2019). Intercultural skills in primary health care: A challenge for higher education in contexts of cultural diversity. *Cadernos de Saude Publica*, 35(1), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00120818>
- Villalbí, J. R., Pasarín, M. I., Montaner, I., Cabezas, C., Starfield, B., Abizanda, M., Benaque, A., Bolibar, B., Borrell, C., Calvet, S., Caminal, J., Dedeu, F., Ferrer-Vidal, D., Farrés, J., Foz, G., Larizgoitia, I., López, R., Plaza, A., De la Puente, M. L., ... Zara, C. (2003). Evaluation of primary health care. *Atencion Primaria*, 31(6), 382–385. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70703-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70703-3)
- Villegas, O. (2003). Bases para la atención Médica Integral en el primer Nivel de Atención. Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS).
- Viñas, D. V. (2014). El concepto de buen vivir/Sumak Kawsay desde la perspectiva de la gubernalidad. Delimitación, innovaciones y conflictos.

Ecuador.

## 5. Anexos

### 5.1. Consentimiento informado y Asentimiento para entrevistados



#### FORMULARIO DE ASENTAMIENTO

Este formulario va dirigido a los apoderados o padres de los adolescentes que han sido atendidos en el Centro de Salud “Crucita”.

He sido convocado (a) para que mi hijo(a) participe en la investigación: **INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE (RMP) EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 POR SARS-COV-2 EN CENTRO DE SALUD CRUCITA, CANTÓN PORTOVIEJO, PROVINCIA DE MANABÍ, 2021**

Entiendo que esto significa que se le harán una serie de preguntas en relación a las características de su vida y los acontecimientos en torno a la pandemia. He sido informado de los mínimos riesgos que conlleva para él. Soy consciente de que esto no representa ningún beneficio para mí o para mi hijo(a). Se me ha proporcionado los datos de las investigadoras. He leído la información que se me ha proporcionado o me ha sido leída. Tengo la oportunidad de preguntar acerca de la investigación y he recibido respuestas satisfactorias. Consiento de manera voluntaria la participación de mi hijo(a) en este estudio y entiendo que tengo derecho de retirar a mi hijo(a) en cualquier momento sin afectar la investigación de ninguna manera.

Nombre del participante

Nombre del padre/madre o apoderado

Firma del padre/madre o apoderado

#### **Si es analfabeto**

Se me ha leído de manera exacta el documento de consentimiento para los potenciales participantes y ha tenido oportunidad de preguntar y solventar las dudas. Confirmando que el participante ha dado su consentimiento libremente.

Nombre del testigo:

E impreso de la huella dactilar del padre/madre:

Firma del testigo:

Fecha:

Día/mes/años

Nombre del entrevistador:

Firma del investigador:

Fecha:

Día/mes/años

(Se le ha proporcionado una copia del asentamiento informado al padre/madre o apoderado)

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE EN LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

El presente formulario de asentamiento se encuentra dirigido a los pacientes del Centro de Salud “Crucita”.

### **Investigadores:**

Dra. María Inés Redrobrán Zamora

Dra. Wendy Elizabeth Escobar Holguín

### **Nombre de la Organización**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Medicina

Postgrado de medicina Familiar

### **Tema de la propuesta:**

INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE (RMP) EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 POR SARS-COV-2 EN CENTRO DE SALUD CRUCITA, CANTÓN PORTOVIEJO, PROVINCIA DE MANABÍ, 2021

### **PARTE I: Información**

Las investigadoras son estudiantes del Postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Se está investigando a cerca de la interculturalidad, atención sanitaria y relación médico-paciente en el contexto de la pandemia de COVID-19 por SARS-COV-2 en el centro de salud Crucita del Cantón Portoviejo. Para lo cual se les proporcionará toda la información necesaria a los invitados a participar del presente estudio. No deberá dar su consentimiento inmediatamente acerca de su participación. Antes de aceptar puede conversar con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Si tiene alguna pregunta podrá preguntar más tarde o cuando lo crea conveniente.

### **Propósitos**

El propósito de esta investigación es describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la Relación Médico-Paciente (RPM) en relación a la pandemia de COVID-19 en el Centro de Salud Crucita.

### **Tipo de intervención de investigación**

Este estudio se desarrollará a través de una entrevista a los pacientes de diferentes grupos etarios seleccionados del Centro de Salud Crucita durante la pandemia por COVID-19.

### **Selección de participantes**

Están invitados a participar los pacientes de ambos sexos del centro de Salud Crucita del Cantón Portoviejo de los siguientes grupos etarios: adolescentes, adultos jóvenes, adultos medios y adultos mayores.

### **Participación Voluntaria**

Su participación en la investigación es voluntaria. Usted puede elegir sobre su participación. Si elige participar o no continuarán todos los servicios que recibe de parte de este centro y no cambiará nada. Usted puede cambiar de idea en cualquier momento y dejar de participar aun después de haber aceptado.

### **Procedimientos**

Si usted desea participar en este estudio debe contestar las preguntas que están propuestas sobre su edad, aspectos sociales, sexo, así como lo relacionado con temas específicos sobre la pandemia. Las respuestas se ingresarán en una base de datos, la cual se analizará y posteriormente se escribirá un informe exponiendo los resultados.

### **Duración**

Estas preguntas tomarán 30 a 1 hora aproximadamente

### **Confidencialidad**

La información que se procese en este trabajo de investigación será totalmente confidencial y estará fuera del alcance de personas que no se encuentren vinculadas con la institución y únicamente los investigadores tendrán acceso a la misma. Cualquier información sobre los participantes se encontrará codificada para proteger su identidad. Solo los investigadores sabrán con qué código se encuentran identificados y mantendrá toda su información segura.

### **Compartiendo los resultados**

Los resultados se presentarán en el trabajo final de tesis. No se utilizarán los nombres de los participantes en ninguna publicación.

### **A quién contactar**

Si tiene alguna pregunta puede hacerla en cualquier momento, incluso después de haber dado por iniciado el estudio. Si desea hacer alguna consulta, puede contactar a:

Dra. María Inés Redrobán Zamora          Número de contacto: 0984945492

Dra. Wendy Elizabeth Escobar Holguín      Número de contacto: 0994284668

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RELATO DE HISTORIA DE VIDA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19.**

Según lo establecido por el Comité de Bioética, el formulario de Consentimiento informado tiene como finalidad proveer información sobre el proyecto a usuarios que participaran del Centro de Salud Crucita de la parroquia Crucita.

**Investigadores Principales: Dra. Redroban Zamora María Inés y Dra. Wendy Elizabeth Escobar Holguín , Posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, realizaremos una investigación de Interculturalidad, atención sanitaria y relación médico paciente en la pandemia Covid 19,** le entrevistaremos y responderá cada uno de los temas antes mencionados desde su experiencia, si llega a sentirse incómodo; o, alguna pregunta no es clara pueden detenernos en cualquier momento; así, podremos nuevamente explicarle y decidirá si participa o no; usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de colaborar aun cuando haya aceptado antes. Necesitamos saber si **nos permitirá entrevistarle, grabarle y citarle**; toda información que recojamos en este proyecto se mantendrá confidencial, y su identidad quedará protegida.

Yo..... he leído la información proporcionada; o, me ha sido leída; he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente a las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

**Firma del Participante** \_\_\_\_\_ **Fecha: (Día/mes/año) - - / - - / - - - -**

Yo (**Si es Analfabeto**).....he sido testigo(a) de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

**Huella dactilar del participante**

**Nombre del testigo** \_\_\_\_\_ **Firma del testigo** \_\_\_\_\_

**Fecha: (Día/mes/año) - - / - - / - - - -**

## 5.2 Ficha Demografica



### FICHA DEMOGRAFICA

#### INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE (RMP) EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 POR SARS-COV-2 EN CENTRO DE SALUD CRUCITA, CANTÓN PORTOVIEJO, PROVINCIA DE MANABÍ, 2021.

**Gènero:**

Masculino       Femenino

**Edad:**

Años.

**Estado Civil:**

Soltero     Casado     Union Libre     Divorciado     Viudo

**Etnia:**

Mestizo     Montubio     Blanco     Afrofescendiente     Indígena

**Nivel de Instrucción:**

Primaria       Secundaria       Superior

**Residencia:**

Migrante       No Migrante

**Ocupacion:**

Empleado       Desempleado

**¿ Ud. ha padecido de covid-19?**

Si       No

**¿ Ha padecido covid-19 un familiar**

Si       No

### 5.3 Formulario para Entrevista Semiestructurada



#### FORMULARIO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

#### INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE (RMP) EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 POR SARS-COV-2 EN CENTRO DE SALUD CRUCITA, CANTÓN PORTOVIEJO, PROVINCIA DE MANABÍ, 2020-2021

Preguntas para entrevista semiestructurada.

1. ¿Cómo explicaría ud. la palabra salud o el no estar enfermo?
2. ¿que comprende ud. por medicina tradicional y alguna vez ha acudido a otro tipo de medicina diferente a la convencional?
3. ¿Dónde acude cuando usted se enferma y que experiencias ha tenido en aquellos lugares?
4. ¿Cómo podría explicar usted salud mental?
5. Cuando usted está preocupado ¿En qué forma le apoya su familia, podría mencionar ejemplos?
6. ¿Cómo o de qué manera ha utilizado la medicina traicional, puede dar ejemplos?
7. ¿Cómo es atendido cuando va al centro de salud, puede comentarnos varias experiencias?
8. ¿Cómo explicaría usted una pandemia?
9. ¿Qué ejemplos usted ha podido observar en la cuarentena, cree que el encierro les afecta a las personas, de qué manera?
11. ¿Cuando usted va al centro de salud, cómo ha podido observar que el personal utiliza medidas preventivas para evitar el contagio del coronavirus?
12. ¿Cómo han sido las consultas con su médico durante la pandemia, puede comentarnos algunas experiencias?
13. ¿Cómo cree que debería ser la relación con su médico, podría comentar ejemplos?
14. ¿Cómo quisiera Ud. que el médico le atienda en la consulta, mencione situaciones que ud piense que debería efectuarse durante la atención?
15. ¿Ha sido atendido por teléfono por algún médico, algún familiar suyo o amigo, cuál ha sido el motivo de la consulta, mencione sus experiencias?
16. ¿Cómo explicaría usted la palabra auto-atención, ud ha realizado la auto-atención?
17. ¿Ha consumido algún tratamiento para el COVID-19, por ejemplo, sustancias a base de Cloro u otros productos, comèntenos sus experiencias?
18. ¿Ha tenido usted una pérdida familiar durante la pandemia, familiar, amigos o conocidos, cómo ocurrió?
19. ¿De qué manera ud. ha observado a algún familiar, amigo o conocido con covid-19 que se ha complicado?
20. ¿Hà utilizado ud remedios naturales y cómo cuales para tratar el COVID-19?
21. ¿Cómo piensa ud. que afecta la pandemia en la comunicación con su médico y demás personal del centro de salud, mencione sus ejemplos?
22. ¿Cuáles han sido sus experiencias negativas en el centro de salud durante la pandemia?
23. ¿Cree usted que la pandemia tiene mayor efecto en los grupos vulnerables, como ancianos, embarazadas, niños, personas con discapacidad, y por qué?
24. ¿Cómo se ha sentido durante la entrevista?

## 5.4 Formulario para Historia de Vida



### FORMULARIO PARA HISTORIA DE VIDA

#### **INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE (RMP) EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 POR SARS-COV-2 EN CENTRO DE SALUD CRUCITA, CANTÓN PORTOVIEJO, PROVINCIA DE MANABÍ, 2020-2021.**

- a) Sexo:
- b) Estado Civil:
- c) Edad:
- d) Lugar de Nacimiento:
- e) Etnia:
- f) Nivel de Instrucción:
- g) Lugar de Residencia:
- h) Lugar de Nacimiento:
- i) Ocupación:

Preguntas para historia de vida.

1. ¿Cómo era su vida antes de la pandemia?
2. ¿En qué afectó su vida la pandemia?
3. ¿Se ha contagiado de COVID-19?
4. ¿Se ha enfermado del virus alguien de su familia?
5. ¿Ha fallecido un familiar suyo por COVID-19?
6. ¿Ha tenido algún síntoma de COVID-19?
7. ¿Ha sentido miedo de contagiarse o alguien de su familia?
8. ¿Se afectó su trabajo por la pandemia?
9. ¿Recibió alguna ayuda económica durante la pandemia?
10. ¿En caso de que alguien de su familia o usted se enferme quién les apoyaría?